Imprimir

La reforma estructural al Sistema de Salud no tendría sentido y sería absurdo en ausencia de un respaldo de un estudio económico detallado, dada la crisis persistente del sistema desde sus inicios. A pesar de la existencia de un análisis presentado en el anexo 3 del proyecto de ley radicado ante la comisión séptima de cámara de representantes, actualmente en plenaria de cámara, la oposición insiste en la carencia del documento. ¿Se ha pasado por alto el contenido? ¿Se ha omitido? ¿Ignorado? En cualquier circunstancia, la transparencia del debate por parte de la oposición resultó más opaca que la gestión de los privados en el manejo de los recursos públicos.
El anexo se compone de dos partes. En la primera se aborda las condiciones iniciales del proceso de reforma, incluyendo indicadores trazadores de las inequidades del sistema. Se examina la evolución de los recursos en el sistema de seguridad social en salud, el aumento progresivo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y la situación financiera de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) activas, así como aquellas que se encuentran o ya han sido liquidadas. Además, se detalla el deterioro progresivo de los indicadores de permanencia de las EPS, su sostenibilidad y la tendencia de los indicadores financieros hasta el año 2032.

Igualmente, el Anexo 3 incluye un análisis de las Instituciones Prestadores de Salud (IPS), abordando las deudas acumuladas que las EPS mantienen, así como la cartera de las IPS. Se examinan las deudas a los hospitales y las cuentas por cobrar a las EPS activas y a aquellas en proceso de liquidación, y se detallan las cuentas por cobrar de las EPS activas según las distintas edades, información proporcionada por las Empresas Sociales del Estado (ESE).

La siguiente sección aborda el estado actual de los trabajadores en el sector y la laboralización de los trabajadores de la salud, diferenciando entre el ámbito operativo (asistencial) y el apoyo (administrativo). Se realiza una comparación del costo de los trabajadores con y sin laboralización, seguido por un vistazo al Plan Nacional de Formación del Talento Humano en Salud.

En la segunda parte del documento, se presentan los cambios estructurales propuestos por

la reforma. Se aborda una nueva arquitectura institucional de gobernanza, caracterizada por su territorialización con un control centralizado. Además, se analizan estrategias para la asignación de recursos mediante un cuadro comparativo entre el modelo actual y el propuesto, considerando aspectos claves como el control de costos, mecanismos anticorrupción e incentivos. La inversión para el sistema de información, los costos asociados a la desconcentración de la ADRES para asumir la función de pagador único, y los costos de prestación de atención primaria a nivel municipal y territorial son aspectos fundamentales que se exploran en esta sección. Asimismo, se presentan proyecciones detalladas de las fuentes de recursos destinadas a la reforma, específicamente para infraestructura y Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). La parte final de esta sección se centra en el saneamiento de deudas, abordando pasivos de Empresas Sociales del Estado y la capitalización de EPS receptoras. A través de antecedentes, modelos y escenarios financieros, se busca proporcionar una visión integral de los posibles efectos financieros de la reforma propuesta.

La situación del sistema descrita en la primera parte del Anexo No. 3 ha sido objeto de amplia discusión, hemos sido testigos y conocemos de primera mano algunos temas, como las deudas a trabajadores y hospitales, que han persistido como una pesadilla a lo largo de tres décadas. A pesar de ello, la narrativa en los medios y los partidos de oposición, no reflejan la realidad, proclamando que nuestro sistema de salud es uno de los mejores del mundo.

También es de conocimiento de todos que las EPS hoy manejan sin control 81 billones de pesos, correspondiente a 20.000 mil millones de dólares al año, recursos concentrados en estos privados, con pago mes a mes anticipado con el propósito de prestar atención médica a todas las personas “que se enferman”, atención que no es requerida por todos de manera constante, ni al mismo tiempo y un gran porcentaje ni siquiera consulta.

Principio del formulario

.”Dediquemos un poco de tiempo para detallar los elementos claves que abordará la reforma

destacándose la implementación de la gobernanza con la correspondiente estructura organizativa, los mecanismos para la asignación de recursos, un sistema de información único que facilite la interoperabilidad y respalde un enfoque preventivo y predictivo .También se contempla la implementación de un sistema de aseguramiento social que combine prestación de servicios de atención pública y privada , que involucran los niveles de complejidad media y alta. Se presenta un esquema detallado de financiamiento del sistema, con proyecciones sobre las fuentes y usos presupuestos por la reforma”

Dediquemos hoy la atención en el análisis estudio económico específicamente, en lo que concierne a los temas que tanto dice preocupar a la oposición que se niega a leer el anexo No 3: Costo de la Inversión en el sistema de información y Proyecciones de fuentes de recursos para la reforma para infraestructura, Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS y Proyecciones de fuentes y usos propuestos por la reforma

El nuevo sistema de salud

“El nuevo sistema de salud desarrollara un sistema de información único , público, transparente, disponible en línea, que usando los últimos recursos tecnológicos de Big Data, procesamiento digital de imágenes, cadena de bloques y demás recursos para Inteligencia Artificial , que permita recuperar el máximo de información económica, clínica y científica , tecnológica, técnica y administrativa, desde los orígenes del sistema de salud vigente, para preservar recursos económicos y epidemiológicos, así como tener los elementos empíricos oportunos para la toma de decisiones en política públicas, y que en si mismo sea un instrumento de soporte a la justicia para sancionar la corrupción y evitarla en el sector salud, conforme el artículo 17 de la ley 1751 del 2015”

Para alcanza estos objetivos, resulta esencial reforzar el intercambio eficiente de información con los diversos participantes del sistema de salud. Este fortalecimiento implica mejorar la arquitectura del sistema en términos lógicos (Software), físicos (Hardware), seguridad en la trasmisión de datos y demás herramientas y componentes tecnológicos que faciliten la recolección de información de los diferentes actores involucrados en la construcción de la

historia clínica de los ciudadanos usuarios del sistema

Además, es imperativo validar los sistemas de información existentes que requieren ajustes, así como implementar y unificar sistemas o servicios existentes: Sistema Integrado de Información de la Protección Social- SISPRO; Sistema de Afiliación transaccional – SAT; Mi Prescripción -Mipres; Base de Datos Única de Afiliados -BDUA, entre otros. Se debe también considerar la adquisición, desarrollo o implementación de nuevas funcionalidades en tecnologías que garanticen una mayor transparencia en la operación del sistema.

El enfoque de transformación digital propuesto busca mejorar la prestación de servicios de salud, cumpliendo principios de la Organización Panamericana de Salud (OPS). Esto incluye conectividad universal, bienes públicos digitales, salud digital inclusiva, interoperabilidad, respeto a los Derechos Humanos, seguridad de la información, inteligencia artificial y arquitectura de la salud pública. La iniciativa también implica la consolidación de datos, el fortalecimiento de la interoperabilidad, análisis de información descriptiva y predictiva, seguridad de la información, mantenimiento de la infraestructura, promoción del uso y apropiación de servicios de Tecnologías de Información, implementación de Telesalud y mejora de la conectividad. Estas acciones se respaldan con presupuestos anuales específicos para cada componente:

Tabla Resumen de inversión en sistema de información

Componente de la transformación digital	Presupuesto anual
Consolidación de datos e información	12.000.000.000
Interoperabilidad e intercambio de información	15.000.000.000
Análisis de información	24.000.000.000
Seguridad de la información	8.000.000.000
Arquitectura e infraestructura	12.000.000.000
Uso y apropiación de la información	2.000.000.000
Total	**73.000.000.000**

Otro de los argumentos presentados como oposición a la reforma se centra en el costo, según sus alegatos no debidamente calculado, de las fuentes de recursos destinadas a la infraestructura y a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). Exploremos las perspectivas de los economistas expertos sobre este aspecto, descritos en el Anexo No 3

Las Empresas Sociales del Estado (ESE), bajo políticas de medición de riesgo fiscal basadas en indicadores financieros impuesto por el modelo de mercado, establecido en la ley 100 de 1993, ha propiciado el cierre de servicios considerados económicamente “no rentables”. Esto ha resultado en el deterioro de la infraestructuras y equipos, limitando la capacidad técnica y operativa de las ESE y afectando la calidad y oportunidad de la atención.

Para abordar esta situación, la estrategia de intervención en infraestructura, dotación y tecnología en salud se enfoca en fortalecer el nivel primario de atención, especialmente en comunidades rurales. Se propone la construcción, adecuación y dotación de infraestructura intramural la para mejorar la capacidad resolutiva, respaldada por tecnología avanzada, Además, se busca incentivar la atención domiciliaria, fortalecer estrategias de telesalud y telemedicina para mejorar el acceso en áreas rurales.

Dada la necesidad de mejorar la infraestructura y tecnología en las ESE y avanzar hacia un modelo de atención preventivo, predictivo y resolutivo basado en la atención primaria en salud, se plantea la transformación de Centros y Puestos de Salud en Centros de Atención Primaria de las Instituciones de Salud del Estado.

Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS

“Los CAPS son unidades polifuncionales, como base organizativa de la red de servicios de salud con el talento humano capacitado y laboralizado, con infraestructura y dotación pertinentes al territorio y la población, que identifica y atiende las necesidades en salud con un enfoque preventivo, predictivo basado en Atención Primaria en Salud – APS.”

Las intervenciones para realizar son las siguientes:

Reposición: desarrollo de nuevas infraestructuras en salud para sustituir aquella que se encuentra en mal estado (entre 75% y el 100%) o en áreas de riesgo no mitigable, Esto abarca también la provisión de equipamiento que necesita ser renovado.

Nuevos: construcción en zonas donde no existe o no es suficiente la infraestructura pública o privada o mixta.

Ampliación: incremento del área construida con su respectiva dotación, para completar el portafolio de servicios definidos para los Centros de Atención Primaria (consulta externa, urgencias y atención de partos), así como el espacio para la residencia de los integrantes de los equipos – ESIT.

Adecuación: infraestructura en salud existente en mal estado (entre el 25% y el 75%), que requiere mejoramiento sin aumento del área construida

Infraestructura hospitalaria intramural – nivel 1

Se propone fortalecer el papel del Estado en la revitalización de la red pública, con el objetivo de asegurar el acceso de la población a los servicios de salud. Este fortalecimiento se llevará a cabo mediante la construcción, ampliación, adecuación, refuerzo estructural y dotación prioritaria de hospitales de nivel 1 de complejidad. La prioridad se asignará a comunidades que carecen de infraestructura necesaria o donde la existente requiere reposición debido a las condiciones de riesgo o avanzado estado de deterioro.

Infraestructura Hospitalaria Niveles 2 y 3

Las intervenciones buscan ampliar la capacidad y mejorar servicios mediante la adecuación o ampliación de la infraestructura existente. Se busca innovar en tecnología hospitalaria, cumpliendo normativas sobre reforzamiento estructural, accesibilidad, modernización de instalaciones y conectividad.

Este enfoque se orienta a la construcción de nuevas instalaciones para ampliar servicios y

mejorar tanto la dotación como la tecnología en el ámbito de la salud. El objetivo es abordar las actuales deficiencias y fortalecer la capacidad de respuesta del sistema de salud, priorizando las áreas con mayores necesidades. Se pretende fortalecer el desarrollo de la infraestructura hospitalaria de las Empresas Sociales del Estado, con un carácter nacional, alta complejidad e impacto, especialmente aquellas estratégicas para el tratamiento de enfermedades que requieren atención altamente especializada y tecnología médica avanzada.

En este contexto, el Hospital San Juan de Dios, elevado a la categoría de monumento nacional y reconocido como Bien de Interés Cultural, será objeto de acciones destinadas a preservar su vocación de servicios. Entre las acciones, se incluye la realización de reforzamiento estructural de acuerdo con la normatividad de intervención y el Plan Especial de Manejo y Protección. Además, se prevén ajustes en el Instituto Materno Infantil para cumplir con las normativas, licenciar obras y mantener la vocación del edificio. Para el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, se llevarán a cabo obras para mejorar el acceso al tercer piso, la gestión de aguas residuales, modernizar instalaciones de voz y datos, construir una red contra incendios y mejorar la dotación, con el propósito de elevar la calidad de los servicios de salud especializados.

Proyecciones de fuentes y usos propuestos por la reforma

Estimación General Costos Infraestructura

Componentes	2023	2024	2025	2026	Totales
	Valor	Valor	Valor	Valor	
Centros de Atención Primaria	$ 663.638	$ 2.900.000	$ 3.000.000	$ 400.000	$ 6.963.638
Infraestructura Hospitalaria Intramural - Nivel 1	$ 200.000	$ 247.000	$ 300.000	$ 300.000	$ 1.047.000
Infraestructura Hospitalaria Intramural - Nivel 2 y 3	$ 510.000	$ 600.000	$ 504.000	$ 500.000	$ 2.114.000
Infraestructura Nacional	$ 300.000	$ 300.000	$ 400.000	$ 200.000	$ 1.200.000
Subtotal	**$ 1.673.638**	**$ 4.047.000**	**$ 4.204.000**	**$ 1.400.000**	**$ 11.324.638**

*Valores en millones de pesos

Los recursos proyectados para la inversión en infraestructura se basan en mantener los 1.5 billones aprobados para 2023 destinados al desarrollo de Centros de Atención Primaria durante los próximos 10 años, con un ligero aumento del 1.1% anual. En cuanto al Sistema Hospitalario, se asignan recursos provenientes de la contribución del 52% sobre la prima SOAT, junto con los ingresos del impuesto de armas y municiones, totalizando 2.397.916.862.256 en 2023, con una proyección de crecimiento del 6% anual.

Proyecciones de fuentes y usos propuestos por la reforma

La reforma propone asignar recursos de manera especifica para atender los principales gastos en salud, identificando fuentes de financiamiento para cada cuenta, para el año 2023, se consideraron los recursos de los presupuestos aprobados para la ADRES, y otras entidades encargadas de ejecutar recursos del sistema como punto de partida.

Las proyecciones de estas fuentes de financiamiento para el periodo 2024 -2033 se llevaron a cabo teniendo en cuenta que el presupuesto para el aseguramiento en salud, antes cubierto por las cotizaciones patronales y actualmente respaldado por el CREE (Impuesto sobre la Renta para la Equidad), se ha financiado a través del Presupuesto General de la Nación (PGN), que ha experimentado un crecimiento real promedio de 11.1% entre 2017 y 2022. Aunque se prevé una desaceleración con un crecimiento real de l10.9% en 2024, se considera suficiente para una inversión significativa en atención primaria. Además, los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP)se calculan según la variación porcentual de los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN) en los últimos cuatro años, proyectando un crecimiento real constante del 4,5% a partir de 2024. Las cotizaciones de seguridad social en salud se estiman con un crecimiento real del 3.6%, basado en la tasa promedio de variación entre 2017 y 2022, mientras que las demás fuentes se proyectan con la tasa promedio de crecimiento de esos años.

En el contexto de la reforma, la Atención Primaria en Salud vería un aumento de su asignación de recursos pasando del 19.6% en 2023 al 25.2% en 2033. Este incremento implica mantener un crecimiento constante del aporte del Presupuesto General de la Nación

en 2024 y un aumento del 4.6% anual hasta el final del periodo. Las cuentas vinculadas al Sistema General de Participaciones presentan incrementos entre 2024 y 2028 debido a la reforma tributaria. A pesar de las variaciones, ninguna subcuenta experimenta decrecimiento en recursos en ningún momento, resultando en modificaciones en su participación porcentual.

En 2019, el gasto promedio en salud de los países de la OCDE representó el 12.5% del PIB, mientras que en América Latina y el Caribe fue del 8.0% En el caso del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, las fuentes de financiamiento evolucionaron de 4.7 puntos del PIB en 2018 a 5.7 puntos en 2023. El gasto total en salud en Colombia incluyendo tanto el sector publico como el privado han mantenido una tendencia estable del 8.4% del PIB

La invitación es a revisar detenidamente el Anexo No 3 del proyecto de ley como un aspecto crucial. Especialmente ante las tácticas de las EPS que han utilizado este tema como un punto de conflicto, discurso que ha bajado el tono significativamente tras el análisis detallado de sus estados financieros llevado a cabo por el señor Vicente Calvo. Partidos de oposición como Centro Democrático y Cambio Radical, así como representante de algunos gremios como el Colegio Medico Colombiano, la Academia Nacional de Medicina y Sociedades Científicas han optado por respaldar a los actores privados que gestionan con poca transparencia los recursos públicos, destacando la importancia de cuestionar y desmentir sus narrativas sobre una reforma de tal envergadura , sin el respaldo de un estudio económico , especialmente en un sistema de salud que ha enfrentado un saqueo continuo durante tres décadas .

Ana María Soleibe Mejía, Medica, Presidenta de la Federación Médica Colombiana

---

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023) Reforma a la salud: un desafío para la garantía del derecho fundamental. Anexo No 3

Foto tomada de: Hacemos Memoria