Imprimir

El pasado viernes, el gobierno nacional ha radicado de nuevo el proyecto de ley que reforma de manera estructural el sistema de salud, finalmente se decantó la discusión en que esto se diera por la comisión séptima de la Cámara de Representantes, ante la posibilidad que se había planteado, de que se hiciera por comisiones primeras en el marco del trámite de una ley estatutaria. Los argumentos esgrimidos para que el trámite fuera ordinario, es que en Colombia ya existe una ley estatutaria de salud, la 1751 de 2015, esta define qué es el derecho fundamental a la salud y el núcleo esencial de este derecho, lo que corresponde es que se tramite una ley ordinaria que determine el cómo se dará cumplimiento a la garantía del núcleo esencial del derecho a la salud.
El proyecto de ley radicado parte del acuerdo que se había realizado en la Cámara de Representantes que votó por mayoría el trámite del primer proyecto de ley presentado, que posteriormente fue hundido sin discusión por 9 senadores y senadoras de la comisión séptima del Senado de la República. Se hizo un texto más acotado reduciendo a menos de 50 artículos, y se mejoró la redacción para aclarar las funciones y mandatos legales respecto al funcionamiento del nuevo modelo de salud.

El articulado costa de 49 artículos y 8 títulos. En el capítulo 1 se desarrolla el marco general de la ley, en donde se acota que se trata de un sistema fundamentado en el aseguramiento social en salud, que implica una protección única, pública, universal, y solidaria con una gestión que puede ser pública, privada y mixta. Se instauraría un modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo, esto es, basado en la detección temprana de la enfermedad, fundamentado en la evidencia empírica individual y poblacional para la toma de decisiones y el tratamiento de la enfermedad en el nivel resolutivo, todo esto enmarcado en el paradigma más importante de la salud pública contemporánea, que es la atención primaria en salud.

En el segundo titulo se aborda la gobernanza y rectoría del sistema, la cual está a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales, se avanza en que se crea el Consejo Nacional de Salud como órgano de dirección del Sistema, adscrito al Ministerio, con la participación de diversas organizaciones de la sociedad civil, con fuerza vinculante en la

discusión y planteamiento de las políticas públicas en salud. Allí se surte una modificación respecto al primer proyecto de ley, en donde habrian 6 representantes del gobierno nacional, aquí se reduce la participación de la sociedad civil a 9 integrantes. Este consejo tendrá un correlato en los consejos territoriales de salud. Se mantiene en el articulado la consolidación de un sistema único de información que le dé transparencia al sistema.

El tercer título aborda las fuentes y usos de la gestión de los recursos financieros de la salud, en donde se mantiene el esquema de financiación del actual sistema vía cotizaciones y presupuesto general de la nación. Se plantea la ADRES como un pagador único, administrador del fondo único de salud, que hará los giros a los prestadores de servicios de salud, además de hacer estudios de gasto en salud y auditorías integrales que permitan hacer un control de los recursos públicos. Recordemos que en la actualidad la ADRES es un recaudador de todos los recursos de la salud, gira de manera directa a los prestadores alrededor del 80% de los recursos, con la ordenación del gasto de las EPS, es decir, en la actualidad, la Adres es una tesorería, un girador ciego, con la propuesta de reforma pasaría ser un pagador único, dado que hará un convenio con la red de prestación de servicios en donde estos deben acogerse a un régimen tarifario y a principios de transparencia en el manejo de los recursos públicos.

En el articulado se da un plazo máximo de tres años para que la ADRES adquiera esta capacidad operativa, no obstante hay que anotar que la ADRES, ha tenido importantes avances, hoy la ADRES cuenta con sistemas de inteligencia artificial para el manejo de los recursos, en la actualidad en tres meses hace un promedio de 31.746 transacciones, girando a 5500 IPS objeto dela mayoría de transacciones mensuales. El ADRES será el pagador de los servicios de la atención primaria en salud, que para el caso de este proyecto de ley, se traduce en el funcionamiento de los centros de atención primaria en salud que harán la gestión de prestación de servicios y gestión territorial. Además, pagará la medina, alta complejidad, soluciones y transporte, albergues, los pasivos de la red de hospitales públicos que considera el proyecto de ley, entre otros giros y pagos que realiza en la actualidad.

El proyecto de ley crea dos cuentas independientes que son la referida a la atención primaria

en salud y la de fortalecimiento de la red pública hospitalaria, esto permite garantizar que el gasto público en salud mantenga estructuralmente una referencia a dos elementos fundamentales de un sistema: la atención primaria y los hospitales públicos, por lo que estos recursos no harían unidad de caja con los demás.

La reforma contempla que la forma de financiación se siga haciendo bajo el cálculo de una unidad de pago por capitación UPC, la diferencia es que la UPC tendría un componente de financiación por oferta para el nivel primario, y uno por demanda para la financiación de la mediana y alta complejidad.

Un avance importante que considera el proyecto de ley es que hace reconocimiento de una prestación económica durante tres meses a personas gestantes no cotizantes, es decir, que están en el régimen subsidiado, que recibirán media salario mínimo legal vigente por tres meses.

En el artículo 21 se genera un mecanismo de créditos blandos dirigidos a clínicas y hospitales, con prioridad a aquellos que requieren estabilizar sus finanzas, por deudas dejadas por las EPS liquidadas o en proceso de liquidación.

De otro lado, como se había acordado por las distintas fuerzas sociales y políticas que confluyeron en el trámite de la Cámara de Representantes en el año 2023, se acordó que las EPS que cumplieran con unos requisitos establecidos por la ley, se podrían transformar en Gestoras de Salud y Vida, para ellos las EPS tendrán que presentar un plan de saneamiento de pasivos y de reservas técnicas para implementar en un plazo de 48 meses, el tiempo establecido para la transición al nuevo modelo y sistema de salud son dos años.

En el articulado se le atribuyen a las Gestoras de Salud y Vida 25 funciones, de las cuales, las tres más importantes son la realización de las auditorías integrales, de las cuentas médicas y concurrentes conforme a un convenio de desempeño que realizarían con los prestadores para que cumplan con el modelo de atención establecido. Otro tema central es el apoyo a los centros de atención primaria en salud, que serán los primeros puntos de contacto de la

ciudadanía con el sistema, para llevar a cabo la referencia y la contrarreferencia, es decir, las remisiones cuando se requieran servicios de mediana y alta complejidad prescritos por el médico tratante. Por el ejercicio de estas funciones, se les daría una remuneración del 5% de la UPC de la población en la cual la gestora participa de la gestión de su atención y en caso de no cumplir con los estándares definidos para su gestión, recibirá un 30% menos de remuneración.

Además, se establece que podrán recibir hasta un 3% de los recursos de la UPC como incentivos por gestión y resultados en salud, en este punto es preciso señalar, que en el acuerdo de la Cámara de Representantes se había establecido que este 3% sería distribuido como incentivo no sólo a las gestoras, sino para todos los actores del sistema de salud. En este nuevo articulado se acota, que estos incentivos estarán supeditados a la progresividad y disponibilidad presupuestal.

El articulado establece que se deben conformar una red de prestación de servicios pública, privada y mixta, en cuanto a los CAPS, los convenios para el desempeño de estos lo harían las direcciones territoriales de salud, para la mediana y alta complejidad lo harían las Gestoras de Salud y Vida, allí donde no tengan integración vertical, es decir, en los territorios donde no existan prestadores de su propiedad. Los convenios de las Gestoras podrían ser objetados por las direcciones territoriales y deben estar ajustadas al marco del convenio marco de la ADRES con la red de prestación de servicios, Este diseño institucional genera un sistema de pesos y contrapesos en la ordenación del gasto en salud que no existe en la actualidad, dado que las EPS asumen todas estas funciones, toda la ordenación del gasto, las auditorias, contratación, la organización de la red, concentradas en un solo actor del sistema. En el proyecto de ley, la red de prestación de servicios la habilita el Ministerio de Salud y Protección Social como ente rector del sistema. Es de anotar que los servicios farmacéuticos son considerados parte de la red.

En la siguiente parte del articulado, se crean los centros de atención primaria en salud CAPS, que son la base del sistema, dado que allí se adscribe la población, es la puerta de entrada al sistema de salud, que en la actualidad son los servicios de urgencias, cuando el paciente

llega con enfermedades agravadas que si se hubieran detectado de manera temprana, se hubieran podido curar. El CAPS tiene las profesiones básicas de la salud, y desde allí se proyectan equipos humanos de salud extramurales para hacer el trabajo promocional de la salud y preventivo de la enfermedad. Estos son los articuladores territoriales del sistema, y están articulados a una red de mediana y alta complejidad que garantice todos los niveles de complejidad que requiera el ciudadano adscrito.

La reforma contiene un capítulo dedicado a transformar las actuales Empresas Sociales del Estado-ESE-en Instituciones de salud del Estado, para que estos puedan hacer compras centralizadas de insumos y medicamentos, con definiciones presupuestales según directrices del Ministerio de Salud y Protección Social. Es un importante avance que se modifica la actual forma de nombramiento de directores de hospitales públicos, que se hace a discrecionalidad el gobernador y alcalde, dado que estas instituciones constitucionalmente están adscritas al departamento, a la nación o al municipio, el proyecto define que se haga un examen único nacional, organizado por el Ministerio de Salud y de este listado los nominadores, sea alcalde, gobernador o gobierno nacional, nombren al director del Hospital. Esta modalidad introduce un elemento de mayor meritocracia.

Finalmente, debo anotar que el punto más débil del articulado radicado, es el referido al talento humano en salud, que es el capital más importante y fundamental de cualquier sistema de salud, respecto a la propuesta inicial del gobierno nacional, se retrocede en que se elimina el régimen laboral especial, que es fundamental para la formalización de los trabajadores de la salud en las instituciones públicas, privadas y mixtas. El articulado propuesto mantiene todas las formas de contratación a la que hoy están sometidos los y las trabajadoras de la salud, que en una parte importante están tercerizados, con contratos basura por ordenes de prestación de servicios, en la redacción incluso, se pierden conceptos básicos de la legislación y el bloque de constitucionalidad que rige el mundo del trabajo, se llega a posicionar al médico o la enfermera como un facturador, como un proveedor más del mercado. A mi juicio, este capítulo debe eliminarse e introducir uno en el que se obligue que el Gobierno Nacional en un tiempo de un año presente un nuevo proyecto de ley con un régimen laboral especial que resuelva y haga justicia a las condiciones de precarización

laboral a la que han sido sometidos un millón de trabajadoras y trabajadores de la salud.

El articulado también llevó a la mínima expresión la propuesta inicial referida a la reforma de la inspección, vigilancia y control, que dotara a la Superintendencia Nacional de Salud de dientes para ejercer esta labor frente a los diferentes actores el sistema. Los últimos artículos expresan elementos de la transición que fueron ampliamente concertados, y son claros en que la transición debe mantener ante todo la protección del derecho fundamental.

Carolina Corcho Mejía, Exministra de Salud, médica psquiatra