



Observatorio
Laboral
Pontificia Universidad Javeriana



Aportes para una Reforma al Sistema de Salud de Colombia

Documento de trabajo 10.

Marzo 2023





Serie Documentos de Trabajo 2023

Edición digital marzo de 2023.

Observatorio Laboral

Facultad de Ciencias Jurídicas de la Pontificia Universidad Javeriana

Cra. 7 No. 40-62 Bogotá, Colombia- Tels: (571) 320 8320 Ext. 2379 - 2428

Corporación Excelencia en la Justicia

Calle 94a No. 13-59 Of. 403 Bogotá, Colombia- Tels: (571) 312-4574579

Autores

Juliana Morad Acero¹

Andrés Vecino Ortiz²

Daniel López Morales³

Pedro Miguel Berdugo⁴ (Asistente de investigación)

Dirección Observatorio Laboral

Juan Pablo López Moreno, Juliana Morad Acero, Carlos Barco Alzate y Hernando Herrera Mercado.

¹ Codirectora del Observatorio Laboral y del Departamento de Derecho Laboral y de la Seguridad Social de la Pontificia Universidad Javeriana.

² Investigador en sistemas de salud del Departamento de Salud Internacional del Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

³ Profesor de derecho de la Pontificia Universidad Javeriana e investigador del Observatorio Laboral de la misma universidad.

⁴ Estudiante del programa de Derecho de la Facultad de Ciencias Jurídicas de la Pontificia Universidad Javeriana.



1. Introducción

Desde hace algunas semanas, el Gobierno Nacional radicó un proyecto de ley ordinaria que pretende “transformar” el Sistema de Salud en Colombia.

Luego de un análisis cuidadoso, en conjunto con el investigador Andrés Vecino y el Observatorio Laboral de la Pontificia Universidad Javeriana, hemos decidido formular algunas propuestas que puedan contribuir al Gobierno Nacional a fortalecer su iniciativa, al Congreso de la República en el trámite legislativo de esta y otras propuestas de reforma al sistema de salud en curso y a la ciudadanía en general en la comprensión y participación sobre el futuro de nuestro sistema de salud.

Presentamos estas propuestas con la fiel convicción de que el Sistema de Salud de Colombia ha tenido avances muy importantes que hoy lo dejan bien posicionado en rankings globales. Sin embargo, requiere de ajustes o modificaciones que corrijan problemas y deficiencias que hoy no permiten un goce efectivo y pleno del derecho a la salud. Muchos de estos problemas son también graves riesgos que comprometen la viabilidad y el futuro del sistema. Por ello, hacemos un llamado a que desde los distintos sectores de la sociedad se tiendan lazos para la construcción de propuestas de cambio que nos orienten hacia el fortalecimiento del sistema de salud. El Observatorio Laboral de la Universidad Javeriana se pone a disposición para servir como lugar de encuentro para construir proyectos conjuntos en ese sentido.

En el marco de lo anterior, el documento que se presenta es el resultado de un primer diálogo entre algunos actores. Este primer espacio fue generosamente recibido por la ministra de salud Dra. Carolina Corcho, quien nos invitó a escribir y compartirle estas respetuosas propuestas. A ella queremos agradecerle por su generosidad. Esperamos que nuestros aportes sean útiles y sean tenidos en cuenta. En las propuestas que formulamos hemos tenido en consideración lo que el Gobierno Nacional ha denominado “las líneas rojas” de su propuesta. Coincidimos en que estamos frente a una oportunidad histórica de generar cambios positivos para el Sistema de Salud. Sin embargo, nos preocupa que con muy buenas intenciones se propongan cambios estructurales que puedan tener efectos negativos no buscados, es decir, que lleguemos a lo injusto de manera involuntaria.

En la actualidad, y gracias a las propuestas de cambio del actual Gobierno Nacional, se ha revitalizado varios debates y propuestas. Sin embargo, los vientos de cambio traen consigo dos enemigos que debemos evitar: i. El deseo propagandístico de algunos de ocupar el rol y auto endilgarse la autoría de ser “el padre” refundador, y ii. El no desconfiar de los propios sueños y proyectos y confiar excesivamente en sus buenos resultados, perdiendo de vista los riesgos que conllevan.

Es por esto por lo que hemos optado por unas propuestas concretas, que reconozcan los buenos avances que ha tenido el Sistema de Salud de Colombia, que impulsen cambios importantes y necesarios, pero que permitan ir construyéndolos y corrigiéndolos progresivamente, de tal suerte que el país tenga la oportunidad de ir ajustando los cambios en la medida en que vea sus efectos positivos y negativos. Como el buen chef que va ajustando los sabores mientras va cocinando.



Invitamos a todos los partidos y movimientos políticos, a las EPS, a los prestadores de servicios de salud, a los trabajadores de la salud, usuarios y pacientes, y, en general, a la ciudadanía a que tomen estas propuestas como un insumo que motive espacios de construcción conjunta hacia el propósito de seguir avanzando en la garantía del derecho a la salud.

Creemos que la propuesta de cambio al Sistema de Salud debe tener en cuenta lo siguiente:

1. El Estado debe salir fortalecido en su rol de ser el garante del goce efectivo del derecho a la salud.
2. La garantía del goce efectivo de la salud se logra mediante una articulación equilibrada y justa entre el sector público y el privado enfocada en poner al paciente en el centro y maximizar los desenlaces en salud con los recursos disponibles.
3. El Sistema de Salud ha tenido unos desarrollos importantes que deben ser tenidos en cuenta en la propuesta de reforma a la salud.
4. Las EPS tienen debilidades, pero también han tenido un papel crucial en la coordinación de actores, en la gestión financiera, en la gestión operativa, entre otros aspectos.
5. Se debe seguir construyendo un sistema de salud preventivo, predictivo, resolutivo, sostenible, que llegue a los territorios y a las poblaciones más vulnerables y con enfoque de salud pública que atienda e intervenga los determinantes sociales de la salud.
6. La corrupción en el sistema de salud debe ser completamente eliminada y sancionada drásticamente. Para ello se requieren hacer reformas en donde el Estado tenga un mayor control de los recursos públicos y se generen varias instancias de veeduría, auditoría y transparencia. La solución frente a la corrupción no es el veto a las iniciativas privadas, sino la creación de robustos y eficientes sistemas de control donde participen múltiples actores.
7. Es fundamental que el sistema tenga instancias de planeación y de participación de todos los actores del Sistema. Así mismo, se debe dar estabilidad a la visión y dirección del sistema mediante instrumentos de planeación de largo aliento.
8. Se debe fortalecer el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.
9. Se deben integrar de manera decisiva y progresivamente tecnologías que contribuyan a brindar transparencia, eficiencia y efectividad al Sistema de Salud.
10. Los trabajadores de la salud deben poder desarrollar sus actividades y labores en condiciones dignas y con mecanismos que garanticen la protección de sus derechos.

Teniendo en cuenta lo anterior, a continuación, presentamos de manera sintética unas propuestas. Algunas de éstas recogen trabajos previos del Observatorio y de otros actores, como aquellas que están contenidas en el documento “Recomendaciones para mejorar los sistemas de salud y de riesgos laborales en Colombia”⁵. Por restricciones de tiempo, estas propuestas fueron previa y brevemente socializadas con algunos expertos a quienes agradecemos su tiempo

⁵ Disponible para consulta en la página web del Instituto de Salud Pública de la Universidad Javeriana de Bogotá o en el siguiente enlace: <https://javeriana.edu.co/recursosdb/1728138/1866640/RecomendacionesSistemasSalud.pdf/95cd2e14-73cc-b2d6-cfd4-b59d79e6b2fc?t=1647457931261>



y sus comentarios.⁶ Especialmente a la Dra. Diana Cárdenas⁷, al Dr. Alejandro Gómez⁸ y al Dr. Pablo Otero⁹.

2. Propuestas

2.1. Sobre la rectoría del sistema

El proyecto de reforma presentado por el Gobierno Nacional presenta una estructura participativa de rectoría del Sistema. Sin embargo, consideramos que la participación de los actores del Sistema de Salud debe ser incidente y vinculante en algunos casos. Sobre dicha estructura proponemos lo siguiente:

- a. El Ministerio de Salud y Protección Social seguirá siendo el órgano de rectoría principal del Sistema de Salud.
- b. El Consejo Nacional de Salud debe estar conformado por representantes de los actores del Sistema, el Gobierno Nacional y representación de entidades territoriales. Proponemos que su conformación sea la siguiente:
 - El (la) Ministro (a) de Salud y Protección Social o un delegado(a) de éste (a), quien presidirá el Consejo.
 - El (la) Ministro (a) de Hacienda y Crédito Público o un(a) delegado(a) de éste (a).
 - El (la) Ministro (a) de Educación o un(a) delegado(a) de éste (a).
 - El (la) Director (a) de Planeación Nacional o un(a) delegado(a) de éste (a).
 - El director(a) general del Instituto Nacional de Salud o un(a) delegado(a) de éste (a).
 - Dos (2) representantes de las EPS elegidos participativamente y con arreglo a la autonomía de las asociaciones o gremios de éstas.
 - Dos (2) representantes de los prestadores de servicios y tecnologías de salud elegidos participativamente y con arreglo a la autonomía de las asociaciones o gremios de éstos.
 - Dos (2) representantes de los usuarios y pacientes de la salud elegidos participativamente y con arreglo a la autonomía de las asociaciones o gremios de éstos.
 - Un(a) (1) representante de los trabajadores de la salud elegido participativamente y con arreglo a la autonomía de las asociaciones o gremios de éstos.
 - Dos (2) representantes de las universidades con programas de formación en medicina o salud elegidos participativamente y con arreglo a la autonomía de las asociaciones o gremios de éstas.

⁶ Las propuestas y posturas manifestadas en este documento no reflejan las posturas de los expertos o terceros con los cuales se tuvo diálogos, ni es la posición oficial de la Pontificia Universidad Javeriana.

⁷ Experta en proyectos y políticas públicas en asuntos laborales, de salud y protección social. Consultora senior asociada de Inclusión S.A.S., exdirectora general de la ADRES, ex viceministra de protección social del Ministerio de Salud de Colombia, ex directora de empleo y formación para el trabajo del Ministerio de Trabajo.

⁸ Secretario de Salud de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.

⁹ Experto en administración de salud y actual gerente general de SURA EPS.



- c. Es aconsejable que los integrantes del Consejo Nacional de Salud sean elegidos por periodos fijos por cada uno de los sectores que representa y que tengan vinculación con funciones públicas que permita ejercer control disciplinario sobre sus actuaciones.
- d. El Consejo Nacional de Salud deberá contar con comités técnicos y científicos que brinden insumos y apoyen sus decisiones. Dichos Comités deberán ser, al menos, uno financiero, uno jurídico y uno de salud pública.
- e. El Consejo Nacional de Salud será por regla general, un organismo asesor y consultivo. Sin embargo, será vinculante el Plan Nacional Decenal de Salud que expida. Éste será un instrumento de acuerdo entre actores, de definición de la visión y dirección de la política sanitaria, revisión y ajuste de los objetivos del sistema de salud, desarrollo y articulación de acciones de salud pública y sobre determinantes sociales de la salud y de revisión y ajuste de la UPC.

En aspectos de revisión y ajuste a la UPC y de acciones que impliquen impactos fiscales, se deberá contar con el aval del Ministerio de Hacienda para que pueda ser incluido en el Plan Nacional Decenal de Salud.

El Plan Nacional Decenal de Salud podrá ser modificado, adicionado o ajustado durante su vigencia, siempre que ello sea aprobado por el Consejo Nacional de Salud.

- f. El Plan Nacional Decenal de Salud trazará las prioridades y necesidades intersectoriales para actuar frente a los determinantes sociales de salud. Será función del Ministerio de Salud, procurar los espacios con otras carteras y entes territoriales para realizar acciones coordinadas encaminadas a intervenir los determinantes sociales. Cuando se requiera se deberá acudir a los CONPES para articular intersectorialmente las acciones de salud pública.
- g. Además del Plan Nacional Decenal de Salud deberán existir Planes Territoriales de Salud en el que se identifiquen las necesidades de salud pública y las acciones concretas que se llevarán a cabo en el territorio. Los Planes Territoriales de Salud deberán ser elaborados en los Consejos Territoriales de Salud con participación de los representantes de los actores sociales que conforman el Consejo Nacional de Salud.
- h. El Plan Nacional Decenal de Salud deberá tener en cuenta y articularse con los Planes Territoriales de Salud.

2.2. Sobre el modelo de aseguramiento en salud

En relación con el modelo de aseguramiento, evidenciamos que la propuesta del Gobierno Nacional plantea la supresión total de las EPS en las actividades de aseguramiento. Esas actividades se concentrarían principalmente en el Estado a través la ADRES. La propuesta leída en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo daría a entender que la medida de giro directo se convertiría en la regla general del sistema de salud y, por lo tanto, la ADRES sería la única entidad que realizaría transferencias de recursos.

Respecto a esta propuesta entendemos que para el Gobierno Nacional resulta ser una medida esencial para su visión del Sistema de Salud. Sin embargo, vemos con preocupación que la ADRES no es una entidad con la capacidad institucional ni la misión de realizar todas las actividades de aseguramiento que realizan las EPS. Sumado a ello, en el diseño institucional



planteado en la propuesta del Gobierno se corre el riesgo de perder incentivos al control del gasto. Ni los CAPS, ni los prestadores ni los Fondos Territoriales tienen un esquema claro que los compela a buscar estrategias de control del gasto. Consideramos que esto es un grave riesgo para la sostenibilidad del sistema.

En efecto, en la actualidad las EPS reciben una UPC con la cual deben garantizar la cobertura financiera total, incluyendo el gasto administrativo y las utilidades¹⁰ que eventualmente perciban (8% para régimen subsidiado y 10% para el régimen contributivo). Así las cosas, cuando el gasto médico supera el 90% para el contributivo y el 92% para el subsidiado, las EPS deben utilizar recursos destinados, en principio, al gasto administrativo y a su remuneración, para cubrir el incremento del costo. Adicionalmente cuentan con reservas técnicas y recursos que aseguran solvencia que respaldan esos incrementos del costo médico y, en general, dan el respaldo para cubrir los flujos de siniestralidad. Así las cosas, las EPS hoy asumen el riesgo de no percibir utilidades si no realizan una gestión eficiente de los recursos.

Esta posición hace que las EPS tengan un incentivo a contribuir a que el Sistema de Salud tenga un control del gasto que lo haga sostenible financieramente. Eso lleva, por ejemplo, a que busquen incrementar los recursos de la UPC mediante rendimientos financieros, a buscar condiciones contractuales favorables con prestadores de servicios, tecnologías, medicamentos, insumos, entre otros, que redunde en eficiencias para el sistema de salud. No resulta claro en el proyecto de qué manera los CAPS, la ADRES u otro actor tengan incentivos que redunden en control del gasto. La ADRES al parecer sería una entidad que siempre tendría el respaldo del presupuesto nacional y cuando este no sea suficiente, se podrían generar problemas de flujo de recursos similares a los que ya se experimentaron con el entonces Fosyga.

Por tal motivo, vemos con preocupación la propuesta de convertir a la ADRES en el asegurador único y a la medida excepcional de giro directo en una constante generalizada en todo el Sistema de Salud. Sin embargo, y de cara a aportar para que dicha medida no termine siendo un riesgo sistémico, proponemos orientarla hacia un uso limitado, que mantenga incentivos y el rol de las EPS en el control del gasto o hacia un sistema mixto de aseguramiento entre la ADRES y las EPS.

No vemos con claridad que los problemas de mal manejo de los recursos de la salud se solucionen retirando los recursos de las EPS y concentrándolos en la ADRES. Por el contrario, creemos que existen otras medidas, como las que proponemos en el acápite de prevención de la corrupción y en el sistema de incentivos y desincentivos, que pueden contribuir a fortalecer los incentivos de buen desempeño, hacer más transparente el uso de los recursos, fortalecer el control ciudadano y del Estado sobre los recursos públicos sin poner en riesgo la gestión financiera del sistema de salud.

a. **Giro directo**

Se propone mantener el artículo 125 del PND por el cual se establece el giro directo para los recursos de aseguramiento en salud, incluyendo prestaciones económicas y la rentabilidad del

¹⁰ Lo que se ha evidenciado es que las utilidades son muy pequeñas y provienen principalmente de los excedentes resultantes de los rendimientos financieros.



fondo limitándolo a un porcentaje para ambos regímenes. Se propone que se establezca un porcentaje mínimo de giro directo del 30% para que las EPS efectivamente internalicen los efectos del flujo de caja, pero se fortalezca la vigilancia en la oportunidad de pagos. La Superintendencia Nacional de Salud priorizará la vigilancia sobre oportunidad en los pagos.

b. Sistema mixto de aseguramiento

En caso de que la ADRES definitivamente sea transformada a una entidad de aseguramiento en salud, y no sólo una administradora de recursos como lo es hoy, proponemos que se estructure un modelo mixto de aseguramiento en salud público-privado. En este modelo la ADRES actuaría como real aseguradora, esto es, teniendo reservas técnicas, reservas de solvencia financiera y asumiendo el control del gasto en conjunto con las EPS. La medida de giro directo surge en el sistema de salud como una estrategia excepcional para garantizar que los recursos no se concentren en las redes propias de las EPS. Vista esta génesis, proponemos que la ADRES, en este modelo mixto, se convierta en el asegurador de la red propia de las EPS y éstas últimas compartan el riesgo financiero sobre las IPS que no son red propia.

Un modelo mixto de estas características posibilitaría el que el Sistema de Salud tenga un mayor respaldo financiero bajo esfuerzos público-privados. En este caso, se tendría que convertir a la ADRES en una verdadera aseguradora y hacer arreglos institucionales para que se logre un riesgo financiero compartido justo y equilibrado. Esta propuesta tiene la ventaja de que permitiría a la ADRES una transición progresiva hacia una aseguradora y no sólo una administradora de recursos. Creemos que esta transición es fundamental hacerla de manera progresiva de tal suerte que se puedan ir haciendo ajustes en el camino y se ve yán identificando las bondades y los retos que implica que la ADRES asuma tal rol. Sumado a ello, este modelo mixto de aseguramiento puede generar una sana competencia entre la ADRES y las EPS. Así las cosas, si la ADRES resulta tener mejores resultados que la EPS su cobertura o alcance puede ir progresivamente incrementando y restando lugar a las EPS. Así mismo, si se identifica que la ADRES tiene dificultades para asumir ese rol, se puede seguir encargando a las EPS tal rol, sin dejar al Sistema de Salud frente a la incertidumbre en caso de que la ADRES fracase o tenga resultados menos favorables de los que hoy representan las EPS.

c. Unión de los regímenes contributivo y subsidiado

Se propone unificar los dos regímenes de forma que la única diferencia existente entre estos sea la cotización y las prestaciones económicas. La prima de UPC del régimen subsidiado se iguala de forma tal que la única diferencia entre regímenes sea una fracción destinada a prestaciones económicas. No habría EPS exclusivas de un régimen ni redes diferenciales. Excedentes de UPC podrán utilizarse para el desarrollo de infraestructura en el primer nivel de atención en municipios categoría 3 a 6.

La razón de las diferencias en los servicios experimentados por usuarios de los regímenes contributivo y subsidiado son parcialmente debidas a que el régimen subsidiado tiende a establecer redes en áreas con una menor oferta de prestadores, así como una diferencia en las primas de UPC. Para la igualación de tarifas se estima una necesidad presupuestal de 5 billones



de pesos a 2022. Se propone una senda de incremento de cotizaciones parafiscales progresivo en cinco años que compensaría el 50% del incremento requerido, sumado a un compromiso de giro del presupuesto general de la nación por el remanente 50%, similar al pari pasu. Este incremento es progresivo en los ingresos para minimizar su efecto en el empleo formal de trabajadores con salarios bajos. Para utilizar los recursos en forma más eficiente se requiere fortalecer el rol del IETS para que se constituya en la autoridad competente que determina la entrada de nuevas tecnologías al cálculo de la UPC.

Así las cosas, se propone mantener la exoneración de pago de aportes prevista en el artículo 114-1 del estatuto tributario, pero generar un incremento progresivo de la cotización en salud. En este cuadro se describe la senda de crecimiento de cotizaciones por nivel de salarios con el objeto de unificar la UPC de régimen contributivo y subsidiado.

Nivel de salario	Incremento anual de la cotización sobre la cotización actual			
	2024	2025	2026	2027
Salario entre 1.5 y 3 SMMLV	1/192 del SMMLV	1/96 del SMMLV	1/48 del SMMLV	1/24 del SMMLV
Salario entre 3 y 5 SMMLV	1/96 del SMMLV	1/48 del SMMLV	1/24 del SMMLV	1/12 del SMMLV
Salario entre 5 y 7 SMMLV	1/8 del SMMLV	1/4 del SMMLV	1/2 del SMMLV	1 SMMLV
Salario mayor a 7SMMLV	1/4 del SMMLV	1/2 del SMMLV	1 SMMLV	2 SMMLV

De esta manera, por ejemplo, un trabajador que devenga entre 5 y 7 SMMLV tendría que cotizar el 4% de su ingreso y el empleador asumir 1 SMMLV al año, que puede ser distribuido en cotizaciones mensuales. Siendo esto una medida que no genera un incremento en costos laborales tan alto¹¹ como el que supondría la eliminación del beneficio previsto en el estatuto tributario y antes referido, pero que contribuye a la sostenibilidad financiera del sistema y al propósito de unificar la calidad de los servicios de los regímenes subsidiado y contributivo. En efecto, no resulta constitucionalmente admisible una diferencia en la calidad de los servicios para usuarios de uno u otro régimen.

d. Sistema de incentivos al buen desempeño y sanciones económicas por deficiencias o bajo rendimiento

Proponemos que se genere un sistema de incentivos al buen desempeño de las EPS y de sanciones por deficiencias o bajo rendimiento. La lógica que inspira esta propuesta es el contribuir a que los actores del sistema se orienten hacia una gestión con resultados positivos en salud y no sólo al cumplimiento de tareas u obligaciones que no necesariamente redundan en resultados de salud pública. Esta lógica funciona si el actor que se esfuerza en la obtención de resultados se ve beneficiado y el que, por el contrario, no tiene buen rendimiento se ve desincentivado mediante costos económicos.

El sistema propuesto tendría incentivos al buen desempeño y la obligatoriedad de constituir una reserva de recursos propios destinados exclusivamente al pago de sanciones o multas por incumplimiento en sus funciones. La reserva se deberá calcular mediante una fórmula que

¹¹ Buscar fórmulas que no generen incrementos altos de costos laborales es fundamental para evitar el crecimiento de la informalidad laboral, la que también afecta la sostenibilidad financiera del sistema de salud.



permita observar el histórico de sanciones impuestas para que su valor sea mayor cuando haya más episodios de sanciones o éstas sean más graves y se disminuya en caso opuesto.

- **Incentivo al buen desempeño**

La adquisición de rendimientos y excedentes de UPC por parte de las EPS ocurrirá al finalizar el año fiscal con base en el reporte independiente de la Cuenta de Alto Costo (CAC) y el Instituto Nacional de Salud (INS). Estos indicadores se establecen porque son fáciles de identificar y monitorear, reflejan resultados que capturan múltiples procesos de atención en salud, reflejan el efecto ecualizador del sistema de salud en las diferencias territoriales de los determinantes sociales y abarcan un número amplio de procesos y condiciones de salud no restringidas a las enfermedades descritas.

Se establece un periodo de cinco años para que la Superintendencia Nacional de Salud adquiera la capacidad de la CAC en obtener y evaluar de forma independiente la información suministrada por las EPS con el objeto de llevar a cabo el proceso de pago por desempeño a las EPS en forma autónoma.

Indicador	Fuente
Mortalidad materna	SIVIGILA
Mortalidad infantil	SIVIGILA
Mortalidad <u>con</u> VIH	SIVIGILA
Mortalidad <u>con</u> alguno de los 11 tipos de priorizados de cáncer	CAC
Mortalidad por suicidio	SIVIGILA
Mortalidad <u>con</u> Insuficiencia Renal Crónica	CAC

Habría un periodo de transición hasta 2026 donde se construirá una línea de base para todos los indicadores con promedios móviles de tres años. A partir de 2026, la reducción esperada de indicadores de salud pública será del 2% anual. La falla en la reducción esperada para cada indicador implicará la apertura de investigación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y la no recepción de 1/6 de los excedentes de UPC y rendimientos del año fiscal anterior.

En el tiempo se esperaría el desarrollo de indicadores intermedios como la oportunidad en entrega de medicamentos, citas, entre otros.

- **Reserva de recursos propios para sanciones o multas**

Los aseguradores en salud tendrán que constituir una reserva financiera con recursos propios que estarán única y exclusivamente destinados a cubrir las multas que impongan las autoridades con facultades sancionatorias por el incumplimiento en sus obligaciones y los detrimentos patrimoniales que se comprueben en sede de responsabilidad fiscal. La reserva deberá determinarse mediante una fórmula que permita tener en cuenta el rendimiento histórico de sanciones en un periodo de un año, la gravedad de estas conductas sancionadas y las decisiones con responsabilidad fiscal. De esta manera, a un mejor desempeño la reserva de recursos propios será menor y a un bajo desempeño la reserva se incrementará y tendrá que reponerse en la medida en que se ejecute el cobro de sanciones o multas y el pago de detrimentos patrimoniales. Se trata de un incentivo directo a los accionistas de las EPS para que sus entidades generen buenos resultados y protejan los recursos públicos. Se convertirán en



garantes, con recursos propios, de los recursos públicos que por su culpa o dolo se vean afectados o sufran detrimento.

Aunado a lo anterior, se proponen que todos los recursos provenientes de multas de todas las entidades con facultades sancionatorias se destinen única y exclusivamente al financiamiento del sistema de salud.

e. **Áreas dispersas bajo administración de un asegurador**

El modelo de salud previsto para áreas dispersas y vulnerables no puede ser el mismo que el resto del país. La fragmentación del aseguramiento en zonas dispersas ha generado barreras de acceso a sus habitantes. Se consolida el aseguramiento en estas zonas y se evita diluir la responsabilidad en diferentes aseguradores.

Con este fin, se elimina la restricción a la integración vertical en el primer nivel de atención para municipios categoría 3 a 6, pues esta medida favorecería el desarrollo de redes de prestación desde el sector privado que complementan la red pública que debe ser fortalecida.

En estos territorios se plantea un único asegurador, pues esta medida favorecería la posibilidad del Sistema de Salud de llegar a territorios dispersos y vulnerables. Se trata del aseguramiento en los siguientes nueve departamentos: Amazonas, Putumayo, Caquetá, Guaviare, Vaupés, Vichada, Guainía, Chocó y la Guajira será asignados a cuatro aseguradores que serán responsables por la atención en salud del departamento para ambos regímenes. Esta asignación será realizada por el Ministerio de Salud a las EPS con mejor desempeño de acuerdo con los criterios de desempeño establecidos en el apartado superior sumado el desempeño financiero de los mismos durante el periodo 2022-2024. La asignación tiene un criterio de distribución poblacional y posterior a la asignación, le permite a las EPS construir una línea de base diferencial por departamento de los indicadores de desempeño que les permita mejorar las condiciones de salud de los habitantes de estos departamentos.

Se propone una distribución así:

Departamento	EPS
Guajira	1
Chocó	2
Putumayo	3
Caquetá	
Guaviare	4
Guainía	
Vaupés	
Vichada	
Amazonas	

La fragmentación del aseguramiento en zonas dispersas ha generado barreras de acceso a sus habitantes. Se consolida el aseguramiento y se evita diluir la responsabilidad en diferentes aseguradores.



En la medida en que se logre avanzar en procesos de regionalización, como los previstos en la ley orgánica 1962 de 2019, se podrán establecer regiones que tengan este modelo de aseguramiento único.

2.3. Propuestas de transparencia y prevención de la corrupción

a. Sistema Público Único Integrado de Información en Salud

Coincidimos en la necesidad y la conveniencia de un Sistema Público Único Integrado de Información en Salud. Somos conscientes que su desarrollo será un proceso complejo y de largo aliento. Por tal motivo proponemos que en su primera etapa o versión sea un sistema de información pública de toda la contratación del sistema de salud. Este sistema deberá permitir y facilitar la veeduría ciudadana y la denuncia de acciones de corrupción o de afectación de los recursos públicos. Así mismo, deberá alertar sobre desviaciones de tarifas de servicios de salud, tecnologías, insumos, medicamentos y cualquier elemento contratado de acuerdo con un marco tarifario de referencia. Estas alertas deberán implicar la activación de las auditorías por parte de las capas b, c y e del sistema de control de los recursos de la salud multicapa.

b. Sistema de control de los recursos de la salud multicapa

Se propone un sistema de control del adecuado y eficiente manejo de los recursos públicos que tendrá las siguientes capas:



a. Las EPS serán las primeras responsables de la correcta contratación y auditoría integral de todas las cuentas médicas. Responderán con su patrimonio por cualquier detrimento patrimonial.

b. En los territorios los Fondos Regionales de Salud realizarán auditoría permanente y aleatoria de todas las contrataciones y cuentas medicas sobre las que se solicite pago.

c. La ADRES realizará auditorías aleatorias sobre la contratación y auditoría de cuentas médicas.

d. El Sistema de Información del Sistema de Salud deberá tener toda la información de contratación que hagan las EPS. Esta será pública con reserva de datos personales cuando los haya. Este Sistema deberá tener la posibilidad de permitir control ciudadanos de precios y condiciones de contratación. El Sistema de Información deberá generar alertas cuando



identifique cambios inusuales en la facturación y pagos, para que la ADRES realice controles, incluyendo red integrada verticalmente.

e. Las Contralorías realizarán control de los recursos públicos con funciones preventivas y posteriores.

f. El Consejo Nacional de la Salud funcionará como órgano consultivo para adoptar medidas y estrategias de protección y eficiencias de los recursos de la salud.

c. Sistema de control de tarifas

El Sistema de Salud debe avanzar progresivamente hacia modelos que permitan establecer una mayor certeza del gasto. En este sentido, se hace importante prever sistemas de regulación y control de tarifas. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que un sistema de regulación tarifaria muy estricto puede tener consecuencias negativas no intencionadas, como el desincentivo a la innovación, a la inversión, a la calidad y no atender a dinámicas y costos diferenciales en áreas dispersas, entre otros. Por tal motivo, se propone un sistema de control y vigilancia permanente de tarifas en el que se parta de un marco tarifario por rangos que sea punto de referencia para evaluar en cada caso concreto el eficiente y adecuado uso de los recursos de la salud. Este marco tarifario se desarrollará con el sistema de información actual y se actualizará discriminando por variables relevantes, incluyendo departamento/municipio, características del prestador, entre otros. El Sistema Público Único Integrado de Información en Salud deberá ir contribuyendo a establecer rangos cada vez más precisos y diferenciales para lograr tener cada vez más precisión en el costo.

2.4. Propuestas de fortalecimiento al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud SOGCS

a. Generalidades

- Mantener los cuatro componentes del SOGCS, complementando evaluación objetiva de la garantía de calidad y de la mejora continua.
- Dar mayor valor a la implementación de prácticas seguras, reconocimiento y análisis de fallas de calidad, proceso de mejoramiento continuo y resultados, más que a la creación de documentos.
- Generar un plan de formación de entrenamiento continuo para estandarizar competencias de los equipos de calidad de las entidades territoriales e incentivar con opciones de becas dentro y fuera del país para conocer experiencias exitosas de excelencia.
- Garantizar recursos para cumplir cobertura de IVC la totalidad de prestadores dejando términos de alcance según el tamaño de cada territorio
- Incluir de manera explícita el alcance del concepto de IVC hacia las entidades territoriales porque hasta el momento sigue circunscrito a la Supersalud en la actual propuesta de reforma alineado con la Ley 1122 de 2007
- Definir de forma más explícita lineamientos operativos para facilitar la implementación de buenas prácticas a los prestadores de servicios de salud, tomando en consideración la voz de los usuarios y la normatividad legal explícita. Ej: *Desde la Secretaría Distrital de Salud se ha emitido la [Circular 046 de 2022 - Fortalecimiento de la Atención Humanizada, donde basados en la normatividad legal y las manifestaciones de los usuarios en el Sistema Distrital](#) para la gestión de peticiones ciudadanas, se emitió concepto con pilares y acciones puntuales de lo que se considera para el distrito una atención humanizada: **“Un trato digno y respetuoso que garantice los derechos a través de atención de cuidado pertinente, ético, seguro, que promueva una cultura centrada en la buena**



comunicación e información, sin discriminación y con predominio de un enfoque diferencial”.*Este concepto puede complementar el descrito en la reforma como elemento esencial.

b. Sistema Único de Habilitación

- Mantener los grupos de estándares actuales e incluir sistema de monitoreo y evaluación objetiva de las características de calidad en articulación con el Sistema de Información para la Calidad.
- Estructurar la norma de habilitación conforme al contexto territorial, manteniendo unos criterios básicos transversales.
- Realizar adecuación intercultural de las normas de habilitación, para que respondan a la prestación de servicios en IPS indígenas y otro tipo de poblaciones que respondan al enfoque diferencial.
- Dar mayor valor a la implementación de prácticas seguras, gestión del riesgo y resultados, más que a la creación de documentos.
- Aceptar tiempos de subsanación de condiciones de habilitación que no conlleven riesgos críticos para los pacientes con el fin de generar una visita complementaria que podría ser subsidiada por el prestador en lugar de pagar una sanción por apertura de proceso administrativo sancionatorio.
- El SUH debería incentivos para su cumplimiento, como acceso a asesorías o formación gratuita para mejorar.

c. Auditoria para el mejoramiento de la calidad – PAMEC

- Estrategia de mejoramiento territorial, con indicadores que impacten en eje(s) trazado(res), según prioridades concertadas desde el ente territorial para generar impacto colectivo, y no dejar a libre decisión del prestador los puntos y magnitud de la mejora.
- Permitir que el PAMEC se pueda realizar por el prestador directamente o por outsourcing siempre y cuando demuestre el mejoramiento acordado en el Programa con resultados de impacto.
- Permitir que en el PAMEC se trabaje sobre diferentes modelos de mejoramiento nacionales o internacionales que conlleven a demostrar resultados de impacto a través del mejoramiento.

d. Sistema de información para la calidad SIC integrado al Sistema Único Público de Información en Salud

- Contar con Sistemas de información para el monitoreo de calidad desde el nivel territorial articulado o compartido con el Ministerio de Salud y Protección Social, concertando mesas de análisis y toma de decisiones con el organismo nacional.
- Generar incentivos y reconocimientos a los prestadores que demuestren de manera concreta mejoramiento de las condiciones de calidad con resultados en la prestación de los servicios.

e. Sistema Único de Acreditación SUA

- Estructurar el SUA por niveles de avance que motiven a los prestadores a la implementación de buenas prácticas, simplificando el proceso para demostrar mejoramiento con mayor celeridad.



- La acreditación debe tener incentivos reales y no como una opción: tarifas más altas, contratos preferenciales, excepción de impuestos o parafiscales
- Permitir la acreditación de centros de excelencia como complemento al SOGCS mas no dependiente del SUA en su totalidad.
- Promover la formalización de Hospitales Universitarios
- Incentivar a las entidades territoriales e IPS en el desarrollo de proyectos de investigación para la evaluación y mejoramiento de la calidad.