



Bogotá, 6 de marzo de 2024

## **INTERVENCIÓN COLEGIO MÉDICO DE CUNDINAMARCA Y BOGOTÁ Y DEL GRUPO DE ACUERDOS FUNDAMENTALES EN LA COMISIÓN SÉPTIMA DE SENADO SOBRE PL 339/ C – 216/S 2023**

Honorables Senadores comisión séptima senado de la república, soy Clemencia Mayorga presidente del Colegio Médico de Cundinamarca y Bogotá de la FMC. Les presento un respetuoso saludo a nombre del Colegio Médico de Cundinamarca y Bogotá y de las 16 organizaciones médicas que hacemos parte del grupo “Acuerdos fundamentales para la implementación de la Ley Estatutaria de salud”.

Para este grupo de organizaciones liderado por la Academia Nacional de Medicina el trámite del PL 339C- 216S/23, es de la mayor importancia puesto que afectará sin lugar a duda la totalidad de los residentes en el país, con un profundo impacto económico, político y social.

Desde hace más de dos años que este grupo de organizaciones venimos estudiando lo que consideramos el más importante avance en materia de derechos sociales que es la Ley Estatutaria de salud 1751/15 que consagra la responsabilidad única e ineludible del estado Colombiano para garantizar el derecho a la salud de todos los colombianos. Para ello consagra la misma en su artículo 5º. “El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:

- a) Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas;
- b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema;
- c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales; “

Así las cosas, este grupo viene reiterando que el PL 216S/23 que inicia su trámite en el Honorable Senado de la República constituye una oportunidad para avanzar en la superación de las inequidades en el acceso a la salud, en especial en las zonas rurales y dispersas, permitiendo el fortalecimiento de la atención primaria en salud, elemento fundamental para impactar en los resultados en salud para todos, el necesario fortalecimiento de la red pública hospitalaria, la eliminación de la intermediación financiera por parte de las EPS, así como propone, la dignificación del trabajo del talento humano en salud, aspectos que a nuestro juicio son los puntos centrales en los cuales debe avanzar el sistema de salud en Colombia.

La misma Ley Estatutaria de Salud establece en su artículo 6º. Los elementos y principios del derecho fundamental a la salud, dentro de los cuales destacamos para esta mesa técnica convocada



por los Honorables Senadores para el tema financiero, el numeral i) **Sostenibilidad**. “El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal;”

Por lo anterior es indispensable que los Honorables Senadores de la Comisión VII y de la plenaria del Senado tengan en cuenta la siguiente evidencia en relación con lo financiero:

1. **Aumento del gasto:** En estudios presentados por el Banco de la República (2023) sobre el financiamiento del sistema de salud, se plantea que el sistema enfrenta un aumento en el gasto principalmente por el incremento en enfermedades crónicas no transmisibles (de 1.5 billones en 2016 a 5.9 billones en 2021), con una proyección a 2030 de \$8 a \$10 billones/año (1), además del aumento en gasto por PM, atención de migrantes y demás variables que ameritan una ruta financiera clara para garantizar el derecho a la salud en el corto, mediano y largo plazo, así como las nuevas fuentes que son requeridas y de obligatoria presentación y análisis en el proyecto de reforma.
2. **Aumento en las frecuencias de uso:** en especial en Enfermedades Crónicas No Transmisibles: Enfermedades cardiovasculares: la tasa de consultas médicas por 100.000 habitantes pasó de 1.000/100.000 Hab en 2009 a 8.500 / 100.000 Hab en el año 2021. En ese mismo grupo de pacientes los procedimientos pasaron de 300/100.000 Hab. en el año 2009 a 3.500/100.000 en el año 2021 y las hospitalizaciones pasaron de 40 / 100.000 Hab. en 2009 a 250/100.000n en 2021, observándose igual comportamiento creciente para diabetes, hipertensión arterial, EPOC y cáncer. (2)
3. **Aumento de la siniestralidad:** A pesar de que el gasto en salud pasó del 6.7% del PIB en 2011 a 8.5% en 2020, según estudio publicado en octubre de 2023, la revisión de los estados financieros e indicadores de 2017 a 2021 de las EPS, publicados por la Superintendencia Nacional de Salud, reflejaron que para 2021 las EPS del régimen subsidiado frente a su UPC, mostraron una siniestralidad de 97,35% y para las EPS del Régimen contributivo en ese mismo año, de 100,54%. Adicionalmente de indicó que el 66,60% de las EPS mostraron una siniestralidad mayor a 95%, “(13).
4. **Nuevas tecnologías en el sector:** El incremento en gasto por nuevas tecnologías y medicamentos es una tendencia mostrada en el mundo entero. En Colombia el gasto público por medicamentos pasó de 11,5% en 2015 a 19,1% en 2020. Aunque no encontramos reportes en Colombia, por otras nuevas tecnologías, en Estados unidos se describe que el gasto por medicamentos por paciente con cáncer pasó \$129 dólares/persona en el año 1.970 a \$10.059 dólares/persona en 2.018. (3). Algunas EPS han señalado que el gasto por concepto de medicamentos en el país alcanza la tercera parte de todo el presupuesto.<sup>1</sup>
5. **Migrantes:** la incorporación progresiva de migrantes al sistema de salud genera otra presión económica al sistema: los gastos totales en la UPC para migrantes en 2019 fueron de: 32.971 millones para 76.760 afiliados, (Per cápita 2019: 429.533); para 2022, el gasto en salud aumentó a 144.542 millones (527.045 afiliados), con un per cápita 2022: 274.249. (7)
6. **Externalidades.** Otros factores como gastos extraordinarios por pandemia COVID 19 deben ser tenidos en cuenta, así como las variaciones del peso colombiano frente al dólar que afecta los precios de compra de medicamentos, insumos y nuevas tecnologías, la Inflación

---

<sup>1</sup> Sanitas, Comisión Séptima Senado de la República 5 de marzo de 2024



general y sectorial y su impacto en el sistema de salud: a agosto de 2023 el IPC sectorial se situó en 10,38(4) y el IPC general en 11,78 (4).

7. **El porcentaje de PIB en salud en Colombia** está dos puntos por debajo de promedio de países de la OCDE, con un plan de beneficios que incluye todos los servicios y tecnologías, como reza la Ley Estatutaria de salud. El sistema de salud hoy, sin aprobación de este PL, según Adres informó en esta comisión, requiere 5 billones de pesos/año, de recursos nuevos, sin implementación de la reforma.
8. **Aumento del gasto en salud en el mundo:** el gasto en salud está creciendo más rápidamente que el resto de la economía mundial, y representa el 10% del producto interno bruto (PIB) mundial. Un nuevo informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestra una rápida trayectoria ascendente del gasto sanitario mundial, que es particularmente notable en los países de ingresos bajos y medianos, donde el gasto sanitario está aumentando en promedio un 6% anual en comparación con un 4% en los países de ingresos altos. En los países de ingresos medianos, el gasto público en salud por habitante se ha duplicado desde el año 2000. Se requiere fortalecimiento de los recursos destinados a la salud y destinación de recursos nuevos para la APS afirmó la OMS en 2019. En este componente es preciso aclarar que aunque es deseable el aumento del gasto en APS, este esfuerzo no tiene la repercusión que el Gobierno Nacional ha querido darle en términos de disminución de gastos a mediano o largo plazo pues es más rápido el incremento de gastos por lo ya enunciado, que la disminución de gasto por prevención de patologías por lo que hoy el aumento del gasto en salud es un fenómeno presente en todos los países del mundo, incluidos aquellos con fuertes esquemas de APS, promoción y prevención, lo que significa que se requieren recursos necesarios para el fortalecimiento de APS más aquellos para atención de la enfermedad que están siempre al alza ya que no es posible reemplazar unos por otros.
9. **Decisiones del Gobierno Nacional.** La disminución de recursos por disminución del valor de la prima por póliza SOAT para motos (1) generó una reducción de ingresos por SOAT: “Reducción en las tarifas del Soat causó un hueco de unos \$850.000 millones en el presupuesto de la salud, afirmó durante una intervención ante la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, en un debate de control político, el ministro de Salud Guillermo Jaramillo sostuvo que es preocupante la cifra”. (11) Sumado a lo anterior en términos de riesgo en la suficiencia o no de recursos para el sistema actual, el Ministerio de salud expide documento que está publicado para comentarios y que reglamentaría la resolución 2364/2023 que destinó el 5% del valor de la UPC para la operación de los equipos básicos de salud, es decir la implementación de equipos nuevos de salud que según ello serían financiados con los recursos que hoy tienen destinación específica para atención de pacientes en la financiación del PBS tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado.
10. **Mercado de trabajo:** Debe también tenerse en cuenta el desempleo que alcanzó para el mes de enero una tasa del 12,7%, la informalidad de más de 50% en el país ( no aportantes al sistema de salud), la exención derivada de la Ley 1607/2012 por medio de la cual se otorgó una exención a las empresas sobre los aportes de los trabajadores por debajo de 10 SMMLV, como factores que impactan directa e indirectamente el recaudo por concepto de contribuciones parafiscales que financiación el sistema de salud.
11. **Costo total de la reforma.** Además de lo anterior consideramos indispensable, conocer el costo total de la reforma. Los datos de los que dispone el país hasta el momento no permiten determinar con claridad el monto total de la misma, más allá del documento del Ministerio de hacienda abril de 2023 en el cual se tazó el costo en 146 billones de pesos nuevos sin



que se mencionen nuevas fuentes de recursos. Con base en el documento de factibilidad fiscal radicado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en noviembre de 2023 el balance del sistema con reforma presenta un déficit promedio de 2.3 billones de pesos anuales desde el 2024 hasta el 2030, sin considerar los costos asociados a la implementación de la política de ciencia y tecnología, los costos de los servicios sociales complementarios, el costo del saneamiento de los hospitales públicos y el costo del Sistema Público Único de Información, que el mismo ministerio reconoce no fue posible cuantificar.

12. La dignificación del talento humano en salud (THS), aunque se reconoce y señala en el texto, requiere de una política pública de THS y de un régimen laboral especial que no se evidencian en el articulado y no cuenta con recursos ciertos para ser garantizada en el sector público, específicamente para la incorporación a las plantas de personal de quienes actualmente se encuentran contratados por OPS, de igual manera se debe unificar metodología para este cálculo. Así mismo, debe contemplarse la obligatoriedad de garantizar condiciones laborales dignas para el personal que trabaja en el sector privado que constituye más del 80% en el país. El país hoy, tras la pandemia, es testigo de la capacidad, entrega y resiliencia de su talento humano en salud. Sobre este tema el Ministerio de Hacienda respondió a la Senadora Norma Hurtado sobre un PL que cursó en este congreso, que no le dada el aval fiscal pues no se cuenta con recursos para ello. Ello a pesar de las precarias condiciones de trabajo, deudas impagas, falta de estabilidad laboral y demás condiciones que deben ser mejoradas. Al THS no se le puede volver a fallar, por lo cual es indispensable contar con recursos ciertos que permitan prever que se dignificará el talento humano en salud tanto en lo público como en lo privado y hoy no vemos con claridad los recursos destinados para ello en lo público ni las formas en las cuales se obligará en lo privado.
13. **Racionalización del gasto en salud:** Finalmente, el sistema para ser sostenible en el tiempo tiene que encontrar un mecanismo legítimo del control del gasto. El pago por evento, con giro directo desde Adres en 30 días como lo señala el proyecto de ley 216S/23 hace imposible, la auditoría en ese tiempo a los casi 2 millones de facturas al día que se emiten en el sistema de salud, lo que podría llevar a una verdadera vena rota que tendría un impacto grave en los recursos del sistema. Dentro del proyecto en la actualidad encuentran dos mecanismos control del gasto; de un lado el tarifario universal obligatorio y del otro las modalidades de pago que, se intuyen por necesidad, deberán migrar a mecanismos prospectivos de remuneración.

Sobre el primero hay que señalar que, considerando que la oferta de servicios de salud es mayoritariamente privada y que en la mediana y alta complejidad se subsidia por demanda, un tarifario que fije un precio por debajo del punto de equilibrio representaría la creación de precio máximo relevante que podría destruir en corto tiempo la oferta de servicio de salud actualmente funcionales dentro del sistema, por lo que el tarifario no puede ni debe ser un mecanismo caprichoso de control del gasto sino un instrumento de corrección de inequidades que en la remuneración y en tiempos de pago hoy enfrenta el sistema.

Sobre el segundo punto hay que tener en cuenta que la implementación de modalidades de pago prospectivas puede conllevar en la práctica la transferencia del riesgo de la ADRES o las gestoras a los prestadores, y esta transferencia en un contexto de insuficiencia financiera puede convertir a los prestadores en negadores sistemáticos de servicios que es lo que actualmente vemos en el punto de aseguramiento.



14. **El proyecto 339 de 2023 se presentó incumpliendo con lo previsto en el inciso 2 del artículo 7 de la ley 819 de 2003.** El inciso mencionado señala que para efectos de determinar el impacto fiscal de las reformas “deberá incluirse expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite respectivas **los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional** generada para el financiamiento de dicho costo. (subraya intencional) El proyecto 339 de 2023 indico en la exposición de motivos algunos componentes del costo fiscal de la reforma pero **NUNCA** definió la fuente de ingreso adicional, lo cual configura un incumplimiento de lo previsto por la normatividad vigente en la materia.

A pesar de los ingentes llamados desde este grupo y otros sectores a la fecha no se cuenta con el aval fiscal frente a la reforma PL216/S/23. Y el documento presentado por el Ministerio de Hacienda no constituye un aval fiscal ni define nuevos recursos necesarios para la reforma y sus fuentes. Así mismo el 4 de marzo pasado (hace dos días), el propio Ministerio de salud planteó en medios de comunicación: “ en respuesta al requerimiento de la HS Norma Hurtado que “... *en atención a las modificaciones que ha surtido el PL durante el trámite legislativo, en particular, introducidas en la plenaria de la Honorable Cámara de Representantes, este Ministerio, sin perjuicio de estimaciones anteriores, continua estudiando el proyecto, aplicando lo previsto en el artículo 7 de la ley 819 de 2003*”. Es decir, de momento no se dispone ni se dispondrá de la información financiera indispensable para la aprobación de un proyecto de ley de tal magnitud.

15. Deudas en el sistema de salud: no es clara hoy, ad portas de una reforma al sistema de salud el monto de deuda total en el sistema de salud, (del Gobierno nacional a EPS, EPS a IPS, IPS a trabajadores, proveedores y otros actores de la cadena ), y menos se cuenta con la información de quien asumirá estas deudas, cual será el impacto de las mismas en la cadena, ni la valoración y recuperación de las reservas técnicas de las EPS una vez dilucidadas las cifras y las causas; dentro de estas las reservas técnicas que requerirá la Nueva EPS para cumplir con la norma y recibir un mayoritario número de usuarios que serán trasladados de EPS que no cumplen indicadores o no están interesadas en continuar en el sistema.

Sobre estos aspectos, debemos ser claros en señalar que garantizar o no, las fuentes de recursos, tanto para garantizar el derecho a la salud, sin reforma, como aquellos que se requerirán para la implementación de la reforma, es garantizar el éxito, o el fracaso del sistema es decir su probabilidad de subsistencia o colapso y ello en este sector significa la atención o no de enfermos y la vida o muerte de personas.

Sobre otros aspectos:

16. **Rectoría y gobernanza.** Sobre la dirección del sistema es indispensable que el Consejo Nacional de Salud sea una instancia de dirección y concertación, y no de asesoría, como lo plantea hoy el texto del PL, así como que se garantice su participación en la reglamentación de la ley que se apruebe y en la definición del valor de la UPC, previo un estudio técnico de soporte. Lo anterior garantiza la supremacía de lo técnico con participación de los actores del sistema, al margen de los cambios políticos coyunturales; es necesario que la conformación del Consejo Nacional de Salud se garantice la presencia de la Academia



Nacional de Medicina como órgano consultor del Gobierno Nacional, así como la de los profesionales de la salud definidos a través de sus organizaciones representativas de carácter nacional de manera rotativa y concertada, y que las decisiones de dicho Consejo sean vinculantes.

17. **Aseguramiento Operativo:** Se requiere precisar las funciones y responsabilidades de cada uno de los actores del Sistema de Salud. El proyecto de ley ordena la transformación de las actuales EPS en Gestoras de Salud y Vida, pero la ponencia superpone competencias con las de la ADRES, con los Fondos Cuenta, con los CAPS o las entidades territoriales. Adicionalmente, la definición del 5% del valor de la UPC por concepto de gasto administrativo, más un 3% variable por resultados, se establece sin que se conozcan los estudios técnicos que la soportan. Sobre este punto es importante considerar que dentro del proyecto se asignan a diferentes actores funciones como validaciones, auditorias, controles y autorizaciones sin que exista un entendimiento claro de lo que estos conceptos significan y en cómo se articulan para lograr que los recursos del sistema fluyan y alcancen para satisfacer la demanda creciente por servicios y tecnologías.
18. **Adscripción o afiliación:** Existe ambigüedad entre la afiliación a las Gestoras y la obligatoriedad de la adscripción de 50 millones de personas a los CAPS y sigue sin respuesta la pregunta de quien representa al paciente integralmente y ante quién acudiría a la acción de tutela en caso de requerirlo, aspecto este que eventualmente podría limitar este derecho, además del presunto menoscabo de la libre elección.
19. **Redes Integradas e Integrales de Sistema de salud:** El PL 216/S no cumple con los principios de integralidad e integridad de las redes integradas e integrales de servicios de salud, que para ello deben incluir los CAPS y la atención de mediana y alta complejidad en una única red operativa evitando fragmentación y barreras para los pacientes entre el primer nivel de atención y el nivel complementario.
20. **Sistema Público único de Información** en salud SPUIS y la ADRES como ejes de todo el Sistema, requieren desarrollo de infraestructura, tecnología y talento humano, y cuyo costo se informó por parte de MinTIC en audiencia pública en la Honorable Cámara de representantes, asciende a 500.000 millones de pesos y requiere un tiempo prudente para su construcción e implementación que no se compadece con lo planteado en el PL como 2 años.
21. **Insuficiencia de Talento Humano en salud:** Las cifras actuales demuestran la insuficiencia que vive el país en términos de médicos, enfermeras y otros profesionales de salud, por lo que el desafío que plantea la reforma amerita del concurso y acciones del Ministerio de educación, junto con las entidades responsables del tema, dentro de los parámetros de la calidad y experticia que caracterizan a los profesionales de salud colombianos. Desde ya el Gobierno Nacional está planteando unos recursos ( 5%) de la UPC para la conformación de estos equipos, sin que se tenga noticia del personal para llevar a cabo esta labor. Descartamos de entrada que dada esta insuficiencia, se vaya a plantear la flexibilización en términos de idoneidad y profesionalismo del talento humano en salud, pues ello constituiría una vulneración al derecho fundamental a la salud de los más vulnerables.
22. Por lo anterior el proyecto de ley debería contemplar el aumento en la formación y actualización del personal de salud, así como el número de plazas disponibles para superar el déficit actual de médicos, particularmente de especialistas, enfermeras y otros profesionales de salud; apoyados con tecnología, medicamentos e insumos, acorde con el desarrollo de las redes y las necesidades de la comunidad.





Para terminar, y entendiendo la coyuntura actual del sistema de salud, hacemos un llamado a todos y cada uno de los Senadores y actores del Sistema de Salud a cumplir con sus obligaciones y compromisos y a no utilizar la atención de los pacientes como instrumentos de presión para fines particulares.

Solicitamos de Ustedes, honorables Senadores, el máximo rigor, estudio y profundidad puesto que está en sus manos una reforma que nos afecta a todos sin excepción, con consecuencias sociales y económicas sin precedentes que se traducen en la vida o la muerte de cientos de miles de personas en el país por lo que esperamos que se tomen decisiones con base en la evidencia científica, en los recursos ciertos y bajo los mayores parámetros de rigurosidad que amerita un tema de este calado. Este grupo continúa atento a prestar su concurso para lo que se requieran el Honorable Senado de la República.

Atentamente,

**DRA. CLEMENCIA MAYORGA R**

Presidente Colegio Médico de Cundinamarca y Bogotá

Vocera Grupo Acuerdos Fundamentales para la implementación de la Ley Estatutaria de Salud

Notificaciones: [colmedcund@gmail.com](mailto:colmedcund@gmail.com)

Tel: 3115616129

Página web de Acuerdos Fundamentales:

<https://acuerdosfundamentales.com/>

<https://www.colmedcundibogota.com/>

Bibliografía

**La anterior información puede ser ampliada y verificada en las siguientes Fuentes:**

1. **Financiamiento del sistema de salud: fuentes y usos.** Clarck Glanger, Jorge E Ramos, Ligia Alba Melo, Gisselle Tatiana Silva, Banco de república 2023
2. **Ministerio de salud (RIPS) y DANE diciembre 2022**
3. **Bloomberg** <https://agaviria.co/2017/02/crisis-de-la-salud-una-mirada-desde-la.html>
4. **Boletín Técnico de IPC Dane a agosto 2023**
5. **Ministerio de salud: “Reforma a la salud: alcance fiscal e inversión” viceministro de protección social, Luis Alberto Martínez, septiembre de 2023.**
6. **Así vamos en salud informe 2023.**
7. **Adres 2023**
8. **ADRES, Banco de la república Financiamiento del sistema de salud: fuentes y usos.** Clarck Glanger, Jorge E Ramos, Ligia Alba Melo, Gisselle Tatiana Silva 2023
9. **Ministerio de salud y protección social:** <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-llego-al-aseguramiento-universal-en-salud-al-alcanzar-el-99.6.aspx>



10. <https://www.dane.gov.co/index.php/lista-de-resultados-de-busqueda?searchword=COTIZACIONES%20A%20SEGURIDAD%20SOCIAL%202010%20A%202020&searchphrase=all>
11. Intervención del Ministro de salud en la comisión séptima de la cámara de representantes: <https://www.infobae.com/colombia/2023/09/26/decision-de-petro-de-reducir-tarifas-del-soat-causo-hueco-de-por-lo-menos-850000-millones-en-el-presupuesto-de-la-nacion-para-2024-segun-el-ministro-de-salud/>
12. Loss ratio of the capitation payment unit of the health-promoting entities in Colombia between 2017 and 2021: a financial–actuarial approach Oscar Espinosa<sup>1\*</sup>, Jhonathan Rodríguez<sup>1</sup>, B. Piedad Urdinola<sup>2</sup>, Pedro Luis Do Nascimento Silva<sup>3</sup>, Alejandra Sanchez<sup>4</sup>, Martha-Liliana Arias<sup>5</sup>, Emiliano A. Valdez<sup>6</sup>, Terence Cheng<sup>7</sup> and Sara-Ellison Fisher<sup>8</sup> <https://doi.org/10.1186/s12962-023-00481-5>
13. <https://consultorsalud.com/nuevos-riesgos-economicos-sector-salud/>