



**CONSIDERACIONES TÉCNICAS DEL GRUPO ACUERDOS FUNDAMENTALES  
RESPECTO DEL TEXTO DEFINITIVO, APROBADO EN PLENARIA DE LA CÁMARA DE  
REPRESENTANTES, DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 312 DE 2024,  
ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NÚMERO 135 DE 2024.**

**1. Antecedentes y contexto.**

A mediados del año 2021, con el liderazgo de la Academia Nacional de Medicina y ante la legítima preocupación que generaba el hecho de que cada día era más evidente en el país la violación del derecho fundamental a la salud, se creó el grupo Acuerdos Fundamentales (AF) que, convencido de que la Ley Estatutaria de la Salud (1751 de 2015 o L.E.S.) constituye uno de los adelantos más significativos en el campo de la salud en Colombia, estableció 14 principios cardinales para la plena aplicación y vigencia de la citada Ley.<sup>1</sup> A partir de ese momento el Colectivo, hoy conformado por 23 organizaciones que representan a más de 380.000 profesionales de todas las disciplinas de la salud, abocó la tarea de analizar la situación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de estudiar distintas alternativas para estructurar el mejor sistema de salud posible para todos los colombianos.

Cuando el gobierno nacional radicó ante la Cámara de Representantes el Proyecto de Ley 339/2023 AF lo revisó detenida y juiciosamente y, persuadido de la urgente necesidad de renovar y reorganizar el SGSSS, presentó a consideración de tal Entidad y del país sus reflexiones objetivas y sus sugerencias para aportar a que, como producto de los correspondientes debates, surgiera el sistema de salud que necesita Colombia.

Dado que la Comisión Séptima del Senado de la República archivó el Proyecto de Ley 339/2023 - Cámara, (216/2023 - Senado), AF ratificó su convicción en torno de la relevancia y urgencia de reorganizar y mejorar el SGSSS, razón por la que, con el aporte de directivos de las organizaciones que lo integraban entonces, todos técnicos en el campo y, además, prestadores de servicios de salud, y de otros expertos en sistemas de salud, elaboró y presentó, pública y abiertamente, en ceremonia a la que fueron invitados las autoridades de salud, la academia, las asociaciones de pacientes, las organizaciones de profesionales de la salud, los gremios de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), los 32 partidos políticos existentes en el momento y los medios de comunicación, el articulado de su propuesta para garantizar el cumplimiento del objeto y la plena aplicación de lo dispuesto en la Ley Estatutaria de la Salud.

Con base en el diagnóstico que hizo AF para elaborar la propuesta referida se identificaron las virtudes y retos del SGSSS, los que se presentan, a grandes rasgos, a continuación<sup>2</sup>:

---

<sup>1</sup> [www.acuerdosfundamentales.com](http://www.acuerdosfundamentales.com)

<sup>2</sup> Exposición de Motivos, propuesta de Acuerdos Fundamentales que originó el P.L. 135/2024 - Cámara.



- **Virtudes:**

- **El aseguramiento mixto en salud**, responsabilidad de las EPS (públicas y privadas), es pieza primordial del SGSSS cuyo objetivo es posibilitar, para todos, el acceso equitativo, oportuno, efectivo y de calidad a los servicios y tecnologías de salud incluidos en el Plan de Beneficios en Salud y, por esa vía, garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.
- **El rol asignado a las EPS** por sus funciones como aseguradoras, en cuanto a afiliar y, por ende, administrar el riesgo primario y técnico en salud y la ruta del paciente, así como en lo atinente a representar al afiliado ante los prestadores y otros actores relevantes sin que ello implique menoscabo de la autonomía de aquél, es un aspecto destacable del Sistema.
- **El Plan de Beneficios en Salud**, que fue concebido como amplio e integral, en el que todo está incluido salvo lo que esté expresamente excluido, constituye una garantía para el goce del derecho a la salud, particularmente, para los grupos más vulnerables.
- **La cobertura de las contingencias de salud** de la población es, prácticamente, universal.
- **El bajo gasto de bolsillo en salud** es uno de los logros importantes del SGSSS<sup>3</sup>, no sólo por la protección financiera que alcanzan los hogares por ese conducto, especialmente los de las familias más vulnerables, sino porque, desde la perspectiva del desarrollo económico, ello tiene impacto significativo en la calidad de vida de las personas y en el cumplimiento de los postulados de la Agenda 2023, de Desarrollo Sostenible.

- **Retos:**

- El desarrollo del SGSSS facilitó el **crecimiento del aseguramiento privado en detrimento del público** (hoy, hay muy pocas EPS públicas en operación), lo que dejó el manejo del riesgo financiero en salud en manos privadas y trajo como consecuencia que los intereses del mercado prevalecieran sobre el derecho fundamental a la salud<sup>4</sup>, hecho que derivó en problemas estructurales que se expresan en inequidad, ineficiencia, desperdicio y, en algunas variables importantes, resultados deficientes en salud.
- En el SGSSS se impusieron una serie de **barreras para el acceso a los servicios de salud** como resultado de lo cual ha habido un deterioro progresivo en la atención que requiere la población, especialmente, la de las zonas apartadas. Las citadas barreras se han traducido en exceso de trámites y en demora injustificada para proveer los servicios asistenciales.
- **Los procesos de negociación entre EPS e IPS** y las tarifas en que se basan ponen, en general, en apuros económicos a los que proveen la atención y deterioran la oferta de servicios, lo que aunado al limitado recurso de profesionales de la salud en varias disciplinas y especialidades agrava el problema del acceso a la asistencia sanitaria.

---

<sup>3</sup> OECD. OECD reviews of health systems: Colombia 2016. Organization For Economic Co-operation and Development (OECD), 2015. DOI: 10.1787/19901410.

<sup>4</sup> Gañán, J (2014). Derecho a la salud y mercado. Casos Colombia y Latinoamérica. Estudios de Derecho (pp. 131 – 155).



- Es claro que prima la inequidad en cuanto a **acceso y provisión de servicios de salud en zonas apartadas y con población pobre, vulnerable y dispersa**, lo que influye en el riesgo de enfermar y de afrontar los efectos de condiciones indeseables de salud. Hay, por ejemplo, desigualdad en la ocurrencia de eventos de notificación obligatoria, con mayor incidencia en afiliados al régimen subsidiado<sup>5</sup>, así como en el riesgo de los menores de 5 años de morir por desnutrición y en otras variables como salud sexual y reproductiva, enfermedades infecciosas y patologías transmisibles relacionadas con la pobreza. (Por supuesto, entre las variables que determinan el riesgo de enfermar que afecta a las personas de los grupos señalados hay muchas que requieren inversión y acción intersectorial para modificarlas positivamente, pero, también, el fortalecimiento de la gestión propia del sector salud para resolver las necesidades de su responsabilidad).
- **La mutación del subsidio a la oferta en subsidio a la demanda** ha obligado a las IPS públicas a generar rentabilidad económica independientemente de la necesidad social, y ha sido una de las causas del cierre de servicios, centros de salud y hospitales del Estado, especialmente de baja complejidad. Además, tal factor ha propiciado que en la red pública haya crisis constante en todos los niveles de atención, con el respectivo deterioro de la calidad de la asistencia, situación que afecta, de nuevo y en mayor medida, a quienes habitan en poblaciones pequeñas o aisladas pues en estas, en un número muy significativo, las IPS públicas son las únicas disponibles en la localidad.
- **La integración vertical**, que se da cuando las EPS son, a su vez, aseguradoras y prestadoras de servicios de salud por medio de IPS propias, no sólo ha ayudado a debilitar la red pública como resultado de que aquellas privilegian la contratación con las entidades que integran su colectivo y les dan prelación en el pago de la atención a sus afiliados, sino que, penosamente y por distintos mecanismos, ha propiciado la ocurrencia de detestables actos de corrupción que han desangrado el Sistema.
- **La intermediación financiera**, que, en verdad y salvo por la restricción dura que impone, no ha agregado el efectivo y deseado valor a la operación del SGSSS, ha causado graves y eternos problemas en el flujo de los recursos de este, con especial perjuicio para las IPS independientes y para las públicas. La mora en el pago del cuidado provisto en las IPS ha sido otro factor importante que explica el cierre de servicios y de instituciones, los problemas de acceso y de equidad, y el deterioro de la calidad de la atención.
- **Los recursos que históricamente ha asignado el Estado** para la operación del SGSSS no han sido los requeridos para asegurar su correcto desempeño ni han crecido a la par de los datos que arrojan las variables definidas para calcular la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y los Presupuestos Máximos (PM), hecho que aunado a otros como el aumento de la siniestralidad, las nuevas tecnologías en salud, el envejecimiento de la población y el actuar corrupto de representantes de los varios actores del Sistema, ha llevado a la cada vez peor desfinanciación de este, con el insalvable impacto que ello genera en la posibilidad de garantizar el goce del derecho fundamental a la salud.

---

<sup>5</sup> Hilarión G., Liliana. Desigualdades en salud según régimen de afiliación y eventos notificados al Sistema de Vigilancia (Sivigila) en Colombia, 2015. Biomédica, 2019, diciembre; 39 (4): 737 - 747.



- **La falta de recursos** que, tradicionalmente, ha afectado el Sistema se ha agravado, también, por el hecho de que la definición de fuentes de financiación adicionales no se ha dado con la suficiencia ni oportunidad exigidas por la dinámica del reconocimiento de garantías y derechos por parte de la Corte Constitucional.
- **La falta de constitución o el descalce, en la mayoría de EPS, de las reservas técnicas** de ley, como causa tanto del déficit de recursos como de la violación por parte de ellas de sus deberes, ha forjado la inexistencia de respaldo real de las deudas que han adquirido con las IPS, con el grave impacto que ello tiene en estas y en los trabajadores del sector.
- **El SGSSS adolece de la inexistencia de un sistema único, integral e interoperable de información**, lo que afecta, gravemente, su operación, impide las debidas proyecciones económicas y administrativas, y favorece la opacidad de las transacciones que se dan.
- Las investigaciones que se han abierto con preocupante frecuencia por **repudiables actos de corrupción** que han causado una enorme y criminal pérdida de los recursos de la salud, generan graves escándalos que fuerzan la idea de un Sistema seriamente afectado por una crisis estructural, en la que, además, aunque no sea necesariamente cierto, el propio diseño habría propiciado la descomposición que lo han afectado.
- Muchos de los retos señalados han derivado en **pérdida de credibilidad en el Sistema**, lo que se refleja en el aumento continuo y significativo de las quejas, peticiones, reclamos de todo tipo y acciones de tutela que interponen los ciudadanos. A la merma de confianza contribuyen las investigaciones por actos de corrupción imputados a actores de diferente tipo, como ya se dijo, así como los problemas de acceso, las fallas de calidad que se presentan, y la pugnacidad con la que se discuten la situación del Sistema, las causas de esta y las eventuales opciones para solucionar sus problemas.
- **La flexibilización de las normas laborales**, que ha sido especialmente aprovechada por muchas entidades y empresas del sector con el fin de disminuir los costos de operación, y las dificultades económicas que, por lo dicho en acápite previos, enfrentan la mayoría de las IPS, han generado condiciones laborales y de contratación que precarizan y pauperizan, a todas luces, el trabajo de auxiliares, técnicos y profesionales de la salud, con el consiguiente impacto que su desmotivación, sumada a la alta carga laboral y a la insuficiencia u obsolescencia de recursos, causa en términos de la oportunidad, la integralidad y la calidad de la atención. Es hecho incontrovertible que a la inmensa mayoría de los trabajadores de la salud se les desconoce el legítimo derecho a un trabajo digno y decente, y que laboran en condiciones de muy mala remuneración y de injustificada demora en el pago de sus salarios y honorarios.
- Como resultado de varios de los retos citados y de otros, como **la operación de modelos de auditoría de la atención en salud corruptos** y enfocados no en el ser humano sino en la contención, a rajatabla, del costo, y de la gestión tergiversada y torcida de muchos auditores, se ha perdido la autonomía que deben tener los profesionales de la salud en la atención de los pacientes puestos a su cuidado, lo que no sólo ha generado problemas en la calidad de los servicios, sino desmotivación de los profesionales y enrarecimiento de las relaciones de estos y de las IPS con las EPS y otros pagadores.



- La “falta de dientes” de la Superintendencia Nacional de Salud o de severidad en las sanciones que aplica o de rigor en la observancia de sus deberes y en la oportunidad de sus intervenciones, lo que da la idea de una sensible debilidad en el cumplimiento de sus funciones de inspección, vigilancia y control, han facilitado la violación de normas básicas por parte de EPS, IPS, entes territoriales, etc., así como la ocurrencia de hechos de corrupción y de actuaciones de distinto tipo que, claramente, impiden el disfrute efectivo del derecho fundamental a la salud, realidad agravada por la lenta y, en ocasiones, leve o nula intervención de otros entes de control y de la justicia ordinaria.

El proyecto de ley de AF para reorganizar el Sistema de Salud, elaborado a partir del análisis trazado, fue acogido por integrantes de la bancada independiente en la Cámara de Representantes; radicado ante la Junta Directiva de esa corporación el 1 de agosto de 2024 (P.L. 135/2024); y enviado por el presidente de esta, el 7 de octubre, a la Comisión Séptima de tal ente, órgano que lo comparó (no acogió las propuestas de fondo) con el del Gobierno. Finalmente, el 13 de marzo, el P.L. 312/2024 - Cámara, acumulado con el P.L. 135/2024 - Cámara, fue aprobado, en segundo debate, por la Plenaria del citado cuerpo legislativo.

En el marco de lo relatado, es dable decir que AF no está comprometido con ningún grupo o partido político, ni ejerce como tal, y que no está en contra de la reforma a la salud ni de la propuesta del Gobierno. AF, simplemente, está a favor de los pacientes y de la comunidad; trabaja en procura del pleno goce del derecho fundamental a la salud por parte de los colombianos; defiende el derecho que le asiste al talento humano en salud a trabajar en el ámbito de unas condiciones laborales dignas; y propende el mejor sistema de salud posible para el país. En coherencia, ha estudiado, con criterio independiente, académico, técnico, científico y objetivo e imparcial los planes del Gobierno para mejorar el sistema de salud, y ha manifestado públicamente su coincidencia y sintonía con la mayoría de las propuestas esenciales que aquél plasmó en el P.L. 312/2024, así como su discrepancia con algunas de las formulaciones, también básicas, incluidas en tal proyecto.

## **2. Coincidencias de Acuerdos Fundamentales con el P.L. 312/2024 – Cámara.**

Con las naturales diferencias que se pueden presentar en algunos aspectos puntuales, Acuerdos Fundamentales concuerda con la propuesta del Gobierno para mejorar el sistema de salud, plasmada en el P.L. 312/2024 – Cámara, en los siguientes asuntos sustanciales:

### **- Atención Primaria en Salud y primer nivel de atención.**

Aunque, en apartes del P.L. 312/2024, pareciera confundirse la estrategia “Atención Primaria en Salud” (APS) con “primer nivel de atención” (o atención de primer nivel de complejidad), conceptos que es importante diferenciar en forma precisa en el articulado, la posición de AF coincide plenamente con lo planteado por el Gobierno en lo siguiente:



- **El Modelo de Salud** (o Modelo de Atención) debe sustentarse en la estrategia Atención Primaria en Salud, según lo dispuesto en la Ley 1438/2011 (arts. 12 a 16), constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial y transectorial, y la participación comunitaria y ciudadana.
- **La APS se basa en principios** como interculturalidad, igualdad, no discriminación, dignidad y enfoque diferencial y de género (Art. 15, L.E.S.); se centra en las personas, las familias y las comunidades; está orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios y a afectar, efectivamente, los determinantes sociales de la salud; y se caracteriza por ser universal, sistemática, territorial, permanente y resolutive.
- **El Modelo de Salud**, como rezan los dos proyectos, debe ser **preventivo, predictivo y resolutive**, de forma tal que integre las fases del proceso de atención que se despliegan a lo largo de la historia natural de la enfermedad, es decir, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico y tratamiento de las afecciones mórbidas, la recuperación del estado de salud, la rehabilitación, los cuidados paliativos y el acompañamiento hasta el final de la vida, para efectos de que se reduzca la carga de la enfermedad, se puedan predecir resultados y tomar decisiones estratégicas, y se logre resolver, en el primer contacto de las personas con el Sistema, la gran mayoría de las necesidades de salud de la población. Además, como se puede intuir por lo dicho, el Modelo debe complementarse con la gestión intersectorial para el abordaje eficaz de los determinantes sociales de la salud, lo que requiere que los recursos adicionales que se destinen para tal fin sean diferentes a los dispuestos para la provisión de los servicios de salud, y debe propiciar e involucrar los mecanismos de participación comunitaria.
- Como lo dicen los dos P.L., el primer nivel de atención debe proveerse por medio de **Equipos Básicos de Salud** o, según el P.L. 312/2024, Equipos de Salud Territoriales (tal vez, debieran llamarse Equipos Territoriales de Salud), y por los Centros de Atención Primaria en Salud -CAPS- (así los llama el P.L. del Gobierno, pero, para evitar el riesgo de asemejarlos a la estrategia APS, se sugiere que se llamen **Centros de Atención de Primer Nivel en Salud -CAPS-**), que deben constituir la puerta de entrada al Sistema de Salud y formar parte de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud.

#### - **Redes Integrales e Integradas de Salud.**

Los dos P.L. coinciden en que, según el Artículo 13 de la L.E.S., el Sistema de Salud debe organizarse en Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (en el proyecto de ley del Gobierno se denominan Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud -RIITS-).

- Las RIITS son el conjunto de entidades públicas, privadas o mixtas, y de profesionales independientes, que se coordinan y complementan, mediante acuerdos explícitos que implican apoyo mutuo, en una unidad funcional con autonomía administrativa y financiera, para proveer servicios de salud individuales, familiares y colectivos de distinta complejidad y en un territorio con peculiaridades geográficas y epidemiológicas.



- Coinciden las dos visiones en que los servicios que provean las RIITS deben caracterizarse, entre otros atributos, por su accesibilidad, equidad, suficiencia clínica y técnico-administrativa, integralidad, continuidad, eficiencia, calidez y trato digno y humanizado, etc., es decir, por su calidad.
- De acuerdo con lo antes dicho, las RIITS, entre otras cosas, deben:
  - (i) tener un primer nivel de atención y un nivel complementario constituido por IPS de mediana y alta complejidad y por profesionales de salud independientes;
  - (ii) cumplir los requisitos de habilitación que, para los efectos, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social;
  - (iii) suscribir, con las Empresas Gestoras de Salud -EGS- (o Gestoras de Salud y Vida -GSV-, según el P.L. 312/2024) y con la entidades territoriales departamentales y distritales o municipales, convenios de desempeño que establezcan, entre otros aspectos: el portafolio de los servicios de salud que pueden proveer; los compromisos que adquieren en términos de resultados en salud (desenlaces) de la población que atienden; los niveles y logros deseables en cuanto a la calidad de la atención, la satisfacción de los usuarios y la eficiencia en el uso de los recursos; los mecanismos para controlar y verificar la calidad de su operación y el cumplimiento de las metas, incluida la auditoría de la calidad de la atención en salud (clínica, administrativa y del costo de los servicios); los incentivos a las que se harán acreedoras según los logros; el nivel deseable de satisfacción del talento humano en salud que labora en ellas; y las modalidades para el pago de los servicios que provean a la población;
  - (iv) establecer un sistema de referencia y contrarreferencia, de carácter más que todo clínico, y de gestión de las solicitudes de servicio, proceso administrativo y técnico, para garantizar la continuidad de la atención sin barreras ni trámites a cargo del paciente;
  - (v) reportar todo lo atinente a su gestión clínica, técnica, administrativa y financiera según lo estipule el sistema unificado de información en Salud que se establezca;
  - (vi) disponer lo necesario para integrase con otros sectores para efectos de intervenir los determinantes sociales de la salud;
  - (vii) motivar e incentivar la participación comunitaria y ciudadana; y
  - (ix) implantar una forma de gobierno que permita la gestión armónica y complementaria de las IPS públicas, privadas y mixtas, así como asegurar que la asistencia que se provea en el primer nivel se coordine con la de mediana y alta complejidad y garantice la continuidad y efectividad de la atención por medio de un sistema apropiado de referencia y contrarreferencia y de gestión de las solicitudes de servicio.
- También hay acuerdo en los dos P.L. en el sentido de que el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en el mediano plazo una vez entre en vigor la ley que reforme el Sistema de Salud, reglamentará el marco jurídico necesario para estructurar las RIITS, para lo cual definirá los criterios determinantes pertinentes.
- Los servicios que provean las IPS integrantes de las redes los pagará la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), por el mecanismo de giro directo, para evitar que las redes se conviertan en nuevos intermediarios financieros en el Sistema.



## Eliminación de la intermediación financiera que hacen las EPS.

Pese a que AF reconoce que el hecho de que el riesgo financiero esté en cabeza de las EPS constituye, en el uso de los dineros de la UPC, un mecanismo de restricción dura que posibilita, si se opera óptima y pulcramente, eficiencias mayores de tales recursos, la inadecuada y corrupta administración de ellos por parte muchas aseguradoras -sin generalizar, pues varias han actuado justamente en ese aspecto- ha generado pérdida de recursos lo que no sólo ha afectado el goce del derecho fundamental a la salud, sino que hace insostenible, política y socialmente, tal mecanismo. En consecuencia, en el P.L. 135/2024 se planteó lo siguiente, que concuerda con las formulaciones del Gobierno en cuanto a eliminar, por la vía del mecanismo del giro directo por parte de la ADRES, la intermediación financiera de las EPS:

- Artículo 24 (que modificaría el Artículo 14 de la Ley 1122/07): “Entiéndase por aseguramiento en salud la **gestión del** riesgo en salud, el riesgo administrativo u operativo y el **riesgo financiero**... Las anteriores funciones... estarán a cargo de las Empresas Gestoras de Salud -EGS-... La **responsabilidad por el riesgo financiero** estará a cargo del Estado, quien lo gestionará... a través de la... ADRES”.<sup>6</sup>
- Artículo 25, Numeral 2: “...el Ministerio de Salud... determinará, de acuerdo con las capacidades de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, la forma como se implementará **el giro directo** para todas estas entidades”,<sup>7</sup> es decir, las RIIS.
- Artículo 25, Numeral 7: “A las EGS... les será reconocido el valor anual per cápita **sin situación de fondos**...”<sup>8</sup>
- Artículo 26, “Funciones adicionales para las EGS”, Numeral 5: “Gestionar, en forma costo efectiva... los recursos de UPC que le son asignados **sin situación de fondos**”.<sup>9</sup>
- De igual manera, el P.L. elaborado por Acuerdos Fundamentales propone las siguientes funciones para la ADRES (Artículo 30, numerales 2 a 5):
  - “Realizar, en nombre de las EGS, **el giro directo** de los recursos de la UPC destinados a la prestación de los servicios..., a las instituciones de mediana y alta complejidad... y a los proveedores de tecnologías incluidas en el (Plan Básico de Salud)<sup>10</sup> PBS”.
  - “Realizar las funciones... como pagador único dentro del Sistema de Salud...”.
  - “Girar cada mes el valor... por concepto de gasto administrativo a las EGS”.
  - “Realizar los giros de las asignaciones de subsidio a la oferta a los CAPS...”
- Similar a lo propuesto por AF, en el P.L. de Gobierno, Artículo 9º, “Funciones de la... ADRES”, numerales 4, 5, 8, 9, 14 y 22, se plantea, respectivamente, lo siguiente:

<sup>6</sup> Negrillas y subrayado, fuera del texto.

<sup>7</sup> Ídem.

<sup>8</sup> Ídem.

<sup>9</sup> Ídem.

<sup>10</sup> Negrilla y subrayado, y nota entre paréntesis, fuera del texto.



- “Realizar los pagos de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, asumir como pagador único del Sistema de Salud, efectuar **giros directos** a los prestadores de servicios de salud y proveedores de medicamentos y tecnologías en salud...”<sup>11</sup>
  - “Realizar el pago... por administración e incentivos a las Gestoras de Salud y Vida”.
  - “Realizar los pagos por incentivos a los prestadores de mediana y alta complejidad”.
  - “Garantizar el flujo oportuno de los recursos a las Instituciones prestadoras de servicios de salud...”.
  - “Realizar las funciones... como pagador único dentro del Sistema de Salud...”
  - Así mismo, en el Artículo 12, Numeral 5, se expresa que los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) se destinarán “El pago de servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud, y proveedores de medicamentos e insumos...”
  - De igual manera, el P.L. 312/2024 propone (Artículo 28, Numeral 18 y Parágrafo 1, respectivamente): “Las Gestoras de Salud y Vida para la gestión integral del **riesgo en salud y operativo**..., cumplirán las siguientes funciones:”<sup>12</sup>
    - “Auditar la facturación del componente... de mediana y alta complejidad de las RIITS, la cual será remitida a la...ADRES para los pagos a que haya lugar”.
    - “Lo dispuesto... no implica manejo de recursos... por las Gestoras de Salud y Vida”.
- **Eliminación de la integración vertical.**

AF tiene claro que la integración vertical asegurador-prestador es factor que, bien tratado, ayuda a alcanzar, entre otros, dos objetivos: mayor eficiencia en la provisión de los servicios, y más facilidad y coordinación en la ejecución de muchos procesos de atención. Empero, los hechos han demostrado que algunas EPS han aprovechado esa unificación para prácticas insanas que han terminado afectando los recursos del Sistema o a las IPS que no son de su grupo corporativo e, incluso, a los pacientes, razón por la que coincide con el Gobierno en el sentido de que dicha integración hoy no es conveniente.

- En efecto, el P.L. elaborado por AF plantea, en el Artículo 25, “Transformación de las Empresas Promotoras de Salud y demás entidades obligadas a compensar”, que las organizaciones de tal tipo que estén operando, “continuarán funcionando siempre y cuando, dentro de los dos (2) años posteriores a la... vigencia de la... ley, cumplan las condiciones de permanencia...”, entre ellas, (Numeral 6) que “no podrán tener nivel complementario de mediana ni alta complejidad”, ni “centros especializados”.
- Igual, en el Artículo 30, Numeral 7, del P.L. del Gobierno, se establece que “Todas las EPS tendrán plazo... de dos (2) años para cumplir con la disposición de prohibición de integración vertical en la mediana y alta complejidad. Deberán declarar su grupo económico o grupo empresarial nacional y/o internacional según la norma vigente...”.

---

<sup>11</sup> Negrilla y subrayado, fuera del texto.

<sup>12</sup> Ídem.



- Además, en el Parágrafo 2, el citado proyecto de ley estipula que las EPS que, al transformarse en Gestoras de Salud y Vida, estén interesadas en gestionar de manera integral, deberán cumplir una serie de obligaciones, pero “Ninguna de estas operaciones podrá implicar integración vertical en los niveles de mediana y alta complejidad”.

- **Sistema Único de Información en Salud.**

Concuerdan los dos P.L. de ley en la importancia de estructurar un sistema único de información en salud.

- En el Artículo 1, Objeto, del P.L. 135/2024, se dice “...Mediante la presente ley se crea... el Sistema Único de Información en Salud...”, y, en el Artículo 20, Sistema Único de Información en Salud, “Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los... datos generados por todos los actores... en el Sistema de Salud, de acuerdo con... el Artículo 19 de la Ley Estatutaria..., se implantará un Sistema de Información, único y robusto, que integre los componentes sociales, demográficos, económicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros”.
- A su vez, el P.L. de origen gubernamental hace referencia al asunto, así:
  - **“Artículo 1°. Objeto.** La presente Ley tiene por objeto... establecer un sistema público unificado e interoperable de información...”.
  - **“Artículo 7°. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).** Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los... datos generados por... los actores... en el Sistema de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñará, desarrollará e implementará el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS)... para garantizar el acceso transparente, en línea y en tiempo real de las transacciones en salud y administrativas por parte de cada actor del Sistema de Salud...La incorporación de la información al... SPUIIS, tanto administrativa como asistencial, será obligatoria para todos los integrantes del sistema de Salud”.
  - Y, en el Parágrafo del Artículo 7°, del P.L. del Gobierno, se formula: “El... SPUIIS, deberá cumplir con estándares internacionales de interoperabilidad y seguridad de la información, garantizando la protección de datos personales, el acceso equitativo y la transparencia en la gestión del sistema”.

- **Fortalecimiento y modernización de la red pública de prestación de servicios de salud.**

En lo esencial, las dos propuestas en comento coinciden en cuanto a la necesidad e importancia de fortalecer, modernizar y mejorar la red pública de prestación de servicios de salud.



- En el P.L. 135/2024, AF plantea, en el Artículo 21, “La red pública de servicios de salud será fortalecida y modernizada..., estructurada como columna del Modelo de Atención en Salud y financiada con subsidios a la oferta y a la demanda de los órdenes nacional, departamental, distrital y municipal, recaudados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, de manera que se garantice la sostenibilidad fiscal para cubrir los costos de las acciones... necesarias para el cuidado de toda la población...”. Y, en el Parágrafo, complementa lo anterior expresando que el MSPS elaborará, máximo en un año, “... un plan integral de fortalecimiento y modernización de la red pública nacional de servicios de salud, proyectado a 10 años, en el que se precisarán las fuentes de financiación, que deben ser distintas a las destinadas al aseguramiento en salud...”.
- En sentido coincidente, en el P.L. 312/2024 se propone, en el Artículo 12, Numerales 10 y 11, que los recursos administrados por la ADRES se destinen al “fortalecimiento de la infraestructura y la dotación de la red pública hospitalaria y su mantenimiento”, y, en el Artículo 13, que se cree el Fondo Único Público de Salud, una de cuyas cuentas será (Literal b), la de “Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria”. Además, en el Artículo 14, Numeral 2, que los traslados presupuestales entre cuentas del Fondo Único Público de Salud “deberán estar orientados a atender las necesidades más urgentes... priorizando... el fortalecimiento de la red pública hospitalaria”.
- Así mismo, el MSPS, en el P.L. 312/2024, plantea, en el Artículo 16, que las fuentes de las que se alimentará la cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria sean distintas a las destinadas al aseguramiento en salud, diseño que coincide con el de AF.

- **Instituciones de Salud del Estado.**

Coinciden los dos P.L. en la mayoría de las disposiciones para las actuales Empresas Sociales del Estado que, en lo sucesivo, se llamarían Instituciones de Salud del Estado (ISE).

- En los Artículos 22 y 23 del P.L. de AF, y en los Artículos 40 y 41 del P.L. 312, hay claras coincidencias en cuanto a objeto, naturaleza y régimen jurídico de las ISE, y al régimen de contratación y a las normas para definir y manejar el presupuesto de esas entidades.
- Pese a las semejanzas, en este punto hay una gran diferencia que impacta la mejora de las condiciones laborales de los trabajadores de la salud: AF dice que, para hacer el presupuesto, se tendrá en cuenta (Artículo 23, Numeral 4) “El costo de la planta de personal aprobada y formalizada, ... las metas de incorporación de personal misional...”, y que (Numeral 5) “Los recursos girados a las ISE, ... incluidos los (de) los pagos de las nóminas, las contribuciones inherentes a las mismas y los demás gastos de personal no podrán ser destinados al pago por otros conceptos”.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> En cuanto al mejoramiento de las condiciones laborales para los trabajadores de la salud hay otras diferencias importantes que se exponen en el capítulo correspondiente de este documento, no sin antes decir que, en ese sentido, los planteamientos de AF son más numerosos y precisos en el propósito de resolver las deplorables condiciones contractuales, laborales y de remuneración de los auxiliares, técnicos y profesionales de la salud.



- Además, en el Parágrafo 1 del citado Artículo 23, se hace más explícita la diferencia señalada, pues AF plantea que “Progresivamente... se incorporarán a las plantas de personal los trabajadores vinculados con contratos de prestación de servicios que desempeñan actividades misionales de carácter permanente, empezando por los más antiguos. Con cargo al presupuesto nacional se garantizarán recursos anuales para el proceso de formalización laboral”.

- **Otras coincidencias.**

Fuera de las expuestas en forma explícita, hay otras coincidencias, en algunos casos plenas, en asuntos también relevantes, en los articulados de los dos P.L.:

- Regímenes exceptuados y régimen de salud y seguridad social de las universidades estatales. (AF: Artículo 48 - MSPS: Artículo 60).
- Servicios sociales complementarios. (AF: Artículo 9 – MSPS: Artículo 21).
- Provisión de servicios especializados para personas con enfermedades catastróficas, huérfanas o raras (AF: Artículo 19 – MSPS: Artículo 38), servicios que deben ser de muy alta calidad y, en consecuencia, del orden nacional, es decir, no se pueden concebir con criterio territorial, aspecto en el que la propuesta del MSPS no es clara.
- Normas para la formación y educación superior en salud, incluidas las atinentes al Examen Único Nacional Habilitante para la admisión a las especialidades médico-quirúrgicas y de salud pública, y a la asignación de becas para pregrado y postgrado en las áreas citadas. (AF: Artículos 42, 43 y 44 – MSPS: Artículo 45).
- Identificación del Talento Humano en Salud. (AF: Artículo 38 – MSPS: Artículo 46).
- Destinación de los llamados impuestos saludables al aseguramiento en salud, y destinación, al Sistema de Salud, de recursos provenientes de otras fuentes. (AF: Artículo 28, Numerales 2 y 3 – MSPS: Artículo 11 y Parágrafo).
- Hay más puntos para los que es difícil mostrar el efecto de una comparación, ya porque se tocaron dispersamente en cualquiera de los textos, ora porque los criterios en que se sustentan, aunque tácitos, consultan el mismo espíritu; empero, sobre ellos se puede afirmar que, en esencia, los dos P.L. coinciden, y son, entre otros:
  - La importancia de que haya un mejoramiento claro en la gobernabilidad del Sistema de Salud, pese a que, en lo referente a cómo lograr tal progreso, AF tiene diferencias con lo que planea el Gobierno, las cuales se expresarán más adelante.
  - Fortalecimiento de las capacidades del Instituto Nacional de Vigilancia de Alimentos y Medicamentos (INVIMA).
  - Fortalecimiento de la gestión de inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
  - Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
  - Financiación y sostenimiento de quienes cursan una residencia en una especialidad médica o quirúrgica.



## **Divergencias de Acuerdos Fundamentales, en asuntos de fondo, con el P.L. 312/2024.**

En esencia, los planteamientos de Acuerdos Fundamentales y del gobierno nacional para reformar el Sistema de Salud difieren en 6 aspectos primordiales que demandan un análisis detenido y objetivo para que se pueda determinar la viabilidad y, especialmente, la conveniencia social, política y técnica de tales propuestas en la perspectiva de estipular e instaurar el mejor sistema de salud posible para los colombianos. En particular, la identificación y, con mayor razón, el análisis ponderado de esas diferencias es relevante en la medida en que tal ejercicio permite evaluar la posibilidad de que los dos proyectos de ley sean debidamente acumulados y de que, por la vía del consenso, puedan hacerse compatibles en función de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Los puntos de fondo sobre los que hay diferencias son los siguientes:

### **- ¿Aseguramiento individual o social?**

El Gobierno, en el proyecto de ley 312/2024, insiste (ya había planteado lo mismo en el P.L. 339/23) en un modelo de aseguramiento social en salud, que se entiende como la “protección, **pública, única...** para la garantía del derecho fundamental a la salud de toda la población”, para efecto de lo cual, entre otras medidas importantes, plantea el mecanismo de la adscripción de las personas a los centros de atención primaria en salud; por ello, en el Artículo 1º, establece que el objeto de la ley sería la “**transformación**” del Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Aseguramiento Social en Salud.

A diferencia de la iniciativa gubernamental, el P.L. 135/2024, dado que su propósito no es la transformación del Sistema de Seguridad Social en Salud -pues AF considera que, pese a todas sus fallas, tiene fortalezas, competencias y logros que vale la pena conservar- sino su **reorganización** con el fin de establecer el Sistema de Salud de Colombia, parte del concepto vigente de aseguramiento individual que, como se sabe, se soporta en la afiliación particular de cada ciudadano a las que se llamarían Entidades Gestoras de Salud y Vida.

En el marco de lo dicho, es claro que hay una diferencia entre los dos proyectos de ley en cuanto al concepto de aseguramiento en salud que debe primar, así como en lo relativo a los agentes que, en el ámbito de esas propuestas, deben hacerlo una realidad. Para la del Gobierno el aseguramiento en salud, que involucra la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios, la garantía de calidad y la representación del afiliado, debe ser de carácter público, aunque algunas de las funciones se desarrollen a través de agentes privados o mixtos. Para Acuerdos Fundamentales el aseguramiento debe estar en cabeza de las Entidades Gestoras de Salud y Vida (públicas, privadas y mixtas), con excepción de la responsabilidad por el riesgo financiero que deberá estar a cargo del Estado a través de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud.



En este punto adquiere relevancia el hecho de que esté definido, en forma específica, quién asume la responsabilidad en cuanto a la representación del afiliado, asunto esencial en la garantía del derecho fundamental a la salud, que, en el parecer de Acuerdos Fundamentales, debe estar en cabeza de las GSV, no sólo por las capacidades técnicas que deben tener y por la experiencia de las EPS en el cumplimiento de esa función, sino porque no es conveniente que tal tipo de labor sea de competencia de los CAPS tanto porque su obligación esencial es la provisión de servicios de primer nivel, con todo lo que ello entraña, sino porque administrativamente muy difícilmente tendrán los recursos y las condiciones que los habiliten para hacerlo en debida forma. En línea con lo expresado, es, igualmente, trascendental que se mantenga el mecanismo de la afiliación de los usuarios a lo que serían las gestoras de salud y vida, y que esa función quede explícita en la lista de las que competen a esas entidades.

Se insiste en el asunto anterior porque, evidentemente, en la iniciativa gubernamental no aparece la figura de la afiliación, y con ello, más allá de que se reconozca en el texto del P.L. 312/2024 que la representación la tendrán tanto las gestoras como los centros de atención primaria -lo que, además, implica una desaconsejable superposición de funciones- no se le da forma definitiva a lo que constituiría una verdadera representación del paciente dentro del Sistema de Salud. Para mayor precisión, en el P.L. 135/2024 la representación del paciente se basa en el reconocimiento explícito de la afiliación de los usuarios a las gestoras de salud y vida, y la adscripción sería el proceso que se ejecutaría, junto con la propia gestora, para que el usuario pueda escoger libremente y sin restricción por criterios como la cercanía al lugar de residencia, el CAPS de su preferencia dentro de una RIITS, posibilidad que, además de otras consideraciones, constituye un reconocimiento a la diversidad, en este caso, de gustos y expectativas.

Este punto, finalmente, pone de presente que los CAPS deberían tener una orientación principalmente asistencial y prestacional, y las Entidades Gestoras de Salud y Vida un enfoque administrativo y de gestión logística y operativa que permita, sobre la base de la correcta asignación de las funciones, que el usuario tenga acceso efectivo a los diferentes servicios de salud y una ruta clara entre los distintos niveles de atención y las diversas instituciones prestadoras de servicios de salud.

- **Suficiencia de los recursos para el aseguramiento en salud y fuentes de financiación.**

Uno de los grandes retos que enfrentará el proceso de reforma que pueda surgir de cualquiera de las dos iniciativas, tiene que ver con el ineludible desafío de garantizar la suficiencia de los recursos que se destinen al aseguramiento en salud como mecanismo para materializar el derecho fundamental a la salud.



Según estudios llevados a cabo por el Banco de la República, el Sistema requerirá de una inyección de recursos nuevos equivalentes al 1,91% del Producto Interno Bruto (PIB) para garantizar la prestación de los servicios y el acceso a las tecnologías en salud. Esto significa la necesidad de conseguir cerca de \$28 billones adicionales sólo para el año 2030, so pena de que se ponga en riesgo estructural todo el régimen de aseguramiento que se ha construido alrededor del modelo implantado desde que entró en vigor la Ley 100 de 1993.

En este sentido, el proyecto de ley 135 de 2024, en la exposición de motivos, planteó tres propuestas para conseguir nuevos recursos con destino al aseguramiento en salud: i. la destinación específica del recaudo por concepto de los denominados impuestos saludables; ii. la eliminación de la exención de los aportes patronales para los empleadores que tengan trabajadores que devenguen menos de 10 salarios; y iii. la obligación para el Gobierno de turno de garantizar un aumento anual, en pesos constantes, del presupuesto que se destine a tal necesidad.

Al momento de la radicación de los proyectos de ley existía una marcada diferencia en este punto que, afortunadamente, ha venido cerrándose, pues el 312/2024, aprobado en la Cámara de Representantes, ha incorporado parte de las propuestas constitutivas de la iniciativa de Acuerdos Fundamentales. Al respecto, en particular se destaca lo previsto en los numerales 18, 19 y 20 del Artículo 10 del proyecto de ley 312, por medio de los cuales se precisa que serán recursos destinados al aseguramiento en salud que corresponderá administrar a la ADRES los que se recauden por concepto de impuestos saludables, así como los resultantes de la destinación específica del 0,5 del IVA Social, y los dineros destinados por el gobierno nacional, producto de la ampliación progresiva y equivalente al 1% del PIB, entre los años 2026 y 2032, de un cupo de gasto con cargo a ingresos corrientes y a capital del MSPS.

Con lo anterior es claro que, en lo que corresponde a la consecución de nuevos recursos, la distancia entre las propuestas contrastadas se ha venido cerrando y, por tanto, pareciera abrirse un camino de concertación en un punto en el que sigue siendo indispensable, de conformidad con lo previsto en el Artículo 7 de la Ley 819 de 2003, el concepto del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Pese a los avances, es claro que, de todas formas, falta contemplar otras opciones para financiar plenamente el costo del aseguramiento.

Finalmente, es importante destacar que al análisis del financiamiento deben sumarse las consideraciones sobre los gastos directos contingentes resultantes de la implementación de la reforma, especialmente, aquellos relacionados con la formalización de los trabajadores de la salud, el fortalecimiento institucional de la ADRES, el diseño y la implantación del SPUIIS, el desarrollo de la infraestructura de los CAPS, y el fortalecimiento de la red pública de prestación de servicios.



- **Concentración de funciones en la ADRES y contratación de las redes.**

Uno de los puntos de divergencia entre las propuestas que se cotejan tiene que ver con la distribución y asignación de las funciones entre cada uno de los agentes que se pretenden involucrar en la articulación del nuevo Sistema.

El Proyecto de Ley 312/2024 parte de la premisa según la cual el control sobre los recursos públicos se favorece si las funciones de recaudo, administración, gestión, contratación, ordenación del gasto y pago quedan, todas ellas, concentradas únicamente en la ADRES, mientras que el Proyecto de Ley 135 de 2024 se estructura, sobre la noción básica de que debe haber frenos y contrapesos, en el principio de que es necesario alinear los incentivos entre cooperantes y desalinear los incentivos entre controlantes, y de que, además, es preciso garantizar una gestión costo-eficiente soportada en el aprovechamiento de las capacidades de cada uno de los agentes.

Por lo anterior, el P.L. 135 mantiene en la ADRES las funciones que le fueron reconocidas en la Ley 1753 de 2015, y, en una lógica articulada sobre la universalización del giro directo, le adiciona la responsabilidad como pagador, mientras que los roles de contratante de los servicios que proveen las redes y los prestadores y de autorizador del gasto les corresponde a las entidades gestoras de salud y vida. Este planteamiento tiene soporte, por un lado, en el hecho de que la cantidad de contratos superará, con creces, la capacidad de la ADRES, y, por el otro, en que si a las gestoras se les asigna el valor de la UPC sin situación de fondos y tampoco tienen permitido integrarse verticalmente en la mediana y alta complejidad, no habrá una distorsión de los incentivos ni intereses perversos que, como consecuencia, las lleve a deformar el monto y el flujo de los recursos que deben llegar a la red de prestación de servicios por el pago de la atención a los usuarios.

Fuera de lo anterior, si la ADRES es el pagador, si se estructura e implanta el SPUIIS, y si se fortalecen las funciones de inspección, vigilancia y control en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, estarán desalineados los incentivos entre los controlantes y ellos tendrían mecanismos eficaces de intervención y control.

El diseño antes sugerido permitirá, además, aprovechar la experiencia y las capacidades que desarrollaron las EPS en las actividades que tienen que ver con la negociación y celebración de los acuerdos de voluntades, así como en las gestiones relacionadas con la auditoría de la calidad de la atención en salud que se provee en los CAPS y las IPS que conforman las redes, y con la autorización del pago que deba hacerse a los prestadores luego del debido proceso de verificación por parte de auditorías independientes. Fuera de lo anterior, si las EGS no contratan la prestación de los servicios no podrán incidir en la gestión de las redes.



Finalmente es importante decir que Acuerdos Fundamentales discrepa de los planteamientos del Gobierno en la posibilidad de que la ADRES gestione los recursos de la salud sin más formalidad que la que dispongan las normas vigentes, y de que, habiendo concentrado la totalidad de las funciones, no tenga un controlante eficaz pues esa labor le corresponderá a la Superintendencia Nacional de Salud que, por razón de la estructura institucional, estará alineada con los intereses del Ministerio de Salud y Protección Social que ejercerá, a la vez, autoridad jerárquica sobre la ADRES y sobre la propia Superintendencia.

En el marco de lo planteado es importante hacer las siguientes consideraciones adicionales:

- La ADRES, como empresa del Estado y en el ámbito de lo pretendido en el P.L. 312/2024, deberá contratar a los prestadores con base en el régimen privado, lo que supone un riesgo enorme en el manejo de los más cuantiosos recursos de la nación.
- La ADRES tendría discrecionalidad para manejar los muy cuantiosos recursos de la salud, a pesar de que se ha criticado vivamente, crítica que Acuerdos Fundamentales comparte, que las EPS tengan discrecionalidad para manejar los recursos de la compensación.

- **Conformación y rol del Consejo Nacional de Salud.**

Es necesario señalar que hay dos diferencias importantes entre las iniciativas de Acuerdos Fundamentales y del gobierno nacional respecto del Consejo Nacional de Salud (CNS).

En primer lugar, la composición del Consejo es crucial ya que, como organismo técnico que influye en la política pública de salud, debe estar integrado por personas capaces de tomar decisiones técnicas. El proyecto de ley del Gobierno, en procura de garantizar la mayor representatividad, pretende integrar a este Consejo personas y agentes que no tiene las capacidades técnicas requeridas para asumir funciones relacionadas con la formulación de la política pública en salud, pretensión con la que, además, tal organismo se hace muy grande. Por el contrario, el proyecto de ley 135 propone que la conformación del CNS sea eminentemente técnica, en particular, por razón de las funciones que se le asignarán.

De otro lado, hay una diferencia, ojalá no irresoluble, relacionada con las funciones y el carácter vinculante de las decisiones tomadas por el Consejo Nacional de Salud. Para el P.L. 135, el Consejo debería ser, (i) el órgano que defina, sobre la base de un estudio técnico independiente, el valor de la UPC en correspondencia con el plan de beneficios, lo que evitaría que el presupuesto para la salud se defina por las afugias fiscales del momento o del gobierno de turno, y (ii) sus decisiones deberían ser vinculantes para los agentes del Sistema, factor que permitiría ordenar y planificar una política de Estado a largo plazo, sin la interferencia que puedan generar las decisiones que modifiquen las cosas con cada cambio de gobierno. En tanto, para el proyecto 312 el CNS sólo sería un ente consultor que, por ello, únicamente haría recomendaciones, y sus decisiones serían, en consecuencia, no vinculantes.



- **Régimen laboral especial para los trabajadores de la salud.**

Para AF es clave, como lo refleja el proyecto de ley 135 de 2024, garantizar la estructuración de un verdadero régimen especial para el ejercicio de las labores del talento humano en salud. Este objetivo requiere que se le concedan facultades extraordinarias al presidente de la República para que expida el régimen especial señalado, tanto en el sector público como en el privado, sobre la base de lineamientos que están definidos por la ley.

Es esencial, según lo propuesto en el P.L. 135, que el régimen especial para el talento humano en salud establezca, al menos: **i.** un régimen especial de contratación; **ii.** disposiciones para garantizar que el pago de salarios y honorarios sea oportuno, proporcional y justo; **iii.** la estructuración de un fondo de garantías; **iv.** la indexación anual de la remuneración que se reconocerá a los trabajadores de la salud; **v.** el reconocimiento del incremento por trabajo nocturno y suplementario; **vi.** el reconocimiento de prestaciones económicas especiales y diferenciadas; **vii.** la eliminación de los límites a la remuneración existentes en el sector público **viii.** la prelación del pago al talento humano en salud sobre otros desembolsos; y **ix.** las facultades de inspección, vigilancia y control, a quien correspondan, para verificar si el pago de los salarios y honorarios del THS se hace con la oportunidad debida.

A diferencia de lo referido sobre este asunto, en el P.L 312 el Gobierno, si bien incluyó el sector privado en lo que se estipule con las facultades extraordinarias que se concederían para expedir lo que sería el régimen especial, aun no delimita con precisión el alcance de dicho régimen, y deja por fuera elementos que en el proyecto de Acuerdos Fundamentales se considera que son esenciales para garantizar condiciones dignas y justas para el ejercicio de sus disciplinas y oficios por parte de los trabajadores de la salud.

- **Asignación de los recursos.**

Considerando que hoy en día se estima que a los programas de APS se destinan cerca de \$16 billones y que, según la exposición de motivos del proyecto de ley 339 de 2023, este rubro debería alcanzar una cifra cercana a los \$25 billones, ha sido un interrogante consistente definir si el aumento de los recursos que se destinarían al Sistema es producto de la identificación de nuevas fuentes de financiación o es el resultado de una reasignación de los dineros existentes para el aseguramiento en salud.

En la propuesta del gobierno nacional el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud se financiaría con cargo a los recursos que, como parte del Sistema General de Participaciones (SGP), costean el PBS del Régimen Subsidiado, en el cual se incluyen las atenciones de mediana y alta complejidad que requiere la población amparada por esta vía, propuesta que no está sustentada en un estudio específico que determine el dinero necesario para ese



efecto. Lo que el Gobierno pretende al respecto implica destinar, para el fortalecimiento de la atención primaria, cerca de \$16 billones que hoy se usan para financiar todo el Plan Básico de Salud del Régimen Subsidiado con lo cual, aunque el objetivo señalado es deseable, se desfinancia, sin dudas de ninguna clase, la provisión de servicios de mediana y alta complejidad.

Por lo anterior, en el proyecto de ley 135 de 2024, además de proponer nuevas fuentes de ingresos para el Sistema, AF formula la idea de modificar el Artículo 47 de la Ley 715 de 2001 de forma tal que se destine un 25% de los recursos del SGP al fortalecimiento de la atención primaria en salud, lo que posibilitaría que se alcance una cifra cercana a los \$4 o \$6 billones con destino al propósito referido.

### **3. Conclusiones.**

De las manifestaciones y declaraciones presentadas a lo largo de este análisis, el colectivo Acuerdos Fundamentales se permite formular, a grandes rasgos, las siguientes conclusiones de carácter general:

- Acuerdos Fundamentales cree que es de gran relevancia y urgencia que el Sistema de Salud de Colombia se reorganice y se mejore, para lo cual considera que es indispensable que se discutan, mediante un diálogo abierto, franco y democrático, todas las propuestas que, para reformarlo, puedan presentar distintos grupos que representen a los diferentes actores del SGSSS.
- Acuerdos Fundamentales cree que, paralelamente con la discusión de la reforma a la salud, es impostergable y de notable trascendencia que se estudien, con la participación democrática de todos los actores, las soluciones concertadas que se necesitan para enfrentar la grave crisis que afecta el Sistema de Salud, soluciones que, como la situación, deben ser de crisis: no caben las soluciones normales o a largo plazo para enfrentar una realidad a todas luces crítica y extrema y que no da espera de ninguna clase. Para juzgar la validez de este llamado deben contemplarse, por encima de cualquier otra consideración, la situación y las necesidades de muchos pacientes, principalmente de los afectados por patologías crónicas o graves.
- Acuerdos Fundamentales cree que la discusión sobre el sistema de salud que Colombia necesita debe partir de la objetiva aceptación de que hay inequidades, desperdicio de recursos y fallas de calidad que afectan lo existente, además de escándalos por corrupción que lo han desangrado, pero, igualmente, entiende que el análisis debe considerar que hay logros, fortalezas y capacidades que se han construido a lo largo de 30 años y que deben preservarse.



- Acuerdos Fundamentales cree en el consenso y en la posibilidad de que, vía el diálogo democrático, objetivo y constructivo, se estructure el mejor sistema de salud posible para los colombianos. De hecho, Acuerdos Fundamentales piensa que ha habido un claro acercamiento en algunos aspectos cardinales entre lo que el Colectivo propone y lo que plantea el gobierno nacional, y cree que es factible llegar a consensos sólidos, ponderados y convenientes sobre el sistema de salud que el país necesita.
- Acuerdos Fundamentales cree que es asunto esencial que la reforma que surja no sea un simple “saludo a la bandera”, motivo por el cual es indispensable el claro aval fiscal producto del concienzudo estudio de cada uno de los aspectos que, de la ley que se apruebe, tengan incidencia en el presupuesto general de la nación. Esta consideración se complementa con la apreciación respecto de que, sin un aval fiscal emitido según las exigencias legales, la ley que se aprobare puede ser declarada inconstitucional.
- Acuerdos Fundamentales cree que quienes, en el poder legislativo, tienen la obligación de estudiar y aprobar o rechazar cada asunto relativo a la salud de la población, desde cualquier consideración asumen el supremo deber moral, ético, político y social de entender que ello se trata de la mejor conveniencia para los seres humanos que padecen (¡pacientes!) y no del manejo de los dineros del Sistema de Salud.
- Acuerdos Fundamentales cree que la polarización que domina el debate sobre la reforma a la salud afecta la objetividad requerida en asunto tan trascendente, y propicia que las posiciones se vean incompatibles, lo que cierra las vías para encontrar opciones de solución que consulten el bien común.

Por todo lo antes expuesto, Acuerdos Fundamentales hace un llamado a desarmar los espíritus, a la serenidad y a estructurar, con ánimo fraterno, una ley que garantice, en todos los aspectos, avances ciertos en lo atinente al pleno goce del derecho fundamental a la salud por parte de todos los colombianos.

**Academia Nacional de Medicina.** Gabriel Carrasquilla Gutiérrez, presidente, en representación del Grupo Acuerdos Fundamentales.

**Asociación Colombiana de Sociedades Científicas -ACSC.** Agamenón Quintero Villarreal, presidente.

**Colegio Médico Colombiano -CMC.** Stevenson Marulanda Plata, presidente.

**Asociación de Profesionales de la Salud -ASSOSALUD.** Mauricio Echeverri Diez, presidente.

**Federación Odontológica Colombiana -FOC.** María Fernanda Atuesta Mondragón, presidente.



**Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación -SCARE.** Olga Lucía Herrera Losada, presidente.

**Asociación Médica Sindical, ASMEDAS Cundinamarca.** Jaime Cuervo Saavedra, secretario general.

**Colegio Médico de Cundinamarca y Bogotá -CMCB.** Clemencia Mayorga Ramírez, presidente.

**Colegio Médico de Antioquia.** Jorge Octavio Quintero Alzate, presidente.

**Colegio Médico de Santander.** Fabio Bolívar Grimaldos, presidente.

**Colegio Médico del Cauca.** Martha Sofía Bedoya, presidente.

**Federación Colombiana de Sindicatos Médicos -FECOLMED.** Jorgenrique Enciso Sánchez, presidente.

**Academia Nacional de Medicina, Capítulo Nariño.** Arturo Patiño Bravo, presidente.

**Academia de Medicina de Medellín.** Giovanni García Martínez, presidente.

**Asociación Gremial y Sindical de Cirujanos de Ortopedia y Traumatología.** Roberto Díaz González, presidente.

**Federación de Sindicatos de Anestesiología -FSA.** Luis Mauricio García Borrero, presidente.

**Asociación de Epidemiología de Colombia -ASOCEPIC.** Silvana Zapata Bedoya, presidente.

**Federación Nacional de Prestadores de Servicios de Salud -FENALSALUD.** Joaquín Enrique Villamizar Zúñiga, presidente.

**Asociación de Médicos Egresados de la Universidad del Valle -AMEUV.** Álvaro Bustos Mejía, presidente.

**Unión Gremial de Dermatólogos de Colombia. UNIDERMA.** Arturo César Argote, presidente.

**Academia de Medicina del Valle del Cauca.** Néstor Harry Amorocho Pedraza, presidente.

**Colegio Médico Colombiano, seccional Valle del Cauca,** Dora P. Bernal O., en su representación.

**Asociación Colombiana de Instituciones de Salud Domiciliaria ACISD.** Federico Sierra Carvajal, director ejecutivo.