

Conceptos básicos de economía del proyecto de ley reforma a la salud 2023: una
discusión necesaria.

Pie de autor: David Alexander Sepúlveda Muñoz, Estudiante.

Director: Luz Adriana Restrepo.

Universidad Santo Tomás de Aquino

Facultad de Economía

Especialidad Auditoría en Salud

Bogotá, D.C.

2023

Conceptos básicos de economía del proyecto de ley reforma a la salud 2023: una
discusión necesaria.

Documento presentado como requisito parcial para optar el título de:
Especialista en Auditoría en Salud.

Área de énfasis: Metodologías de análisis en economía de la salud.

Universidad Santo Tomás de Aquino

Facultad de Economía

Especialidad Auditoría en Salud

Bogotá, D.C.

2023

Agradecimientos

Agradezco a la Universidad Santo Tomás de Aquino por el conocimiento, la formación y las experiencias que me han brindado y que han contribuido en mi formación tanto personal como profesional, a mi familia que, con sus palabras de aliento, apoyo emocional y ante todo la formación y educación que me brindaron me han convertido en la persona que soy.

David Alexander Sepúlveda Muñoz

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi madre Flor del Carmen Muñoz Velandia quien con su amor y paciencia me apoya en todas las situaciones que se me presentan, a mi padre Estanislao González quien han sido mi principal motivación en mi formación académica, a mis hermanos Diana, William y Daniela Sepúlveda, quienes me motivan a seguir adelante, a mis sobrinos Sara, Juan José y Mariana quienes son mi inspiración en lo que hago.

David Alexander Sepúlveda Muñoz

Tabla de contenido

Agradecimientos	3
Dedicatoria.....	4
RESUMEN.....	6
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.1. Descripción del problema.....	9
1.2. Formulación del Problema.....	9
1.3. Objetivos.....	9
1.3. Justificación	10
CAPÍTULO II: MARCO DE REFERENCIA.....	11
2.1. Punto de partida	11
2.2. Fundamentación teórica.....	12
2.3. ADRES	17
2.4. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud.....	20
2.5. Economía de la Reforma	27
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	37
CAPÍTULO IV: CONSIDERACIONES FINALES	38
4.1. Recomendaciones	38
4.2. Conclusiones.....	38
GLOSARIO	39
LISTA DE REFERENCIAS.....	45

RESUMEN

En la cotidianidad del ejercicio del arte de la medicina, se pudo evidenciar la falta de conocimiento respecto a temas en relación a la Nueva Reforma a la salud 2023, por parte de los usuarios consultantes de EPS Sanitas, por lo tanto, dificultades en lo que respecta al manejo de información veraz, sin una fuente fidedigna. Por esta razón se plantea desarrollar un trabajo exploratorio donde se dé respuesta a conceptos básicos sobre la Economía de la reforma, tema de importancia para los pacientes y por ende para la sociedad colombiana. Para esto, se revisan fuentes de información y se consolidan en este trabajo netamente informativo con una metodología exploratoria, ya que como lo define Morales, F. (2012). *“Es aquella que se efectúa sobre un tema u objeto desconocido o poco estudiado, por lo que sus resultados constituyen una visión aproximada de dicho objeto, es decir, un nivel superficial de conocimiento”*, en este caso de la Economía de la Nueva reforma a la salud, su régimen de transición y evolución y por ende aportar en el desarrollo de habilidades de los pacientes en el ámbito de la salud.

Palabras claves: Economía de la Reforma, régimen de transición y evolución, salud, usuarios.

ABSTRACT

In the everyday practice of the art of medicine it was evident tht patients whi came to consultation lacked knowledge regarding topics related to the new healthcare reform in 2023. As a result, there were difficulties in handling accurate information without a reliable source. For this reason, it is proposed to develop an exploratory work where tht provides answers to basic concepts about the economics of the reform, an important issue for patients and therefore for colombian society. To achieve this, the sources of information are reviewed and consolidated in this purely informative work using a methodology that presents an approximate overview of the subject in question in order to have, a superficial lvl of knowledge about the economics of the new health reform, its transitional and evolutionary regime, and thus contribute to the development of patients' skills in the field of healthcare.

Key words: Economics of the reform, transitional and evolutionary regime, healthcare, users.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación, aborda la cuestión de los conceptos básicos de la Economía de la Nueva reforma a la salud 2023 presentado por el Ministerio de Salud al Congreso de la República de Colombia.

Abordar dicho tema es importante, teniendo en cuenta las propuestas de reforma del gobierno actual en el contexto de la salud y por ende la incertidumbre del futuro para toda la población colombiana, a quien debe interesar dicho trabajo.

Este nuevo material del conocimiento es práctico y de fácil comprensión para los usuarios de EPS Sanitas y realiza una descripción de la transición del Sistema de salud colombiano desde su creación al día de hoy, estableciendo contrastes, pros y contras de dicho proceso y su impacto en la calidad de vida del paciente, este último el principal actor y beneficiario de la prestación de servicios de salud en nuestro país.

Para lograr el informe final del trabajo investigativo, se desarrolla una metodología exploratoria recolectando referencias y consolidarlas en el presente documento, apropiando al lector de una realidad de Colombia por la que atraviesa y es la posible Nueva Reforma a la Salud, manteniéndolo al margen de la participación social y comunitaria en lo que a conceptos básicos de economía de salud, régimen de transición de evolución en salud y la administradora de los recursos del sistema general de seguridad social en salud compete.

Por último, se establecen conclusiones que buscan plantear elementos para la discusión social del proyecto de ley 339 del 2023.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

Mediante observación directa en la cotidianidad y en el ejercicio de la medicina, se puede evidenciar problemas sociales que presentan un número significativo de pacientes de EPS Sanitas, tal como la desinformación relacionada con la Nueva Reforma a la Salud 2023.

De la observación, se pudo concluir que parte de la población de Colombia, presenta dificultades en cuanto al manejo de la información, el análisis de la misma, fundamental para impulsar la cultura y el éxito como sociedad.

Por este motivo, nació la necesidad de gestar un trabajo exploratorio encaminado a revisión de información de la Nueva Reforma de la Salud, haciendo énfasis en la Economía de la misma, para brindar a la comunidad en general un trabajo descriptivo de fácil interpretación y por ende aportar al desarrollo en conocimiento en temas de interés común de la sociedad colombiana.

1.2. Formulación del Problema

¿Cómo dar a conocer a los usuarios de EPS Sanitas los conceptos básicos, evolución de la economía de Salud, los principales aspectos económicos y su transición con el Proyecto de ley Reforma de Salud 2023?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Dar a conocer los conceptos básicos de Economía del Proyecto de ley Reforma a la salud 2023, presentado por el Ministerio de Salud al Congreso de la República de Colombia a los usuarios de EPS Sanitas.

1.3.2. Objetivos específicos:

- Explorar los conceptos básicos de economía de la Reforma a la salud 2023 del nuevo Proyecto de Ley.
- Identificar los hechos que dieron origen a la propuesta de la reforma a la salud 2023.
- Describir los elementos fundamentales y principios orientadores del plan de transición para garantizar la continuidad de la atención de los pacientes.
- Diseñar un material educativo e informativo de fácil comprensión para los usuarios de EPS Sanitas.

1.3. Justificación

Cada vez el mundo avanza de manera tan acelerada que el exceso de información y noticias falsas se ven inmersas en el día a día; cuesta indagar, profundizar y cuestionar dichos datos. Esta situación se ve reflejada en el desconocimiento que presentan los usuarios de EPS Sanitas con respecto a temas propios del Sistema general de seguridad social en Salud.

Por esta razón, es importante estar al tanto de información veraz y confiable y no caer en la trampa de fuentes no fidedignas respecto a temas de actualidad referentes al sistema de salud.

La realización de un trabajo que compile información respecto a la Economía básica de la reforma a la salud 2023 es esencial para que permita a los usuarios el acceso a este documento de forma veraz mediante material educativo y con ello desarrollar habilidades en ellos.

Reafirmando lo escrito anteriormente, vale la pena resaltar un mensaje clave que enmarca lo que el trabajo va a desarrollar y es un documento de conceptos básicos de economía de la nueva Reforma a la Salud 2023 de interés y fácil comprensión para el usuario.

CAPÍTULO II: MARCO DE REFERENCIA

2.1. Punto de partida

En 1990 el Financiamiento del Sistema general de Seguridad Social en salud en Colombia estaba a cargo del Instituto de seguro social, en dicha época el 25% de la población no tenía acceso a servicios de salud, 40% correspondían a Hospitales públicos y el 13% a Hospitales privados. Sólo se invertía el 3% del PIB (Ref. Una reforma a la salud por la vida y el desarrollo- Razón Publica); hoy se invierte el 8% del PIB en salud. La Pulla. (2023, 16 marzo).

Para 1992 el 33% de la población no recibió atención médica a pesar de que lo necesitaba.

En los últimos 30 años dos acciones normativas han marcado puntos de inflexión: la Ley 100 de 1993 con gran orientación al mercado, y la Ley 1751 de 2015 que ordena al Estado “retomar” su rol como ordenador del sistema de salud. Por medio de la ley estatutaria se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, define que “El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado. La Pulla. (2023, 16 marzo).

La ley 100 de 1993 produce en resumen 4 grandes cambios: aparecen las EPS, se crean los regímenes Contributivo y Subsidiado, la población aporta un 15% a salud y se crea la

ADRES, a partir de entonces el 99% de la población se encuentra afiliada. (Ref. Una reforma a la salud por la vida y el desarrollo- Razón Pública.)

2.2. Fundamentación teórica

El sistema de seguridad social en salud de Colombia después de la Constitución de 1991 se diseñó con el objetivo de intervenir para la redistribución de la riqueza y el cumplimiento de los principios de dignidad humana, igualdad, universalidad, eficiencia y solidaridad, todo ello enmarcado dentro del concepto de Estado de Bienestar. Según el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia (1991), el derecho a la salud está en cabeza del Estado, para garantizar “acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”, así mismo, el Estado debe ser quien hace las funciones de “dirección, coordinación y control”. El Sistema de Seguridad Social en Salud que se orientó a dar alcance a la Constitución en estos mandatos debe ser evaluado desde sus resultados y, la descripción del modelo económico establecido en el sistema de salud.

La corte constitucional, desde su creación en 1992, ha desarrollado un acervo jurídico sobre el estatus de fundamental para el derecho, así como sus componentes esenciales. Como hito en este proceso, la sentencia T-760 ordenó a las entidades responsables de la salud en Colombia corregir las fallas que presentaba el sistema, iniciando así una serie transformaciones en el sistema de salud que aún en la actualidad no se han logrado superar. La corte también define que “La salud tiene dos facetas distintas, que se encuentran estrechamente ligadas: por una parte, se trata de un servicio público vigilado por el Estado; mientras que, por la otra, se configura en un derecho que ha sido reconocido por el legislador estatutario como fundamental, de lo que se predica, entre otras, su carácter de irrenunciable.

Además de dicha condición, se desprende el acceso oportuno y de calidad a los servicios que se requieran para alcanzar el mejor nivel de salud posible.” En cuanto a los elementos que rigen el derecho fundamental a la salud, la Corte ha destacado que se trata de “aquellos componentes esenciales que delimitan su contenido dinámico, que fijan límites para su regulación y que le otorgan su razón de ser. El derecho a la salud incluye los siguientes elementos esenciales: la disponibilidad, la aceptabilidad, la accesibilidad y la calidad e idoneidad profesional.

Evolución de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

El SGSSS se financia básicamente con recursos fiscales y parafiscales. Los recursos fiscales se derivan de los aportes del Presupuesto General de la Nación, del Sistema General de Participaciones, de las rentas cedidas a las entidades territoriales por la operación y explotación de monopolios rentísticos, y de los recursos propios de los departamentos y municipios. Por su parte, los recursos parafiscales comprenden los aportes de los cotizantes al régimen contributivo y los recursos del subsidio familiar que recaudan las Cajas de Compensación Familiar – CCF provenientes del aporte parafiscal sobre la nómina. Según el Fondo de Mitigación de Emergencias – FOME, los ingresos del SGSSS representan en promedio 5,3% del PIB entre los años 2018 y 2023. Los más representativos corresponden a las cotizaciones y los aportes de la Nación, seguidos de los recursos del Sistema General de Participaciones – SGP en salud. Las cotizaciones de los afiliados al sistema incluyen los aportes del régimen contributivo y de solidaridad de los regímenes especiales y de excepción.

En los últimos 6 años (2018-2023) han tenido una participación promedio del 37,8% sobre el total de ingresos, y para la vigencia 2023 es el rubro más representativo con el 34,0%. El Presupuesto General de la Nación - PGN corresponde a aportes para la universalización de la

cobertura del aseguramiento y la unificación de los planes de beneficios e incluye los recursos de FONSAT y contribución del SOAT, así como recaudo por municiones y explosivos, que en conjunto representan en promedio el 34,9% de los ingresos en los últimos 6 años. El Sistema General de Participaciones – SGP en salud, que corresponde a subsidios a la demanda de propiedad de las entidades territoriales, ha tenido una participación promedio de 17,1% del total de ingresos en el periodo 2018-2023, y en 2023 alcanza apenas el 14,6%. Adicionalmente, otros recursos conformados por rentas cedidas por entidades territoriales: Coljuegos, aportes de las Cajas de Compensación Familiar, multas, sanciones e intereses de mora, el impuesto social a las armas, los aportes de USPEC, FONPET, FONSAET; los recursos recaudados por la UGPP y los rendimientos financieros generados por la administración de los recursos del sistema y sus excedentes, los que alcanzaron en promedio el 9,0% de participación en el último sexenio y en la vigencia 2023 llegarán a solamente al 6,5%. Por otro lado, en este periodo los proyectos de inversión sectoriales en salud financiados con Presupuesto General de la Nación tuvieron una participación promedio anual de 1,0% frente al total de recursos. A su turno, las fuentes recurrentes utilizadas por las entidades territoriales para financiar el componente de salud pública, diferentes al SGP, tuvieron una participación promedio anual de 0,2%. (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES.)

La Superintendencia Nacional de Salud determinó que en el periodo 2010 a 2022, las EPS se han caracterizado así:

1. Ninguna de las EPS vigentes ha cumplido todos los años con las reglas de margen de solvencia y patrimonio mínimo, entre otras, identificadas por el Decreto 1485 de 1994, modificado posteriormente por el Decreto 515 de 2004 y por el Decreto 780 de 2016;

2. Colpatría EPS hasta su retiro voluntario fue la única EPS que en el periodo descrito cumplió con las exigencias legales. Dentro del rango de tiempo 9 EPS se retiraron voluntariamente del sistema.

3. Para el año 2010 habían 73 EPS, al año 2022 funcionan 30 EPS, 14 de ellas están a punto de iniciar un proceso de liquidación, 34 ya fueron liquidadas, 7 EPS se encuentran en vigilancia especial, 2 en programa de recuperación, 1 en intervención forzosa para proceso de liquidación y solo 6 EPS cumplen los estándares financieros exigidos por la normatividad vigente, los cuales se han bajado en el transcurso de los años, con el objetivo de que estas puedan ser cumplidas por las EPS. Corcho, C. (2023)

4. Las EPS deben 16,6 billones de pesos a las clínicas y hospitales para el año 2022, cuando para el año 2009 la deuda era de 4,1 billones, solicitando para la época declaratoria de emergencia por parte de las EPS, apoyado por el gobierno de entonces, quienes alegaban los problemas financieros y la imposibilidad de cumplir con las prestaciones de servicios, cifra que en valores de 2021 corresponderían a 6.5 billones de pesos, casi tres veces menor a las cifras actuales.

De acuerdo con algunos estudios especializados y las cifras reportadas para las fechas de 2008-2018, las dificultades financieras del sistema actual han emergido de:

1. Mayores costos en todas las EPS. Los mayores costos en las EPS se asocian a la inclusión de nuevas tecnologías, el envejecimiento de la población y el aumento de las frecuencias de uso. Del año 2010 al año 2017 ingresaron 510 nuevas tecnologías, según el informe de Gestión de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.

2. En la actualidad se encuentran cubiertas alrededor del 99% de nuevas tecnologías en salud por el sistema, ya sea por el Plan de Beneficios, presupuestos máximos (más pago de

rezagos por MIPRES). Con el envejecimiento de la población ha aumentado el gasto en procedimientos (37%) y de consultas (35%). Y con ello, las frecuencias de uso. (Rodríguez-Páez., et al 2008)

3. Menores ingresos en el régimen subsidiado. El régimen subsidiado recibe el 8% de administración de los recursos frente al 10% que reciben quienes manejan régimen contributivo. Por otro lado, no cuenta con planes complementarios, ni cuotas moderadoras y copagos, y el valor diferencial de la UPC, siendo el mismo plan de beneficios en salud. (Rodríguez-Páez., et al 2008)

4. Mayores gastos administrativos por atender población dispersa, a la cual además se le debe cubrir el transporte, la obligatoriedad de contratar al menos el 60% con ESE o con instituciones que no cuentan con todos los niveles de complejidad que no permiten economías de escala, además de ser muy variable y que simplemente hace menos eficiente los costos en salud.

5. El mercado no es competitivo. A pesar de 18 decretos que han aplazado las condiciones financieras y de margen de solvencia de las EPS, el mercado no es competitivo ni sostenible, porque el Estado sigue siendo el mayor deudor de las EPS, además de no haber logrado la regulación y modulación del sistema, ya que sigue siendo errática e inconsistente, porque ha reproducido diversos vicios de la lógica privada, incumpliendo el marco teórico del pluralismo estructurado. Además, porque si bien se aceptan los errores no se han logrado dar soluciones al sistema de salud, como la disminución de intermediarios y el favorecimiento de una concentración en el mercado, como se ve en la Ley 1122 de 2007.

6. Integración vertical. La integración vertical conlleva la concentración y reducción de competidores en la prestación de los servicios de salud, dejándola en manos de unos pocos y dentro de las 5 principales ciudades del país y ciertas zonas de estas ciudades. Y también, ha

conllevado a prácticas de selección adversa, la búsqueda del mayor rendimiento financiero y la ampliación de atención con costos decrecientes.

7. Incentivos asimétricos de la regulación. Se mantienen los servicios de salud más rentables y se cierran aquellos que no son sostenibles financieramente. Como la negociación es más competitiva y rentable conforme al tamaño y capacidad financiera de la IPS, no es posible para una pequeña IPS hacer una buena negociación con una EPS para el pago de sus servicios y está llamada a quebrar o salir del mercado del sistema de salud. Por lo que terminan siendo monopolios bilaterales, tanto de las EPS e IPS.

8. Condiciones diferenciales y contradicciones. La cartera se reproduce en cadena desde las EPS a lo largo de la cadena de IPS a proveedores y afecta la solvencia y liquidez de todos los integrantes del sistema. A la vez que afecta, incrementa o encarece los costos, porque a dicha cartera se incorporan los intereses, como el tiempo de recuperación. Además de cómo negocian las glosas, donde la negociación de ellas siempre busca ser inflada, para no perder con la negociación.

2.3. ADRES

La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES - es una entidad adscrita al Ministerio de Salud Y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente. La entidad es asimilada a una Empresa Industrial y Comercial del Estado. La ADRES fue creada con el fin de garantizar el adecuado flujo de los recursos y los respectivos controles.

Funciones:

Efectuar el reconocimiento y pago de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) y demás recursos del aseguramiento obligatorio en salud.

Realizar los giros a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de acuerdo con lo autorizado por el beneficiario de los recursos y adelantamos las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema, que optimice el flujo de recursos.

Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago de prestaciones sociales y otras prestaciones que promueven la eficiencia en la gestión de los recursos. Llevamos a cabo, de manera directa, la compra de cartera reconocida de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con Empresas Promotoras de Salud.

Administrar la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA -, que suministra la información para el reconocimiento de los pagos periódicos que se les hace a las EPS por aseguramiento en salud de los colombianos.

Adoptar y proponemos los mecanismos que se requieran para proteger los recursos que administra la entidad, con el fin de evitar fraudes.

Realizar los giros a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de acuerdo con lo autorizado por el beneficiario de los recursos y adelantamos las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema, que optimice el flujo de recursos.

Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago de prestaciones sociales y otras prestaciones que promueven la eficiencia en la gestión de los recursos. Llevamos a cabo, de manera directa, la compra de cartera reconocida de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con Empresas Promotoras de Salud.

Administrar la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA -, que suministra la información para el reconocimiento de los pagos periódicos que se les hace a las EPS por aseguramiento en salud de los colombianos.

Adoptar y proponer los mecanismos que se requieran para proteger los recursos que administra la entidad, con el fin de evitar fraudes.

La ADRES administra las diferentes fuentes de financiación del sistema de salud colombiano, entre ellas:

Cotizaciones al sistema de salud

Aportes por solidaridad de Regímenes de Excepción y Especiales y cotizaciones por ingresos adicionales.

Recursos del Sistema General de Participaciones (salud)

Recursos del Subsidio Familiar de las Cajas de Compensación Familiar.

Aportes del Presupuesto General de la Nación.

Compensación de las regalías.

Prima del Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito FONSAT y

Contribución por Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -SOAT

Impuesto social a las armas, municiones y explosivos

Recursos de propiedad de las Entidades Territoriales para el aseguramiento.

Impuesto a Juegos de Suerte y Azar - Coljuegos

Reintegros de recursos

Recursos destinados para atender pandemia por COVID del Fondo de Mitigación de Emergencias - FOME

Porcentaje del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante - FOSFEC

Otros aportes asignados por norma.

La ADRES, como administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad en Salud – SGSSS –, deberá llevar la contabilidad y presentar los estados financieros de acuerdo con el Régimen de Contabilidad Pública, por los recursos en administración, incluidos los recursos de propiedad de las entidades territoriales. La administración y contabilidad de dichos recursos se debe dar en forma separada de los recursos de funcionamiento de la entidad.

La ADRES tiene como función efectuar el recaudo de las diferentes fuentes de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), tendiente a la financiación de los diferentes componentes del sector. En este contexto, en esta página se encuentra toda la información relevante sobre los recursos con situación de fondos recaudados por la entidad. *Acerca de ADRES.* (s. f.)

2.4. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud.

El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la vigencia de la presente ley. Es principio de interpretación y fundamento de la transición que no podrá haber personas sin protección de su salud, sin afiliación, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria Integrales y Resolutivos en Salud - CAPIRS, bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud y el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia. Corcho. C., (2023)

En desarrollo del principio anterior, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:

1. Los pacientes en estado crítico que al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes, en tratamientos de enfermedades que no puedan ser interrumpidos o cuya interrupción sea riesgosa, seguirán atendidos por los prestadores de servicios de salud y los contratos con estos, serán automáticamente subrogados por quien asuma la gestión del riesgo, según las reglas que se establecen en la transición, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno. De igual forma se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos.

2. Las entidades Promotoras de Salud que a la fecha de vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, acordarán con base en el reglamento que establezca el Gobierno Nacional, las reglas para la entrega de la población afiliada al nuevo aseguramiento social en salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud. A tal efecto el Gobierno Nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las Entidades Promotoras de Salud al nuevo sistema de aseguramiento social en salud.

3. Las Entidades Promotoras de Salud que cumplan los requisitos de habilitación al momento de expedición de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a los Centros de

Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la UPC y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud al nuevo sistema de aseguramiento social del Sistema de Salud. La Administradora de Recursos para la Salud, ADRES, efectuará el reconocimiento y giro pago de las Unidades de Pago por Capitación y demás recursos del aseguramiento social en salud. Las reglas del Sistema General de Seguridad Social en Salud serán aplicables a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios hasta por el periodo de transición que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud. Corcho. C., (2023)

Para la armonización de la operación de transición y evolución de las Entidades Promotoras de Salud con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas:

1. Para cada hogar todos sus miembros deberán estar afiliados en una misma Entidad Promotora de Salud.

2. En un territorio donde haya una sola Entidad Promotora de Salud, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación.

3. En los territorios donde no queden Entidades Promotoras de Salud, la Nueva EPS, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas Entidades Promotoras de Salud con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el

reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes podrán asumir los afiliados de Entidades Promotoras de Salud liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados.

4. La Nueva EPS contratará los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud -CAPIRS, si fuere necesario, o adscribirá la población a ella afiliada en tales Centros que estén operando bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación.

5. La Nueva EPS contribuirá con la organización de la prestación de los servicios de salud en el marco del aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la organización de la inscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los Centros de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud CAPIRS, así como la organización de las redes integradas e integrales en los territorios que el Ministerio de Salud y Protección Social y las autoridades del nivel territorial determinen.

6. A partir de la vigencia de la presente Ley, no habrá autorización de ingreso al Sistema de Salud de nuevas Entidades Promotoras de Salud.

7. Las Entidades Promotoras de Salud, durante la transición y evolución posteriormente mediante las formas jurídicas en las que se transformen, que determinen como más funcionales a su operación podrán:

- Escindir y especializar sus instituciones de prestación de servicios de baja, mediana y alta complejidad e integrarlas a las redes de atención integrales e integradas
- Organizar y operar los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud CAPIRS bajo las reglas del Sistema de Salud

- Proveer servicios de gestión de facturas y auditoría durante la transición o bien estructurar firmas auditoras que podrán ser contratadas por el ADRES
- Prestar servicios de información especializados que requiera el Sistema de Salud
- Prestar servicios especializados de asesoría en la organización de los territorios de salud
- Adelantar acciones de salud pública y prestar servicios de equipos de salud del modelo de atención primaria en salud
- Suministrar tecnologías, software y sistemas de información para administrar la atención de la población
- Gestionar las prestaciones económicas de los cotizantes en el Sistema de salud
- Asesorar el desarrollo de los gobiernos corporativos en el Sistema de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios, de acuerdo al plan de implementación de que trata el presente artículo. Conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social se determinará el proceso.

8. Se acordará con las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios que así lo acuerden con el Gobierno Nacional, la Administradora de Recursos de la Salud ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las redes integradas e integrales que atenderán a la población adscrita a los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud.

9. Las Entidades Promotoras de Salud durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan su tránsito a instituciones prestadores de servicios de salud a través de sus redes propias que funcionaban en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud.

10. Las Entidades Promotoras de Salud podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección social, la ADRES o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a la prestación de servicios de salud, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud. Corcho. C., (2023)

Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los Centros de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud- CAPIRIS, los trabajadores que a la vigencia de la presente ley trabajen en las Entidades Promotoras de Salud, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento. A tal efecto, se establecerá una planta de personal de supernumerarios hasta que ello sea necesario, cuyos empleos estarán sujetos al libre nombramiento y remoción y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen.

Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de

personal de los Centros de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud -CAPIRS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal darán prioridad a la vinculación de este personal, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.

La Administradora de Recursos de Salud ADRES, está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las Entidades Promotoras de Salud.

Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las Entidades Promotoras de Salud hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo sistema de aseguramiento social en salud.

Las competencias aquí previstas para la Administradora de Recursos de Salud ADRES serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan. Cada dos (2) años se hará un análisis de los avances en esta materia y se evaluarán las capacidades respectivas.

11. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. CISA podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatarios, de las entidades promotoras de salud de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las entidades promotoras de salud que se

llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a la Central de Inversiones S.A. CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.

12. La Nación dispondrá los recursos necesarios para adelantar los procesos de cesión de créditos a favor de las instituciones prestadoras de salud y la Central de Inversiones S.A. -CISA podrá aplicar sus políticas de normalización de esta clase de activos; una vez adelante el recaudo de esta cartera la Central de Inversiones S.A. CISA deberá girar el producto del recaudo de esta cartera al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez descontada su comisión por la gestión de cobranza.

13. El Gobierno Nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la vigencia de la presente ley establecerá la reglamentación y conformación del Consejo Nacional de Salud.

14. El Gobierno Nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a un año a partir de la vigencia de la presente ley establecerá los reglamentos para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud. Corcho. C., (2023)

2.5. Economía de la Reforma

Según el documento de la Reforma a la Salud 2023, uno de los temas centrales de la reforma al sistema de salud se encuentra fundamentada en la ineficiencia en el manejo de los recursos de salud, en gran parte por el diseño de cuasi mercados, donde se delegaron funciones del Estado a un mercado regulado, con la esperanza de que fuera más transparente, diverso,

universal, eficiente y solidario, pero aun cuando el aumento de la financiación del sistema de salud por parte del Estado, la meta no fue alcanzada en los últimos 30 años. Para ello, se modifican funciones del Estado en los diferentes niveles, se le da relevancia a la creación de un sistema de información claro, transparente y transversal dentro de todo el sistema, donde el Estado nacional sea quien lo controle y cuente con toda la información necesaria para toma de decisiones y regulación del sistema, como las fuentes de financiación, las entidades encargadas de ello, la planeación del sistema y el uso de los recursos.

Para ello, vale recordar la Ley 1751 de 2015 para su desarrollo y cumplimiento a través de la sentencia C-313 de 2014. En donde reconoce la necesidad de desarrollar la ley estatutaria siguiendo las directrices y lineamientos estratégicos de esta.

Colombia tiene un gasto en salud en porcentaje del PIB de 7,2% y que a la fecha representa alrededor del 6%, debido a que los recursos adicionales de la Pandemia no fueron sostenidos dentro de los gastos de salud, que se encuentra en el promedio de la región, (Observatorio del gasto público CEDICE), que está en un 5%. De igual manera, presenta los más bajos gastos de bolsillo de la región, llegando al 15.36% en 2021. El presupuesto anual de salud de la ADRES supera los 60 billones de pesos (MSPS, 2020) y para el año 2023 se espera contar con un presupuesto para el sector salud mayor al obtenido en años anteriores. Del total de los recursos 34 billones aproximadamente están dirigidos al aseguramiento en salud y la atención individual, casi 3 billones en recobros de medicamentos No POS del régimen contributivo, y solo 1.3 billones de pesos se dirigen para la salud pública, la promoción y la prevención. (MSPS, 2017). Corcho. C., (2023)

No obstante, las cifras del déficit son variables, y fluctúan entre 10 y 20 billones de pesos. Según el último informe de la Superintendencia de Salud la deuda acumulada entre EPS e

IPS supera los 16 billones de pesos. El sistema de salud en Colombia ha sido una caja negra, en donde no se ha contado con un sistema de información cierto que dé cuenta del flujo de recursos dentro del mismo. Se ha tenido conocimiento cierto solo recientemente con la creación de la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud que comenzó a operar desde el 1 de agosto de 2017, cuyo objetivo es administrar los recursos del SGSSS y administrar los recursos del fondo de garantías para el sector salud FONSAET, esto supone llevar a cabo el pago y reconocimiento de los recursos de la UPC, Unidad de Pago por Capitación, a las EPS del régimen subsidiado y contributivo dentro (Ministerio de Salud y Protección Social) del sistema de aseguramiento. Respecto al déficit financiero del sistema. A corte de octubre de 2022 manifestó que la deuda a los hospitales y clínicas por la prestación de servicios de salud llegó a los \$10.1 billones de pesos, de los cuales el 59,1 % es deuda morosa, (Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales) igualmente ACESI informa que la deuda es de 10.6 billones, de allí que se requiera mayor fiabilidad de la información para el cuidado de los recursos en salud.

Estas deudas han aumentado de manera considerable, ACHC informaba que las deudas habían ascendido casi el doble, solo en dos años, tomando la información a 2021, con un estudio de cartera al 31 de diciembre de 2018 que representan 207 instituciones hospitalarias. Según FEDESALUD, el problema más sobresaliente en el devenir del sistema, pertinente a la relación entre los distintos actores (es decir, sin contar el viacrucis de los ciudadanos), es la inoportunidad en los pagos de las facturas y demás compromisos contractuales, fenómeno que, a pesar de la expedición de decenas de normas, los distintos gobiernos no han logrado corregir. La verdadera causa del incumplimiento de los pagos es, por supuesto, el hecho de que desde un comienzo se permitió, y se sigue permitiendo, en este “particular mercado”, que el dinero no tenga valor, por

lo que no se reconocen intereses de mora. El Código de Comercio de Colombia reza en su Art. 885.- Todo comerciante podrá exigir intereses legales comerciales de los suministros o ventas que haga al fiado, sin estipulación del plazo para el pago, un mes después de pasada la cuenta.

En síntesis, los servicios prestados, los suministros entregados e incluso el trabajo realizado deben ser pagados al precio de la fecha en que fueran provistos y, en caso contrario, se deberán reconocer los intereses correspondientes a la mora pues, de no hacerlo, el deudor puede obtener rentabilidad financiera con los dineros del proveedor, y se falsean los precios y los costos de las dos entidades que realizan la transacción comercial. Desde el inicio hizo carrera en el sistema, y es una realidad de bulto, la desviación de las prácticas comerciales aceptadas en Colombia y el mundo entero, relacionadas con el reconocimiento oportuno de las obligaciones y el pago de los intereses en los casos de mora. La ruptura de las normas más elementales relativas a los contratos entre empresas, respecto a las obligaciones monetarias, sus efectos, las consecuencias y responsabilidades financieras que de ellas se derivan, falsea la condición propia de la economía de mercado relativa al valor del dinero y crea de hecho una subcultura o “economía especial”, que no todos los empresarios e inversionistas parecen dispuestos a aceptar. Otros se ajustan, incluyendo por anticipado en el costo del bien o servicio los costos financieros derivados de la cartera prolongada. Corcho. C., (2023)

Nunca fue posible ulteriormente, en este extraño “mercado”, la recuperación de las prácticas comerciales, basadas en la necesidad de honrar oportunamente las obligaciones contraídas y en la existencia de medidas coercitivas ante las conductas opuestas, para dar seguridad a los inversionistas en el sector. Una enorme cartera en el sistema, con promedios reales superiores a tres o cuatro meses y con porcentajes significativos a seis u ocho meses, denunciados en múltiples publicaciones, evidencian la falta de seguridad jurídica y financiera en

este “particular mercado”. Este fenómeno podría interpretarse, de otra forma, como prueba de que el sistema opera más como un esquema de distribución de recursos públicos del Estado, que con una lógica de mercado. Incluso las últimas medidas del Gobierno para girar directamente a los hospitales los dineros, por franco incumplimiento de los pagos por parte de las EPS, constituyen una prueba más de este comportamiento propio de los sistemas de asistencia pública. Es de anotar que, dada la ineficacia de las EPS en el giro de recursos públicos de la salud, el Ministerio de Salud y Protección Social reconoce que entre junio de 2016 y mayo de 2017 se han girado \$15,1 billones de pesos de manera directa por parte del Ministerio a los prestadores, de los cuales el 67,01% se ha girado a las IPS y proveedores.

En total, desde la aplicación de la medida en abril de 2011 a 2017, se han girado \$68,7 billones de pesos de los cuales 65% ha sido para la red prestadora y proveedores (Radicado MINSALUD 201742301674932). Para subsanar la crisis financiera de los prestadores de servicios de salud, el Ministerio de Salud ha apelado a la figura de compra de cartera en donde reconoce que a diciembre de 2016 se han aprobado 1.816 operaciones de compra de cartera por \$1,62 billones, en las que se han beneficiado 415 IPS y 26 EPS de los regímenes contributivo y subsidiado (Radicado MINSALUD 201742301674932). En cuanto a las EPS, el informe de la Superintendencia Nacional de Salud de 2016 que analiza 33 EPS muestra que tienen un déficit financiero de 5,2 billones de pesos. El último informe publicado por la superintendencia de salud, de evaluación financiera de las EPS con corte a diciembre de 2018, muestra que estas 32 EPS tienen un déficit financiero total de 8 billones de pesos, es decir, en cuatro años el indicador empeoró en un 72%. De acuerdo a los resultados de la Superintendencia de Salud a octubre de 2022, 25 EPS no cumplen con el capital mínimo para continuar en el mercado del aseguramiento, razón por la cual, la Supersalud tendría que revocar la licencia de funcionamiento

de varias de estas. Como además lo pueden encontrar descrito dentro en los resultados ofrecidos en el capítulo 2 de la presente exposición de motivos.

Desde esta perspectiva la propuesta de reforma estructural del sistema de salud contempla que el desarrollo de un nuevo arreglo institucional para el manejo de los recursos financieros del sistema no requiere las intermediarias financieras EPS, esto ha resultado a todas luces en un manejo inadecuado de los recursos que no aportan valor agregado a la prestación de servicios de salud y la gestión de la salud pública, realidad que ha sido aceptada por los propios gobiernos y que fue una de las motivaciones del proyecto de ley de reforma a la superintendencia de salud para facilitar la liquidación de las EPS que no cumplan con los criterios de solvencia, que serían la mayoría, y serían todas si se establecieran criterios idóneos de medición, dicho de otra manera, la flexibilización de parámetros de evaluación de las EPS es lo que ha facilitado de manera forzada y antitécnica la manutención de estas entidades en el sistema, que en estricto sentido son administradoras de recursos públicos de los colombianos.

Por lo anterior, se ha establecido como diseño institucional: un Fondo Único Público de Salud, continuidad como administradora de los recursos en cabeza de ADRES, continuidad de la Unidad de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social -UGPP-, Fondos regionales de Seguridad Social en Salud que hará parte del sistema de cuentas del Fondo Único Público, Fondos Territoriales de Salud para los recursos destinados constitucional y legalmente a los departamentos, distritos y municipios, Consejos Regionales de Administración de la Seguridad Social en Salud, Consejo Regional de Planeación y Evaluación en Salud y el sistema de información único, que se desarrollará en el capítulo IX del presente proyecto de ley y que se encuentra en el numeral i del capítulo tercero de la exposición de motivos.

Lo primero que se debe expresar es que, al ser un sistema de salud solidario, la financiación del sistema de salud, como nuevo concepto, establece que todos los recursos de la salud son parafiscales, por el otro lado, que se crea un Fondo Único de Salud que contenga todos los fondos y cuentas del sistema de salud, sin personería jurídica que será administrado por la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud -ADRES-, conforme a los artículos 22 al 32 del Proyecto de Ley. Así mismo, los aportes deberán corresponder a las capacidades económicas de cada persona y a las obligaciones de cada entidad y empresa del territorio colombiano que tenga la obligación de cotizar dentro del sistema de salud, donde la UGPP deberá aumentar su capacidad coactiva sobre la evasión y elusión de aportes. Y, por otro lado, los recursos provenientes de los diversos impuestos e ingresos que financian el presupuesto nacional, es decir, la financiación de la salud y la seguridad social serán tripartitas, como se estableció internacionalmente, desde su origen, en los Estados de bienestar.

Desde esta perspectiva, para garantizar la administración de recursos, la reforma estructural que reglamenta la ley estatutaria propone que los recursos sigan siendo administrados por la ADRES (artículo 23), que cuenta con 12 funciones principales: administrar los recursos del sistema y del Fondo Único Público, administrar los recursos del FONSAET, realizar la labor de pagador del sistema de salud y adelantar las transferencias de ley, organizar diversas oficinas locales para la gestión de administración del sistema en la gestión de cuentas y pagos, verificar las cuentas y pagos de diversos conceptos de salud, administrar información propia de las operaciones de la entidad, propiciar acción por territorios de salud, integrar recursos de Atención Primaria Integral en Salud, gestionar la Cuenta Única de Recaudo, garantizar el recurso de la Nación a los territorios de Salud conforme a las normas establecidas y realizar la contratación para la compra de servicios a través de los Fondos Regionales de Salud, regidas por el derecho

privado, con la discrecionalidad de usar las cláusulas exorbitantes del Estatuto General de Contratación. No harán parte del presupuesto general de la Nación y serán considerados conforme al artículo 350 de la Constitución. Corcho. C., (2023)

Así mismo, en el artículo 25 también se establecen funciones adicionales a la ADRES: administrar los recursos parafiscales del orden nacional, los recursos de las cotizaciones en salud de trabajadores, empleadores, pensionados y rentistas de capital, los rendimientos financieros, administrar los recursos provenientes de los impuestos de armas, los recursos de salud destinados por las Cajas de Compensación de Salud del régimen subsidiado y administrar las demás cuentas del Fondo Único Público de Salud. Las cuentas administradas por el ADRES(artículo 31) son: Atención Primaria Integral en Salud (APIS), Fortalecimiento Red Pública para la equidad, Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE), Control de Problemas y Enfermedades de Interés en Salud Pública (CEISP), Enfermedades Raras, Fondo Nacional para Cobertura Financiera de Catástrofes y Epidemias, Prestaciones Económicas en Salud, infraestructura y equipamiento en salud (IES), Funcionamiento del Fondo Único Público para la Salud (FF) y Formación en Salud (FS). Sus fuentes y usos se desarrollan en el artículo 32 del proyecto ley.

Los recursos de las entidades territoriales serán para la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud y serán manejadas sin situación de fondos por fondos territoriales de salud, constituidos por recursos de las transferencias del Fondo Único Público para la Salud y las rentas de destinación de la Ley 1393 de 2010, administradas por las direcciones territoriales de manera descentralizada, con altos estándares técnicos que posibiliten un control anticorrupción. Las direcciones territoriales son los departamentos administrativos o secretarías de salud, entre otra figura posible, de cada ente territorial, que tendría como objetivo el recaudo de los recursos de

los entes territoriales, la organización de los presupuestos en el nivel de atención primaria en salud y la construcción de redes integradas e integrales de salud en el nivel departamental y distrital, así mismo deberán rendir cuentas ante el consejo territorial de salud. Los recursos de salud aparte de los del SGP se darán conforme a criterios de priorización, de acuerdo a problemas de salud pública, mortalidad y restricciones de acceso a los servicios de salud, mortalidad materna e infantil, saneamiento básico y agua potable, incidencia de emergencias y desastres, como de la oferta de servicios de salud.

Los recursos destinados a la salud y la seguridad social en salud respetarán la descentralización político-administrativa del país, establecida en la Constitución de 1991. Por ello, y por la necesidad de fijar competencias y responsabilidades de los servicios de salud y del manejo de los recursos, se establecerán varios niveles de financiamiento que descentralicen efectivamente rentas y gastos. Los municipios y distritos recibirán sin situación de fondos los recursos de participaciones de los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN) que determinó la Constitución del 91 para la salud de sus habitantes y ubicarán estos recursos en un Fondo de Salud Municipal, junto con los recursos propios, con destinación específica a financiar directamente las instituciones encargadas de la atención básica en salud de sus habitantes y los servicios de promoción de la salud, control de los factores de riesgo y las acciones sobre los determinantes sociales, integradas como un servicio público, con participación social, dirigido a lograr una mejoría constante en los indicadores de salud y calidad de vida de la población.

Los departamentos y distritos dispondrán de:

1. un Fondo Departamental o Distrital de Seguridad Social en Salud, que integrará las rentas cedidas;
2. del recaudo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y

3. de otros recursos propios. Estos recursos serán para planear, organizar, dirigir y adecuar las instituciones hospitalarias públicas, mediante presupuestos de funcionamiento e inversión orientados a garantizar la suficiencia de la oferta de servicios de mediana y alta complejidad en el territorio, incluida la red de urgencias, y para desarrollar los servicios de transporte de pacientes; todo en busca de optimizar la capacidad de respuesta territorial a las necesidades de atención de la población. Los departamentos y distritos deberán asignar un 2% de su presupuesto para la formación y cualificación de los trabajadores de la salud.

Se organizará un nivel regional, que integrará grupos de departamentos y distritos bajo un “territorio de salud”, que contará con un Fondo Regional de Seguridad Social en Salud, al que ingresarán todos los aportes de seguridad social de salud de empresas, trabajadores, independientes y rentistas de capital del territorio y que integrará los recursos destinados a salud de las Cajas de Compensación. Los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud pagarán los servicios prestados por las instituciones públicas y privadas que se integren a la red de servicios del territorio, por mecanismos de reconocimiento de servicios prestados de mediana y alta complejidad, a las tarifas únicas y obligatorias de prestación de servicios que fije el Gobierno Nacional.

El nivel nacional manejará un Fondo Nacional para apoyar a los territorios en situaciones de catástrofes, eventos catastróficos y desastres. También constituirá un sub-Fondo para garantizar el tratamiento de enfermedades raras de pacientes de todos los territorios en entidades especializadas, con recursos del presupuesto general. Corcho. C., (2023)

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

La propuesta que se presenta se aborda desde un enfoque cualitativo, teniendo como base la investigación exploratoria ya que como lo define Morales, F. (2012). *“Es aquella que se efectúa sobre un tema u objeto desconocido o poco estudiado, por lo que sus resultados constituyen una visión aproximada de dicho objeto, es decir, un nivel superficial de conocimiento”*, y se desarrolla desde la perspectiva de la investigación basada en la literatura tomando como referencia: estadísticas, análisis, datos, para tener una idea más acertada del tema. (Morales, N. 2015).

En este sentido, la metodología utilizada en esta propuesta exploratoria se determina en primer lugar identificando el problema, estableciendo hipótesis y fundamentando investigaciones posteriores que ya pueden ser de tipo descriptivo.

Así pues en la identificación del problema se define el tema de la investigación y se aborda el problema a estudiar a través de preguntas generadoras que conlleven las respuestas que más se adapten a la realidad y al contexto, del mismo modo, se establecen las hipótesis si no existen antecedentes sobre el fenómeno en estudio o si los que existan sean imprecisos, ya establecidos los parámetros anteriores *con los datos obtenidos en la investigación exploratoria el investigador continúa su estudio a través de otros tipos de investigación, generalmente la descriptiva.* (Morales, N. 2015).

Para finalizar, es importante mencionar algunas características propias de la investigación exploratoria formuladas por Morales, N. (2015), entre las cuales tenemos que se toma como referencias información bibliográfica, la opinión de expertos en el tema, busca información válida que permita adelantar hipótesis sobre una situación determinada y que a través de su estudio se puede dar inicio a nuevas investigaciones.

CAPÍTULO IV: CONSIDERACIONES FINALES

4.1. Recomendaciones

- Dar la importancia que requiere el tema, al conocimiento del mismo y al desarrollo de habilidades informativas del siglo XXI, que como su nombre lo indica son tan necesarias como tener los conocimientos técnicos de un área en específico para el desarrollo personal.
- Fortalecer la formación del usuario en cuanto al manejo y uso de la información veraz para fortalecer la corresponsabilidad en el cuidado de la salud.
- Hacer uso de este documento en otros contextos educativos donde se pueda requerir para la mejora del conocimiento en estudiantes, trabajadores de la salud y usuarios.
- Se recomienda continuar con la indagación de información sobre Economía de la salud y revisión de aspectos adicionales del proyecto de ley 339 del 2023.

4.2. Conclusiones

- Es posible dar a conocer a los usuarios de EPS Sanitas los conceptos básicos de la Nueva Reforma a la salud 2023 mediante un material educativo de fácil comprensión.
- En cuanto a la información revisada se puede concluir que no es claro lo que se plantea en cuanto al flujo de recursos para las entidades territoriales. Actualmente, los recursos del sistema General de participaciones se han venido transfiriendo a estas entidades en doceavas partes - se envía dinero una vez al mes - y, por lo tanto, resulta necesario establecer si estos recursos que trata el artículo, y que se proponen distribuir vía ADRES, son los mismos o corresponden a asignación diferentes para cubrir acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Referente a la asignación de recursos según la Reforma a la salud, una proporción de recursos no definida en el texto se priorizará para entidades territoriales que presente

peores indicadores con respecto al promedio nacional. Si bien aquí hay una intención en términos de cerrar inequidades en resultados de salud, vale la pena poner atención a establecer qué proporción de la asignación estará orientada por este criterio, proponer mecanismos que sirvan como incentivos para avanzar en el cierre de brechas y utilizar indicadores más complejos que den cuenta del mosaico epidemiológico o distribución compleja de indicadores de salud que hoy se evidencian en el país.

- Dada las confusiones y falta de precisión con relación a varios aspectos de las fuentes y usos de recursos, es fundamental precisar en dónde quedarían asignados los que corresponden a la salud pública. Una interpretación hace suponer que estos estarían en la Cuenta de Atención Primaria Integral en Salud y, eventualmente, con relación a los fondos territoriales de salud. Esta confusión representa un retroceso y no en el avance esperado en cuanto a determinar los recursos que desde el sector salud se asignan a las actividades de promoción y prevención de la enfermedad.

GLOSARIO

Atención familiar en salud: El modelo de salud preventiva, predictiva y resolutive debe buscar conocer, atender y referenciar los lazos sanguíneos que unen a las personas, con el fin de identificar factores de riesgo general y genéticos que puedan ser causa de enfermedades, darles seguimiento para predecir y prevenir su ocurrencia o hacer detección temprana, con el fin de ofrecer tratamiento oportuno y mitigar sus efectos dañinos.

Atención Primaria Integral y Resolutive en Salud (APIRS): Es el contacto primario entre las personas, familias y comunidades con el Sistema de Salud, estructurado en redes integrales inter y transdisciplinarias Ministerio de Salud y Protección Social para la prestación de servicios con capacidad resolutive de los problemas de tipo individual, familiar, comunitario, laboral, territorial. Su composición en cada territorio dependerá de las necesidades y características sanitarias, epidemiológicas, socio ambientales y de los determinantes de salud existentes allí. Involucra la territorialización, la gestión intersectorial y la integralidad de los servicios individuales y colectivos con un enfoque de salud familiar y comunitaria. Se desarrolla en el marco de una estrategia que permite articular y coordinar los servicios de salud con otros sectores de la acción estatal con participación activa de las comunidades, la participación social efectiva que empodera a la población en la toma de decisiones, para garantizar la integralidad y eficacia de la atención, la intervención favorable sobre los determinantes sociales de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones en sus territorios.

Atención territorial en salud. El modelo de salud preventiva, predictiva y resolutive se desarrolla atendiendo las condiciones de los territorios de salud, que comienzan en el hogar, pasan por el barrio, la vereda y llegan a la totalidad del territorio en salud.

Determinantes Sociales de la salud: Constituyen aquellos factores presentes, de actuación negativa, o aquellos que, por su ausencia, permiten e inducen la aparición de enfermedades y que

entre otros factores tienen origen: social, económico, cultural, nutricional, ambiental, ocupacional, habitacional, de educación y de acceso a los servicios públicos.

Modelo de atención: Es el proceso que articula los bienes y servicios en el Sistema de Salud, en los ámbitos individual y colectivo y las responsabilidades institucionales y sociales, con el fin de resolver necesidades sanitarias de los territorios de salud y hacer efectivo el derecho a la Atención Integral en Salud para su mantenimiento y recuperación, y para la prevención de enfermedades, la atención y la rehabilitación y la paliación de las personas afectadas tanto por enfermedades generales como por las relacionadas con el medio ambiente, el trabajo y los accidentes de tránsito.

Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS): Es el conjunto integrado de organizaciones de carácter público, privado y mixto, o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios integrales de salud individuales y colectivos con calidad, equitativos, oportunos y continuos de manera coordinada y eficiente, con orientación individual, familiar y comunitaria, a una población ubicada en un espacio poblacional determinado, para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de personas y comunidades.

Salud: Es la capacidad y la potencialidad física y mental de las personas para desarrollar sus proyectos de vida en las condiciones materiales y sociales más favorables cuyo resultado es el bienestar, el buen vivir y la dignidad humana, individual y colectiva.

Salud Pública: Es el conjunto de políticas, programas y acciones públicas y de la sociedad que cobijan a la población con el fin de cuidar y promover la salud y prevenir las enfermedades, garantizar un ambiente y entorno sano y saludable, mantener la salud de las comunidades y las personas para mejorar continuamente su calidad de vida y bienestar. La Salud Pública propicia la articulación entre el Estado y la Sociedad.

Salud Predictiva: Son todas las acciones que estudia, planifica y lleva a cabo el Sistema de Salud para descubrir determinantes sociales y factores biológicos que sean fuentes de enfermedad.

Salud Preventiva: Son todas las actividades que realiza el Sistema de Salud con el objetivo de atender los determinantes sociales y los factores biológicos que pueden producir enfermedad.

Salud Resolutiva: Son todas las decisiones sobre bienes y servicios que toma el sistema de salud para atender de manera oportuna y efectiva a las personas enfermas a fin de restablecerles la salud, respetando la autonomía de cada paciente y la dignidad humana.

Servicio público esencial de salud: La salud constituye un derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y colectivo, el cual se garantiza mediante la prestación del servicio público esencial obligatorio por parte del Estado, en los términos dispuestos en el artículo 49 de la Constitución Política y la Ley 1751, constituido por los bienes y servicios de atención integral que aportan a la salud de las personas para desarrollar, preservar, recuperar y mejorar la salud, propiciando mayor nivel de bienestar y calidad de vida posible.

Sistema Público Único Integrado de Información en Salud –SPUIIS: Es un sistema de información transversal al Sistema de Salud, diseñado para garantizar la transparencia y el acceso en línea y tiempo real a la información epidemiológica, clínica, farmacológica, administrativa, de actividades e intervenciones médicas y sanitarias y de todas las transacciones económicas del mismo.

Territorio de Salud: Es un territorio con identidad epidemiológica, ambiental, social y cultural, en el que se integran dinámicamente el suelo, los asentamientos humanos, los recursos

de la economía, el ambiente y el entorno, y requiere una planificación conjunta del accionar sectorial e intersectorial para garantizar la salud de sus habitantes.

LISTA DE REFERENCIAS

Acercas de ADRES. (s. f.). <https://www.adres.gov.co/nuestra-entidad/acerca-de-adres/que-es-la-adres>

Avance Jurídico Casa Editorial Ltda. (s. f.). *Leyes desde 1992 - Vigencia expresa y control de constitucionalidad [CONSTITUCION_POLITICA_1991]*. Avance Jurídico Casa Editorial Ltda., Senado de la República de Colombia.

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html

Baly Gil, A., Toledo, M. E., & Rodríguez Jústiz, F. (2001). La economía de la salud, la eficiencia y el costo de oportunidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 17(4), 395-398.

Corcho, C. (2023) Proyecto de ley, Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/proyecto-ley-reforma-salud-msps.pdf>

Cortés-Martínez, A. E. (2010). La economía de la salud en el hospital. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9(19), 138-149.

Grajales, T. (2000). Tipos de investigación. *On line* (27/03/2.000). *Revisado el*, 14.

Hernández Peña, P., Arredondo, A., Ortiz, C., & Rosenthal, G. (1995). Avances y retos de la economía de la salud. *Revista de Saúde Pública*, 29, 326-332.

La Pulla. (2023, 16 marzo). *Reforma a la salud: ¿El desastre o la salvación de Colombia?* | La Pulla [Vídeo]. YouTube.

Morales, F. (2012). Conozca 3 tipos de investigación: Descriptiva, Exploratoria y Explicativa. *Recuperado el*, 11(3).

Morales, N. (2015). Investigación exploratoria: tipos, metodología y ejemplos. *Recuperado de* <https://www.lifeder.com/investigacion-exploratoria>.

Rivera-Páez, F. A., Restrepo, J. F., Céspedes, J. C., Ospina, H. A., & Borrero, J. I. G. (2022). La inviabilidad financiera de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Colombia, 2008 y 2019. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 21. <https://doi.org/10.11144/javeriana.rgps21.ifep>

Sáinz Fuertes, A., & Gutiérrez Broncano, S. (2008). Metodología científica en la economía de la empresa: el diseño del proceso de investigación. *Revista Ciencias Estratégicas*.