

Bogotá, septiembre 8 de 2020

Senador  
**FABIAN CASTILLA**  
SENADO DE LA REPÚBLICA  
E. S.D.

Ref: Comentarios de ACEMI (Asociación de Empresas de Medicina Integral), al proyecto de ley No 10/2020 Senado, por el cual “Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del Sistema de Salud”

Honorable Senador:

Me dirijo a usted en su calidad de Coordinador Ponente del proyecto de la referencia y, por su conducto, me dirijo también a los demás miembros de la comisión de ponentes, para compartir con usted y con ellos los comentarios del sector del aseguramiento en salud representado por ACEMI a esa iniciativa legislativa.

Espero que estos comentarios sean de utilidad en el ejercicio de la función de preparación de la respectiva ponencia, que la Comisión Séptima del Senado les ha encomendado.

### **1. El proyecto y su relación con la pandemia**

Antes de entrar a revisar el contenido específico del proyecto, en ACEMI estamos convencidos que, dadas las circunstancias bien conocidas, derivadas de la pandemia del 2020, cualquier iniciativa de reforma al sistema de salud, en cualquier país del mundo, debe someterse, antes del inicio de la discusión sobre dicho contenido específico, a preguntas tales como: ¿Recoge esta reforma las lecciones aprendidas durante la pandemia? ¿Las vulnerabilidades que pone de presente la emergencia se abordan de manera prioritaria en su texto? ¿El proyecto fortalece o debilita los rasgos del actual sistema que han permitido a Colombia sortear con relativo éxito, en términos de vidas salvadas, semejante crisis global sin precedentes?

Es probable que algunos artículos del proyecto puedan ahora leerse como adecuados y pertinentes frente a lo que hemos aprendido de la pandemia. Pero, si tal es el caso, ello será por feliz coincidencia, pues bien se sabe que el grueso del articulado del proyecto

10 es semejante a un proyecto que se presentó también en el período legislativo pasado, antes de la pandemia.

Nuestra convicción en ACEMI es que sería imperdonable que el momento político y anímico en el país en favor de una reforma al sistema de salud se desperdiciara en aprobar un extenso articulado que no incorporó las evidencias, los aprendizajes y las tendencias que la pandemia reveló, puso de presente, hizo visibles o aceleró.

Un ejemplo puntual ilustra esta inquietud: El capítulo de *salud pública* del proyecto incluye modificaciones que en principio suenan, en abstracto, razonables. Pero ese capítulo es casi similar al de proyectos presentados en legislaturas anteriores, lo que significa que no incorporó soluciones a problemas teóricos y conceptuales que la pandemia hizo visibles, angustiosame, a saber: ¿De qué instrumentos puede dotar al sistema el legislador para tener un inventario latente, permanente y suficiente de medicamentos, equipos médicos y de protección personal, talento humano y logística, para enfrentar futuras pandemias? ¿No sería este un momento adecuado para definir con precisión los roles que en materia de emergencias de salud pública deben cumplir las agencias nacionales, las de las entidades territoriales, los prestadores públicos, y los actores privados del sistema? En definitiva, ¿Resuelve el proyecto las actuales ambigüedades en materia de responsabilidades en lo que tiene que ver con la salud colectiva, con las capacidades logísticas, y con la conformación de redes de servicios para atender urgencias de salud pública?

Bien quedó expuesto durante los últimos meses el hecho de que todos esos actores han hecho, frente al Covid-19, un esfuerzo extraordinario, pero todo dentro de un contexto de ambigüedades normativas, duplicidades en materia de competencias y funciones, e indefinición de responsabilidades. Este proyecto sería una buena oportunidad para que el legislador redefina ese mapa, a la luz de esta experiencia reciente.

La pandemia puso de presente que todos los sistemas de salud del mundo quedaron sujetos a unas tendencias globales, que o bien los pueden arrasar y dejar obsoletos e incapaces de atender a sus usuarios, o bien los pueden llevar a niveles de mayor eficiencia y mejoras en la calidad, según si su armazón regulatoria y legal los inclina hacia lo primero o hacia lo segundo. Quizá algunos de los artículos del proyecto apunten hacia lo segundo, pero sería ideal que todos sus capítulos, y cada uno de sus incisos, obedeciera a la misma lógica: la de preparar al sistema para la próxima crisis, que con seguridad vendrá, y entre tanto, la de dinamizar y potenciar aquellos aspectos que la pandemia parece haber señalado como el futuro de los sistemas de salud.

Así, por ejemplo, existe un consenso académico y técnico, universal, en el sentido de que la telemedicina llegó para quedarse, y que las redes de prestación, los sistemas en general, van a reconfigurarse en torno a esta nueva tecnología. Si bien el proyecto alude a la telemedicina, sigue tratándola como algo marginal y complementario, no como el nuevo centro en torno al cual brotarán las nuevas arquitecturas institucionales y físicas

de los sistemas de salud en el mundo. En particular, la figura del médico familiar que parece ser el centro del proyecto, luce desconectada en el texto de esta nueva realidad tecnológica, que, de nuevo, no va a ser un herramienta más, sino *el* instrumento esencial de la atención en salud a los pacientes, y será también la puerta de entrada principalísima a todos los servicios. En estos temas, el proyecto parece tener una cierta obsolescencia conceptual, justamente porque no se sometió a la necesaria revisión post pandemia. Incluso, podría decirse que el modelo de atención que propone el proyecto (más allá de sus bondades, y de la conveniencia o no de que un determinado modelo quede cristalizado en ley como el único posible), debería al menos partir de la llegada disruptiva y masiva de la telemedicina, y no considerarla como una floritura accesoria, prescindible y opcional.

En el mismo sentido, está claro que la pandemia puso de presente el anacromismo que padecen la mayoría de las instituciones prestadoras de servicios de salud al basar sus modelos de ingreso en el cobro de cada servicio individual prestado. Si bien el proyecto promueve nuevos modelos de contratación y pago, sigue partiendo de la premisa de que las instituciones prestadoras serán, en lo esencial, iguales a las que hoy en día conocemos. La pandemia nos puso en un nuevo mundo, donde el centro de la prestación no girará en torno a las grandes infraestructuras prestadoras que hoy conocemos, sino en torno a organizaciones esencialmente virtuales, que requieren pocos ladrillos, y mucha ingeniería electrónica y virtual. No parece que el proyecto de cuenta de esa cambio sísmico, en el cual las entidades prestadoras tendrán que funcionar en torno a los datos y a la interacción directa con el afiliado.

¿Dice algo el proyecto sobre la articulación entre el sistema de salud y las políticas públicas sobre tecnologías de la información y sobre redes de transmisión de datos? ¿Una empresa de tecnología debe someterse a los requisitos de habilitación sanitaria tradicionales, teniendo en cuenta que sus servicios serán tan esenciales como los propios servicios médicos en la provisión del acceso? ¿Apple, Amazon, Google y demás entidades afines deberían considerarse actores del sistema de salud, y por lo tanto sometidos a su regulación y a sus autoridades rectoras, o seguiremos considerándolas meros proveedores de tecnologías, ajenas al alcance de la regulación y la supervisión sanitaria? En ACEMI no tenemos aún respuestas a esas complejas preguntas, pero sí tenemos la certeza de que esta es la oportunidad para abordarlas en el nivel legislativo. El llamado es a no dejar pasar esa oportunidad.

El llamado es, entonces, a que en los debates legislativos que se avecinan, se haga el mayor esfuerzo para incorporar el hecho notorio de la pandemia, y sus múltiples moralejas y lecciones, en el espíritu y el texto del proyecto. Eso quizá obligue a una revisión de cada uno de sus artículos, así sea para reconfirmar la conveniencia de su permanencia en el articulado.

## 2. El proyecto y el aseguramiento en salud

Un aspecto positivo del proyecto es que organiza e incluye dentro del concepto de sistema de salud, a *la seguridad social* en salud, como herramienta para garantizar las acciones individuales, y a *la salud pública* como enfocada en lo colectivo, a *los regímenes exceptuados* y a *los determinantes de la salud*, para dar una visión general e integradora del sector. Así mismo aborda temas de vital importancia como son el talento humano y el fortalecimiento de la red pública.

Ahora bien, en el tema específico del modelo de seguridad social en salud, entendemos que el objetivo es profundizar en el modelo de aseguramiento social en desarrollo del artículo 48 de la Constitución Política y en el marco de los lineamientos consagrados en la Ley Estatutaria de Salud. Así parece deducirse de la exposición de motivos, de los textos de los artículos iniciales del proyecto, y de hechos simbólicamente significativos, como la transformación conceptual y nominal de las actuales EPS en auténticas aseguradoras en salud.

Sin embargo, ese propósito explícito y visible en la superficie -el de fortalecer el aseguramiento social en salud, a través de la adopción de los principios generales de la actividad aseguradora tradicional aplicada al riesgo en salud-, se va desdibujando a medida que uno se sumerge en la lectura integral del articulado, pues los elementos característicos del aseguramiento se sujetan a una regulación que termina, vista integralmente, debilitando, y no fortaleciendo, el concepto de aseguramiento social en salud.

Los elementos básicos y fundamentales que permiten garantizar la implementación del aseguramiento son (i) el plan de salud; (ii) la unidad de pago por capitación; (iii) la gestión del riesgo en salud y (iv) la gestión del riesgo financiero. El tratamiento que el proyecto le da a cada uno de estos cuatro conceptos, visto todo en su integridad, desvirtúa radicalmente el concepto de seguro social, por las razones que expondremos a continuación.

Pero antes de abordar el análisis de cada uno de estos elementos, tal y como los trata el proyecto, quisiéramos llamar la atención en relación con un importante punto de técnica legislativa: vía interpretación, se puede entender que varios de los postulados del proyecto están derogando normas anteriores que han regido por años el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta situación, dificulta entender con claridad, la transición y cambios sustanciales que el proyecto estaría proponiendo, razón por la cual sugerimos que se realicen derogatorias expresas.

## 2.1 Elementos básicos de un modelo de seguro social

Uno de los principales objetivos en materia de seguridad social, es lograr la protección *económica* para todos los individuos de tal suerte que puedan acceder a los servicios de salud cubiertos cuando así lo requieran o en el ámbito de acciones de promoción y prevención de la salud, sin arruinarse financieramente por ello. A continuación analizaremos la forma como el proyecto aborda cada uno de los elementos esenciales de un seguro de salud:

### -Plan de salud

En la norma propuesta no hay una definición precisa sobre el plan de salud, ni la metodología, ni los criterios de inclusión o exclusión, lo cual genera incertidumbre a los afiliados en relación con el alcance de sus derechos y produce confusión en las entidades que participan en el sistema frente al alcance de sus responsabilidades. De igual manera, la indefinición podría afectar de manera grave la viabilidad del sistema propuesto.

En el proyecto se alude a los beneficios individuales o al plan único de salud, en tres ocasiones:

-En la exposición de motivos, en relación con la garantía a los afiliados de todas las tecnologías en salud disponibles en el país;

-En el artículo 5, cuando señala que el derecho fundamental se garantiza a través de una política pública que incluye el modelo de atención primaria y un esquema de operación del aseguramiento y de prestación de servicios para proveer el plan único de salud (PLUS), y

-En el artículo 19 en el que se señala la unificación de planes.

En el artículo 5 del proyecto se señala que Minsalud actualizará los mecanismos (entendemos que se refiere al plan) de acuerdo al comportamiento epidemiológico y las condiciones específicas respecto a la población y la disposición de nuevas tecnologías en salud.

Este es un replanteamiento radical en relación con lo que viene operando en la actualidad, en donde la garantía del derecho en lo que a acciones individuales se refiere, se garantiza mediante una serie de herramientas. Vale la pena recordarlas:

1. Plan de beneficios: conformado por una lista explícita de tecnologías y unos criterios para coberturas implícitas, asegurado y garantizado por las EPS, financiado por la prima UPC. Se garantiza a todos los afiliados al sistema. Se actualiza, teniendo en cuenta los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema (art 162, ley 100 de 1993).
  
2. Lista de beneficios conformado por lista de tecnologías, complementada con criterios generales para su inclusión, financiado actualmente mediante la figura de techos o presupuestos máximos, asemejándose a una prima, siendo responsable de su garantía la EPS. Se garantiza a todos los afiliados al sistema. Es lo que hoy se conoce como lo NO-PBS, es decir, lo que está por fuera del plan de beneficios mencionado en el punto 1.
  - a. Otras tecnologías no cubiertas en los planes anteriores y que se requieren, de acuerdo con los criterios constitucionales, siendo deber del Estado garantizarlos. Se utiliza a la EPS como herramienta para la organización del servicio requerido y se financia con los recursos de la ADRES y se utiliza el mecanismo de reembolso o pago.

Teniendo en cuenta los anteriores comentarios, al leer el proyecto de ley puede entenderse:

- a. Que los criterios a utilizar que señalaba la ley 100 de 1993, quedarían derogados cuando este proyecto se vuelva ley de la república
- b. Que desaparece la definición de una lista negativa, pues es suficiente que la tecnología esté disponible en el país, para que sea cubierta por el sistema (Esto es problemático, porque la lista negativa o de exclusiones está prevista en la ley estatutaria, que en principio esta norma no podría derogar)
- c. Que hay incorporación automática de tecnologías en salud, sin evaluación previa.
- d. Que en consecuencia no existe la posibilidad de ampliación gradual de beneficios considerando las capacidades del país (recurso humano, infraestructura, recursos financieros), pues toda tecnología disponible en el país se entiende, según el proyecto, que está contenida en el plan a cubrir.

De no ser esta la intención, que rompe de entrada con la posibilidad de mantener un modelo de aseguramiento social, es fundamental consagrar en la norma lo siguiente:

1. ¿Cómo se define el PLUS y cómo se elabora el listado de exclusiones desarrollando los criterios señalados en la Ley Estatutaria en Salud?

2. ¿Cuál es la política de ampliación gradual de beneficios dependiendo de la capacidad del país?
3. ¿Cuál es la política de incorporación de nuevas tecnologías que ya hayan ingresado al país y que de acuerdo con los estudios técnicos realizados por el Minsalud se ha optado por su no inclusión?
4. ¿Cuál es la política en materia de ingreso de tecnologías y definición de precios en canal institucional adoptando medidas que impidan el desabastecimiento?
5. ¿Cuál va a ser el papel del IETS y del INVIMA en relación con el ingreso de nuevas tecnologías?

Ahora bien en relación con el PLUS (Plan Unico en Salud), es necesario definir si se excluyen patologías que de acuerdo con la literatura no deberían ser asegurables, debiendo en este caso prever un esquema de protección diferente, como podrían ser compras centralizadas, o centros de excelencia, por ejemplo. (La literatura suele usar como ejemplo de patologías no asegurables las llamadas “enfermedades huérfanas”).

De otra parte, entendemos que el PLUS incluye solo tecnologías en salud. Es indispensable ver de qué manera se garantizan servicios sociales complementarios cuando la población así lo requiera dadas sus condiciones, ya sea para el acceso a servicios de salud, o para su mantenimiento o para efectos de procurar su autonomía personal y su dignidad (Ejemplos típicos de esta categoría son, por ejemplo, los costos asociados a pañales, a transporte, a alojamiento de familiares mientras dura una hospitalización). Hemos insistido desde hace varios años en la necesidad de crear un sistema de protección social para efectos de garantizar un mayor bienestar a la población colombiana, con recursos diferentes de los de la salud y que complementen y potencialicen los esfuerzos realizados desde este sector.

### Definición de la UPC

Uno de los elementos fundamentales del aseguramiento es la prima que se reconoce al asegurador para que este asuma todos los riesgos y garantice de manera efectiva la protección, en este caso, de los afiliados al sistema de salud, bajo las condiciones y coberturas definidas en el PLUS.

Entendemos que con esta propuesta se deroga la definición de UPC contenida en el artículo 182 de la ley 100 de 1993, en la medida en que se define el reconocimiento a la EPS. Veamos:

Ley 100 de 1993	Proyecto de ley 010
ARTÍCULO 182. DE LOS INGRESOS DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las cotizaciones que recauden las Entidades Promotoras de Salud pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Artículo 20. Unidad de Pago por Capitación. La Unidad de Pago por Capitación (UPC) será reconocida a las AS en función de un componente fijo, establecido de acuerdo a su riesgo individual y otro componente variable con

<p>Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio para cada afiliado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud un valor per cápita, que se denominará Unidad de Pago por Capitación UPC. Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud.</p> <p>PARÁGRAFO 1o. Las Entidades Promotoras de Salud manejarán los recursos de la seguridad social originados en las cotizaciones de los afiliados al sistema en cuentas independientes del resto de rentas y bienes de la entidad.</p>	<p>base en el cumplimiento de resultados en salud, basado como mínimo en un sistema de información, seguimiento y monitoreo a indicadores trazadores, que serán definidos y actualizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, en un lapso no mayor a 6 meses después de la entrada en vigencia de la presente ley.</p> <p>Parágrafo 1. En el componente variable, el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la ADRES, podrá hacer ajustes de forma ex post por concentración de riesgos derivados de patologías de alto costo y enfermedades huérfanas.</p> <p>Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, definirán las bases del modelo de análisis actuarial para el financiamiento del Plan Único de Salud con el cual se realizarán las actualizaciones anuales.</p>
---	---

Sería fundamental para efectos de seguridad jurídica definir claramente que la UPC es la *prima* del seguro social que el Estado a través del sistema de seguridad social en salud, reconoce y paga de manera mensual al asegurador por cada uno de sus asegurados por la transferencia del riesgo bajo las coberturas del PLUS y que *constituye* el ingreso de la EPS.

Esto es, que se defina de una vez por todas, que la prima es un ingreso del asegurador, con el cual ha de cumplir su misión legal, y cerrar así la ambigüedad estratégica con la que el estado ha operado en relación con la *naturaleza jurídica* de la UPC, a la cual a veces le da el tratamiento de prima, es decir de ingreso de la EPS para efectos de ejercer actividad aseguradora, y obligar a las entidades a asumir los déficit que presenta la prima, pero en otras ocasiones la trata como un mero depósito fiduciario, en el que el estado mantiene la propiedad del recurso, y la EPS funge como mera custodia o administradora, todo lo cual implica que el recurso es enteramente público, las EPS no pueden aportar al sistema toda su capacidad innovadora, de introducción de eficiencias. En esta segunda hipótesis, no habría ninguna diferencia entre una EPS y un ministerio, un establecimiento público o una alcaldía. Se las considera centros de gasto de un recurso público.



Pero esa no es la idea. De lo que se trata es justamente de que los afiliados del sistema se beneficien de las eficiencias de lo privado en los modelos de atención en salud, de la capacidad de transformación e innovación que se predica del ámbito privado, y de la competencia que sólo es posible cuando los privados, varios, se someten a las mismas reglas. No tiene sentido que la ley acuda al concurso de los agentes privados para la prestación del servicio, y a renglón seguido los despoje de todo lo que los hace auténticamente privados, sometiéndolos a los controles previos y a las exigencias de lo público. De ahí la importancia de que el ingreso que perciben las AS para gestionar el PLUS quede definido como lo que es, es decir una prima de seguros, esto es, un ingreso para la AS, sometido, por supuesto, a toda la regulación prudencial propia de la supervisión financiera de la actividad aseguradora, pero no a los controles típicos de lo público. El proyecto no es claro en este punto.

De otra parte, es muy importante que la definición de la prima corresponda de manera directa a las coberturas incluidas, lo que nos lleva nuevamente a señalar la imposibilidad de permitir la inclusión automática de la nueva tecnología que ingrese al país.

La UPC ha venido perdiendo poder adquisitivo y en consecuencia no tiene ninguna capacidad para absorber ni siquiera parcialmente, la incorporación de tecnología. Un reciente estudio realizado por NUMERIS, firma de actuarios contratada por ACEMI, encontró un desfase al comparar la estimación de la UPC que se hace con información de uso de servicios y costos con dos años de anterioridad, con la observación real de estas mismas variables en el año en que se paga. Según este estudio “El monto promedio del déficit de ingresos destinados respecto a los costos de atención a cargo de las EPS incluidas en los respectivos Estudios de Suficiencia ha sido de \$482 mil millones promedio anual y haciendo la suma simple de la diferencia entre los ingresos y los costos calculados, para el conjunto de los años analizados el déficit ha sido de \$3.38 billones de pesos colombianos”<sup>1</sup> Esta situación conlleva a que de una parte todas las instituciones que participan en el sistema (Aseguradores, prestadores y proveedores) hagan mayores esfuerzos por generar eficiencias, pero de otra, también puede llevar a situaciones de limitación del flujo de recursos y afectación de carteras.

Teniendo en cuenta este déficit acumulado de la UPC, preocupa la forma general y abstracta en la que se plantea el componente variable. Consideramos que debe darse un trato cuidadoso, pues podría generar desfinanciación del Plus a aquellas entidades que están cerca de la meta pero que por condiciones particulares, como accesibilidad geográfica o determinantes de la salud, no cumplen a cabalidad. El ajuste de riesgo por diagnóstico o condición de salud, tiene que ir en la misma línea de lo que se tiene hoy en la cuenta de alto costo. Es importante que su aplicación sea fácil, permita garantizar la

---

<sup>1</sup> Numeris, Estudio Técnico Evaluación de la Suficiencia de Ingresos por UPC en el Régimen Contributivo de Salud 2010-2017, 2020

transparencia, evalúe realmente la gestión de la aseguradora y no la de terceros y cuente con los incentivos adecuados.

Se propone:

**Artículo 20. *Unidad de Pago por Capitación.* La Unidad de Pago por Capitación es el ingreso de la AS, constituye el pago de la prima que el sistema reconoce por cada uno de sus afiliados, para efectos de asumir el riesgo de su población afiliada y garantizar las coberturas contenidas en el PLUS.**

La Unidad de Pago por Capitación (UPC) será reconocida a las AS en función de un componente fijo, establecido de acuerdo a su riesgo individual y otro componente variable con base en el cumplimiento de resultados en salud, basado como mínimo en un sistema de información, seguimiento y monitoreo a indicadores trazadores, que serán definidos y actualizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, en un lapso no mayor a 6 meses después de la entrada en vigencia de la presente ley.

**Parágrafo 1.** En el componente variable, el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la ADRES, podrá hacer ajustes de forma ex post por concentración de riesgos derivados de patologías de alto costo y enfermedades huérfanas, a través de la Cuenta de Alto Costo (CAC). En ningún caso estos ajustes podrán desfinanciar las actividades del PLUS.

**Parágrafo 2.** Para efectos de definir el valor de la prima, el Ministerio de Salud y Protección Social aplicará los mejores estándares actuariales internacionales y tendrá en cuenta , entre otros, los siguientes criterios: (1) conjugar el principio técnico de equidad económica entendido como la correlación positiva que debe existir entre la prima y el plan (2) sujetarse al principio de suficiencia, entendido como aquél en que la tarifa cubre razonablemente la tasa de riesgo y los costos propios de la operación, tales

como los de adquisición, administrativos, médico asistenciales y la posible utilidad; (3) ser el producto de la utilización de información estadística que cumpla la exigencia de homogeneidad; (4) ser el producto de la utilización de información estadística que cumpla la exigencia de representatividad

#### **-UPC gasto administrativo**

El artículo 22 del proyecto señala que “El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el porcentaje de la prima de aseguramiento que podrá ser usada en gastos de administración, basado en criterios de eficiencia, estudios actuariales, financieros y criterios técnicos, así como los conceptos que conforman dicho gasto. Este porcentaje no podrá superar el 8% de la prima de aseguramiento”.

Desconocemos los estudios técnicos realizados que soportan la redacción de este artículo y nos encantaría poder acceder a ellos. No nos cabe la menor duda de que en un sistema como el nuestro, debemos procurar la mayor eficiencia en el manejo de los recursos. Sin embargo, es necesario precisar cómo se calcula este gasto administrativo y qué conceptos deben incluirse dentro del mismo. Mientras no se conozcan esos estudios, nuestra petición es que se deje el porcentaje tal y cómo está en la actual legislación. Modificar estos porcentajes en la propia ley, sin un fundamento técnico adecuado, y a sabiendas de las ya señaladas insuficiencias de la UPC, es muy peligroso.

Consideramos fundamental que se elimine el tope máximo, pues este deberá ser fijado de acuerdo con la estructura de costos del plan único de beneficios, atendiendo las necesidades que desde la operación son consideradas indispensables considerando coberturas, modelos de atención, accesibilidad, entre otros, pudiendo ser en ocasiones inferior a lo planteado en la ley y en otras superior.

En general, no es buena idea que en la ley se fijen porcentajes rígidos en temas tan fluidos y variables como éste. Es mejor que la ley fije los criterios técnicos, para que la autoridad administrativa vaya fijando estos porcentajes o límites según las circunstancias. Puede bien ser, por ejemplo, que dados los avances tecnológicos, las mayores eficiencias, y demás, el porcentaje de gastos de administración se reduzca aún más, y el 8% que propone la ley quedaría como un monumento a una ineficiencia bendecida por el legislador. O, por el contrario, puede suceder que en un año determinado, las presiones tecnológicas o las necesidades puntuales de salud de la población (una pandemia, por ejemplo), hagan que sea necesario, para una mejor protección a los usuarios, hacer inversiones tecnológicas, logísticas y administrativas que justifiquen aumentar transitoriamente ese porcentaje de gastos de administración.

Así las cosas, proponemos que, en ausencia de estudios técnicos, se elimine este artículo y se deje la norma tal y como está.

### **-Flujo de recursos -giro directo a IPS, proveedores, operadores logísticos**

El artículo 54 de proyecto define, para todos los casos, el giro directo de la UPC, así: “Giro directo de la UPC. Los recursos provenientes de la liquidación de la UPC serán girados directamente por la ADRES a los prestadores, proveedores, operadores logísticos y otros agentes del sistema y bajo las reglas que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El giro se realizará teniendo en cuenta la facturación conciliada y reportada mediante el mecanismo de facturación electrónica dispuesto por la DIAN”.

Este artículo, así como los que mencionaremos a continuación, desvirtúa por completo el modelo de seguro social. De una parte, se enuncia que el asegurador debe asumir el riesgo en salud y el riesgo financiero, el cual se le delega por parte del Estado, recibiendo para el efecto una prima, y de otro, se suprimen en la ley la casi totalidad de herramientas que le permitirían adelantar esta labor.

Los requisitos de habilitación financiera tienen como propósito garantizar el cumplimiento del objeto misional de una empresa, el margen de solvencia, establece los fondos que garantizan la estabilidad de la empresa y las reservas para el pago de siniestros avisados y no avisados, permiten garantizar el pago a los prestadores y demás proveedores de servicios y tecnologías en salud. De otra parte, se cuenta con herramientas normativas que regulan los tiempos para pago en el sistema y se conocen las diferentes causales de inconsistencia en la presentación de facturas y actualización de estados financieros sobre todo en la red pública. De otra parte, el Congreso de la República acaba de aprobar en la ley 2024 recientemente aprobada, contempla la obligación de pago en plazos justos y regula de manera especial, al sector de la salud.

Como ya hemos dicho en este documento, este proyecto es la oportunidad para, de una vez por todas, dejar la ambigüedad sobre la naturaleza de la actividad a cargo de las Aseguradoras y definir con claridad si deben o no asumir los riesgos propios de un seguro social. Los beneficios para el país de un esquema en el que las aseguradoras en salud asumen los riesgos propios de ese seguros social han sido enormes, no solo desde el punto de vista de ampliación de coberturas y protección económica, sino también en materia de resultados: Colombia ha logrado disminuir la mortalidad infantil, materna y por enfermedades infecciosas, entre otros importantes resultados: la tasa de mortalidad infantil se redujo 14 % en los últimos 10 años y se ubicó en el año 2017 en 11 muertes de menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos, que evidencia la calidad de los servicios de atención materno-infantiles; en este mismo sentido, adicionalmente Colombia fue señalado como uno de los países con una de las más bajas tasas de mortalidad evitable asociada a mala calidad de los sistemas de salud (Kruk y otros, 2018) y con la mayor cobertura de medicamentos para hemofilia en Latinoamérica (The Lancet Haematology, 2018). Esto para mencionar tan sólo unos ejemplos puntuales.

El giro directo como principio general es, por principio, un mecanismo contrario al aseguramiento, por cuanto no tiene sentido conferir a agentes privados la delicada responsabilidad de asumir el riesgo financiero propio de la gestión del riesgo en salud de los afiliados, y al tiempo quitarle el instrumento con el que se realiza esa gestión, que es la prima, elemento esencial del seguro. El giro directo es el mecanismo que de manera más directa comprueba lo que arriba se dijo: los redactores del artículo parecen haberse comprometido en la superficie con el aseguramiento, pero a cada paso -a cada artículo-, lo van demoliendo, hasta el punto en que, con la generalización del giro directo del estado a los prestadores, despojan a las aseguradoras del instrumento para la gestión del riesgo, tornándolas insidiosamente, y en perjuicio de sus millones de afiliados, en una mera autorizadora de pagos. Si tal es el caso, no se justifica su existencia.

En este sentido, la prima debe pagarse al asegurador, quien debe cumplir con sus obligaciones en los términos previstos en las normas sanitarias, y cumplir con la regulación prudencial financiera propia de su condición de compañía de seguros. Si las incumplen deben ser sancionadas, con la obligación de un mayor patrimonio o incluso con la revocatoria de la habilitación, dependiendo del grado de incumplimiento. Pero no tiene sentido llamarlas “aseguradoras”, y no pagarles la prima para que realicen su labor. Es la contradicción esencial de este proyecto.

Por las anteriores razones solicitamos la supresión de este artículo.

#### **-Redes integradas e integrales**

Si bien se hace alusión en algunos artículos que la AS conformará la red dentro del Área Territorial de Salud, un examen detallado del texto genera las siguientes inquietudes:

En el artículo 16 se plantea que la aseguradora debe garantizar el acceso a los servicios a través de redes integradas de servicios y en el artículo 28, entendemos que se define la integración como la articulación de la red bajo un modelo de atención, un plan único de salud y la interoperabilidad de la información sanitaria a lo largo del Sistema. De acuerdo con lo que se deduce de otros apartes del proyecto, podemos concluir que la integralidad (red integral) hace alusión a la completitud de oferta de los servicios incluidos en el PLUS y la integración (red integrada) se refiere a la articulación de la red bajo un mismo modelo o varios en función del perfil de la población asegurada.

No obstante esta claridad, en el mismo artículo 16, se señala, de una parte que el Ministerio va a reglamentar las condiciones de asociación entre los integrantes de la red y de otra se señala que será excepcional la contratación con los prestadores en forma individual. Esto nos plantea desde el punto de vista de jurídico una realidad diferente a la integralidad e integración, señalada anteriormente, e incluso genera grandes

inquietudes en relación con la constitución de entidades asociadas que tendrían posición de dominio en el mercado.

#### 1. Un contrato por red.

Aquí entonces, surgen una serie de inquietudes en relación con la forma en que se debe contratar con la red, generando posición dominante de ésta, entre otros problemas. Cada IPS deberá asociarse con otro conjunto de IPS para efectos de que la aseguradora pueda habilitar la red y en todo caso esa IPS podrá asociarse con otras IPS para conformar otras redes. ¿Quién determina con quién debe asociarse la IPS? ¿El asegurador qué es quien debe responder por la integralidad y la integración? ¿La IPS decide autónomamente con quién se asocia? ¿En este caso, quién responde por que la red se conforme de acuerdo con las necesidades puntuales de la población afiliada a una aseguradora? ¿Está obligada una IPS a asociarse con otras por determinación del asegurador? ¿Cuál es el alcance del concepto de asociación y quien define quién se asocia con quién? ¿Qué efectos tendría esta asociación en temas de responsabilidad? Para efectos de la asociación, presumimos de acuerdo con las normas generales que no se modifican en el proyecto, deberán solicitar las correspondientes autorizaciones a sus órganos de dirección, concejos municipales o asambleas en el caso de las públicas e incluso a las Superintendencias correspondientes, generando de manera evidente dificultades en los procesos de conformación de redes y de ajuste de las mismas. No podemos olvidar que cada IPS se compromete con unas metas específicas y frente a su incumplimiento reiterado pues deberá la AS buscar otras alternativas, o la misma IPS en aras de su autonomía podría decidir la terminación o no renovación del contrato con una AS.

Entendemos que, una vez asociadas y habilitadas como red, de acuerdo con los reglamentos que expida el Ministerio, la negociación y contratación de niveles de servicio se debe hacer en forma agrupada, un solo contrato por red, en la medida en que se señala que la contratación individual solo operará de manera excepcional. Se pregunta entonces si el vocero de la red definirá tarifas, modelo de contratación unificado y resultados en salud.

Este modelo haría inviable una adecuada administración de riesgo y además elimina por completo la competencia en el sistema de salud.

Consideramos que es mejor que cada AS integre su red de acuerdo con sus criterios teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de sus afiliados, y al estado lo que le debe importar es que esa red sea más que suficiente para garantizar los servicios del PLUS a su población en el territorio, y por lo tanto, el estado debería medir los resultado en salud. La forma contractual de esa red le debería ser indiferente al estado. La excesiva intromisión del legislador en la libertad contractual, termina favoreciendo a cierto tipo de entidades sobre otras, ciertos tipos de contratación sobre otros, aplastando la

innovación y la creatividad, que es, a la larga, lo que más beneficia a los afiliados al sistema de salud.

## 2. Intervención total en la forma de contratar y pagar a la red.

Adicionalmente, en el párrafo del mismo artículo, se señala que será el Ministerio el que regule los “... mecanismos de compra y pago de intervenciones, insumos y medicamentos que conduzcan a asegurar la cobertura, acceso y manejo eficiente en el uso de los recursos del SGSSS”. Es decir, que el proyecto propone que el gobierno sea el que establezca, no sólo la forma cómo ha de asociarse la red, son lo forma como la AS debe negociar de manera unificada con ella, definiendo el mecanismo de compra y de pago. De nuevo, como en varios otros artículos, se convierte al estado en el gestor del riesgo. En tal caso, carece de sentido la existencia misma de las AS. Si es el estado el que ha de definir los mecanismos de compra y pago de insumos, medicamentos e intervenciones, ¿Qué le queda a la AS para efectos de gestionar el riesgo?

De nuevo, el proyecto aquí cae en la trampa de invocar el principio del aseguramiento en salud a cargo de entidades privadas que, por invitación del estado, gestionan el riesgo, pero a renglón seguido, amarrarles las manos para que no puedan hacer lo que se les pide en esa invitación.

Este exceso de intervención, se convierte en una coadministración por parte del Ministerio lo que no solo lo hace corresponsable de los resultados sino que acaba con los incentivos a un manejo eficiente y el logro de resultados en salud. Si es el Ministerio el que lo define, no tiene sentido tampoco la definición de un componente de la UPC por resultados. En este sentido, se desvirtúa uno de los conceptos fundamentales del aseguramiento y de la delegación que hace el Estado en el manejo del riesgo.

De otra parte, y más grave aún, no solo elimina la competencia sino que anula por completo la iniciativa e implementación de modelos innovadores de atención y pago, como son los que se realizan por generación de valor, que han sido ratificados como uno de los pilares en que deben avanzar los sistemas de salud con el objeto de mejorar los desenlaces en salud, la experiencia de los pacientes y la sostenibilidad en el tiempo, así como todos aquellos que se vayan definiendo con base en la experiencia, orientados a mejorar los resultados en salud de la población afiliada. Si es la burocracia del Ministerio la que va a definir esos modelos, ¿en qué sentido van a competir las AS entre sí? Recordemos que es la posibilidad de competir, la que tienen los afiliados de cambiar su respectiva AS, la que incentiva el mejor servicio posible, dado que en un aseguramiento social es imposible competir vía prima o vía plan de beneficios.

**-Habilitación de redes.**

De acuerdo con lo señalado en el artículo 33, “...El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la capacidad instalada básica de los servicios primarios y complementarios que debe tener cada red integrada en salud, para operar en el municipio, departamento y ATS y las habilitará, previo visto bueno de las respectivas Entidades Territoriales, las cuales y serán vigiladas y controladas por parte de la Superintendencia Nacional de Salud”.

Ha sido una preocupación constante de este gremio, contar con un diagnóstico sobre la capacidad instalada real de servicios de salud, para el sistema de seguridad social y la definición de políticas que incentiven y, en última instancia, obliguen la creación de oferta que se requiere para garantizar una adecuada atención. En este sentido, consideramos necesario complementar la función del Ministerio, pues no solo debe establecer la capacidad instalada básica que se requiere para cada red, sino también, cuando evidencie la falta de oferta de servicios, definir una política pública que permita garantizar, en un periodo razonable, la creación de la oferta requerida.

Ahora bien, es clara la competencia del Ministerio como regulador para establecer, a priori y en abstracto, la capacidad instalada básica que debe tener cada red, así como los demás requisitos para efectos de su habilitación, pero no es razonable que dicho Ministerio entre a asumir competencias que deberían estar en la esfera de la Superintendencia Nacional de Salud para efectos de habilitar entidades y revocar dichas habilitaciones cuando dentro de su ejercicio de inspección, vigilancia y control evidencia que no se está cumpliendo con los preceptos normativos.

Por último, la experiencia actual en materia de redes, ha demostrado la dificultad de asignar en cabeza de dos entidades, la verificación de cumplimiento de requisitos. ¿Si la Superintendencia verifica que hay cumplimiento de la red y el ente territorial cree que no, qué debe prevalecer? Y ¿en dónde estaría la autonomía de la Superintendencia?

En el sistema es muy importante diferenciar los roles. En este sentido consideramos que el artículo debe ser modificado, ampliando la competencia del Ministerio en la definición de políticas, trasladando la función de habilitación a la Supersalud quien además deberá ejercer sus funciones de IVC y eliminando la participación del ente territorial en la evaluación de la red.

#### **-Falta de claridad en el alcance y límite de las responsabilidades del ente territorial - AS**

Es un avance muy importante generar mecanismos que permitan garantizar de manera efectiva la complementariedad de las acciones colectivas con las individuales y la coordinación de las intervenciones que deben realizarse frente a los determinantes de la salud. Sin embargo, nos preocupan algunos temas puntuales del proyecto, que deberían, a nuestro juicio, ser precisados de mejor manera.



Se trata de coordinación y complementación de las acciones. No puede entenderse como corresponsabilidad del Asegurador la realización de las acciones colectivas por parte de los entes territoriales. La ambigüedad y superposición de responsabilidades no claras en la ley es fuente de tremendos dolores de cabeza más adelante. Veamos:

En el artículo 8, se señala que cada 5 años, se formulará “el Plan Nacional de Salud Pública -PNSP” que contendrá todas las acciones dirigidas a fomentar los factores protectores, e intervenir los determinantes sociales y ambientales que afectan la salud, impulsar las acciones de promoción y prevención dirigidas a la reducción de los riesgos poblacionales de salud acorde con las necesidades y problemas de salud de la poblaciones a nivel nacional y territorial. De acuerdo con los modelos de atención se especificarán metas de resultado y de impacto, a nivel nacional y por territorio”. De la redacción del artículo 8, se concluye que las acciones de protección específica y detección temprana y gestión de riesgos colectivos, incluidas en el Plan básico son aquellas orientadas a la reducción de los riesgos poblacionales, enmarcándose dentro del concepto de acciones colectivas (art 8). Sin embargo en el artículo noveno se señala que los contenidos del Plan Básico de Promoción y Prevención y Gestión de riesgos colectivos no excluye la corresponsabilidad de las AS.

Dado que los límites entre los entes Territoriales, las Aseguradoras en Salud y los otros Sectores responsables de la gestión en determinantes sociales de la salud han generado algunos conflictos por la ambigüedad de las normas, se sugiere una mayor precisión, destacando que son complementarios y no que las AS son corresponsables de estas acciones.

Se sugiere sustituir la corresponsabilidad por complementariedad, en el artículo 9, así

Lo anterior no excluye la ~~corresponsabilidad~~ **complementariedad de las acciones individuales** a cargo de las AS, soportadas por el perfil epidemiológico ~~y desviación del costo.~~

De igual manera, debe eliminarse el conflicto de interés que se genera al definir al ente territorial como evaluador de las acciones adelantadas por el Asegurador, no debemos olvidar que el ente territorial no solo tiene el papel de dirección del sistema a nivel local, sino también funge como prestador en la mayor parte de los casos y en algunos como Asegurador.

La evaluación la debe realizar una entidad imparcial como la Superintendencia Nacional de Salud, que además está constituida para hacer la Inspección, Vigilancia y Control del sector salud. Ser director de la política, prestador, con frecuencia asegurador, y además supervisor, no tiene lógica alguna.

### -Otras medidas de intervención excesiva

Debe discutirse en qué casos debe intervenir el Estado sin que termine co-administrando y siendo corresponsable *de la operación* del sistema de seguridad social en salud.

Algunos ejemplos, de lo que a nuestro juicio, constituye una intervención excesiva del estado en la operación del sistema, pueden encontrarse en los siguientes artículos:

1. **Art. 23 parágrafo 1.** Establece un proceso de asignación de afiliados cuando una AS no cumple con los requisitos para operar dentro de un área territorial de salud y define un pago por cada afiliado recibido durante este proceso.

Este pago es excesivo teniendo en cuenta que cuando una aseguradora recibe de manera masiva traslados de otra aseguradora debe:

- ✓ Aumentar el margen de solvencia o patrimonio mínimo en un equivalente del 8% de los nuevos ingresos recibidos por la UPC de los afiliados trasladados
- ✓ Cubrir los déficit por el represamiento que seguramente tienen los afiliados lo cual, por lo menos al comienzo de su vinculación, le genera mayores costos de manera inmediata. La entidad que recibe los afiliados debe desarrollar un plan de emergencia para la ampliación sin la debida planeación por la premura del tiempo, de los contratos con la red disponible o con nueva red en caso que haga falta
- ✓ Incurrir en mayores costos administrativos derivados de la recopilación y organización de la información de caracterización socioeconómica y de salud de los nuevos afiliados, necesaria para planear la gestión de riesgo. Muchas veces estos costos se pierden porque, las normas permiten que los usuarios cambien una vez mas de entidad.
- ✓ Asumir un mayor riesgo jurídico en relación con servicios y tratamientos que se venían brindando vía tutela

Por lo anterior, no estamos de acuerdo con el pago, a cargo de la AS, que debe efectuarse por cada afiliado asignado de manera obligatoria y menos para cubrir la mala gestión que ha tenido la entidad que se va a liquidar. Esta entidad debió tener las reservas necesarias para pagar y así debe garantizarse en el proceso de IVC.

Si desean mantener el pago por afiliado para efectos de saldar pasivos anteriores, sugerimos que esta asignación sea un proceso en el cual participen de manera voluntaria las aseguradoras y que en los eventos en que se les obligue a recibir, no exista este pago por afiliado.

Otro ejemplo:

2. **Art. 26.** Cuando no haya oferta necesaria y suficiente para la atención complementaria en el ATS, de acuerdo con certificación expedida por la respectiva autoridad sanitaria, se garantizará la atención en el Área más costo-efectiva.

Es fundamental definir quién es la autoridad sanitaria en estos casos y sus conflictos de interés, en la medida en que responden igualmente por los resultados de su red propia. No debemos olvidar la experiencia del país en relación con estas certificaciones en el tema de contratación obligatoria con la red pública, en donde se ha observado que se desdibuja el bienestar del afiliado, primando la sostenibilidad financiera de la institución, congestionando servicios afectando la oportunidad.

De otra parte no es claro si es la misma autoridad sanitaria, quien debe definir cuál es el área más costo efectiva, o si es la aseguradora. Consideramos que esta definición debe ser de la aseguradora, pues hay una serie de variables que pueden hacer que un área sea más costo efectiva que otra para una AS y viceversa.

Un tercer ejemplo de excesiva intromisión, no positiva, del estado, según el proyecto:

3. Art 30. Parágrafo 2. Allí se señala que las Entidades territoriales, las AS y los prestadores primarios deben concertar y concurrir en modelos de atención primaria extramural de acuerdo al modelo territorial en consonancia con los de aseguramiento y agrega que **en caso de que no se logre dicha concertación la entidad territorial determinará la forma de operación y financiación de este modelo.**

Esta última medida, resaltada en negrita, no solo es totalmente arbitraria sino que contraría la misma competencia del Ministerio para definir el valor de la prima y afecta de manera directa la responsabilidad del Asegurador. Acaso esto quiere decir, ¿qué es desde el punto de vista territorial, mejor no llegar a acuerdos sobre los modelos, pues éste puede tomar de la UPC el porcentaje que quiera para financiar un modelo territorial?

¿Con qué criterio se afecta la UPC en este caso? ¿Qué pasa si se dejan desfinanciadas las demás actividades correspondientes al manejo de riesgo individual? ¿Se sanciona al ente territorial que tomó el porcentaje de la UPC de manera unilateral?

#### 4. Art. 37 Política Nacional de Alianzas Público Privadas en Salud- Minsalud las reglamentará

Las alianzas público privadas han sido definidas por la Ley 1508 de 2012. Frente a este artículo 37, cabe preguntarse si esto significa que las normas allí contenidas no aplicarían para el sector salud, sino la regulación que del tema realice el Ministerio de Salud y Protección Social. De ser así, no parece muy razonable desde el punto de estabilidad jurídica dejar este tipo de alianzas a las modificaciones que por vía de resolución realice un Ministerio. La Ley 1508 es una norma general que ha servido bien a distintos sectores de la economía para promover en ellos las alianzas públicos privadas, y no se ve necesario un régimen distinto para promoverlas en el sector salud.

Un ejemplo final de intromisión excesiva del estado, a partir del proyecto, en el funcionamiento de los actores privados del sistema:

#### 5. Art. 41 Contratación Obligatoria con la red pública.

El artículo señala que Minsalud definirá condiciones y porcentajes de los ingresos de las AS diferentes de las cotizaciones, que deben contratar con la red pública.

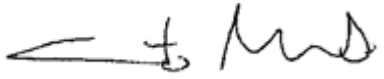
De igual manera señala que cuando el prestador público sea monopolístico, Minsalud reglamentará porcentajes de contratación asociados a la oferta de servicios, la frecuencia de uso, el cumplimiento de metas de promoción y prevención, indicadores de calidad y resultados en salud. Cuando por efecto de las condiciones particulares, la venta de servicios no soporte la sostenibilidad financiera, el Estado concurrirá, con subsidio de oferta.

En relación con este artículo, debemos mencionar lo siguiente:

- ✓ Genera coadministración y no permite al asegurador responder por los resultados en salud de su población afiliada en la medida en que no puede conformar su red atendiendo parámetros de calidad y negociación de niveles de servicios y reportes de información
- ✓ No se fija con criterios de protección del derecho de los afiliados, desvirtuando el objeto mismo de la ley, que no es otro que garantizar la efectividad de derecho fundamental y genera inequidades en el acceso, teniendo las EPS dos tipos de afiliados, los que deben ir obligatoriamente a la red pública y los que se mueven libremente entre la red sin atender su naturaleza, sino el nivel de servicio
- ✓ Genera inseguridad jurídica en la medida en que no es claro con qué recursos debe contratarse de manera obligatoria

Quedamos atentos para la ampliación o profundización de los temas expuestos y de aquellos que ustedes consideren convenientes.

Cordialmente,



**GUSTAVO MORALES COBO**  
Presidente Ejecutivo

Copia Ponentes:

HS Laura Fortich.  
HS Nadia Blel Scaff,  
HS Aydee Lizarazo  
HS José Aulo Polo  
HS Alberto Castilla Salazar  
HS Manuel Bitervo Palchucán  
HS Honorio Henríquez Pinedo  
HS José Ritter López  
HS Carlos Fernando Motoa  
HS Victoria Sandino.