



# GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)  
IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA  
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXII - N° 491

Bogotá, D. C., jueves, 11 de julio de 2013

EDICIÓN DE 36 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO  
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO  
www.secretariasenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO  
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA  
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

## SENADO DE LA REPÚBLICA

### OBSERVACIONES

#### **OBSERVACIONES DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE HOSPITALES Y CLÍNICAS AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 210 DE 2013 SENADO**

*por medio de la cual se redefine el Sistema General  
de Seguridad Social en Salud y se dictan otras dis-  
posiciones.*

Bogotá, D. C., junio 5 de 2013

ACHC-127

Señores

Honorables Senadores

Comisión Séptima Constitucional

Senado de la República

Ciudad

Respetados Senadores:

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, ACHC, reitera su agradecimiento por el espacio que la Comisión Séptima concedió a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para presentar nuestras observaciones y propuestas al Proyecto de ley número 210 de 2013, con el que se busca reformar el sistema actual de salud, en la audiencia pública del pasado 22 de abril y en las diferentes audiencias regionales que se adelantaron en el proceso de socialización de dicho proyecto.

A continuación presentamos a ustedes las observaciones y propuestas de ajustes a dicho proyecto de ley, con las que consideramos podemos aportar a que el proceso de reforma responda a las necesidades del sector salud colombiano y a resolver la crisis actual del sistema.

#### **Propuestas y observaciones de la ACHC al Proyecto de ley número 210 de 2013 de reforma al sistema de salud**

##### **1. Contexto general**

A pesar de que se dice que hay un diagnóstico claro, no sobra un poco del contexto. En el diagnóstico se ha avanzado e insistimos, que hemos llegado a un punto en que el Sistema de Salud en Colombia es fallido; no porque haya un problema de unos dineros o un No flujo de recursos, sino porque son muchas las dimensiones o las variables del sistema de salud que están demostrando, desde hace mucho tiempo, que ya la potencialidad que tenía se alcanzó y, por lo tanto, se agotaron esas variables, y hay que evolucionar hacia un sistema diferente; la presentación de proyectos de ley para reformar el Sistema es una aceptación tácita de esa situación.

En la actualidad, casi toda la sociedad colombiana está interesada en que haya una reforma al sistema de salud. Son pocos los que están defendiendo un statu quo; la mayoría de la sociedad, empezando por el sector hospitalario, y, por supuesto, por todos los usuarios del sistema de salud, están clamando por que haya un cambio.

Desde el sector hospitalario, creemos que el momento es ahora. La única sorpresa es que alguien se asombre con que la situación ha llegado a su punto final; aquí no hay ninguna situación sobreviniente, esto lo venimos viendo desde hace muchos años y debemos decir que a pesar de que aquí hay algunas voces que pidan que se dé más espacio y más tiempo, y que no hay ninguna urgencia, nosotros creemos que la situación social realmente está empeorando día a día. Por eso, más que enfrascarnos en esos debates

sobre los mensajes de urgencia, lo que estamos reclamando -tanto del Congreso de la República como del poder Ejecutivo- es que se tenga sentido de urgencia para tramitar la reforma.

El tercer punto de contexto, es que estamos de acuerdo con que el reemplazo se tiene que hacer de una forma inteligente y eso significa que se debe preservar lo logrado; entonces, ese discurso que trata de aterrorizar a la sociedad diciendo que aquí hay tierra arrasada, eso no es cierto, ni lo estamos pidiendo nosotros. Se debe hacer un reemplazo preservando todo lo que se ha conseguido, no arreglando lo que no está dañado, cambiando lo inservible y, refiriéndome específicamente al proyecto de ley, para poder tener un reemplazo inteligente del Sistema, se debe relacionar mejor el diagnóstico de la exposición de motivos con el tratamiento que tiene el articulado; se encuentra que algunas cosas no están relacionadas con otras.

El cuarto punto de contexto, es que el cambio, si bien es profundo, creemos que debe ser un cambio sencillo; la sencillez no significa simplicidad, significa profundidad en el conocimiento y dominio sobre los procesos. Aquí tienen que haber unos cambios sobre los componentes centrales que generen movimiento sobre los grandes mecanismos, modificaciones que sean evidentes y que, sobre todo, apunten a que no se preserven las zonas grises, a que todas las entidades tengan competencias explícitas, a que los papeles de los diferentes actores sean puros, porque eso, al final, favorece la claridad en el desempeño y, por supuesto, en la vigilancia que se tiene que hacer.

La agenda debe ser impulsada desde el alto Gobierno. Usted, solo como Ministro de Salud, no puede avanzar en esta reforma si no tiene un soporte o un acicate; por eso es acertado que este proceso haya iniciado con una presentación en la casa de Nariño, donde el Presidente se comprometió a avanzar simultáneamente los proyectos de ley estatutarios y el ordinario. Pero, si bien la agenda debe ser impulsada desde arriba, la agenda de cambio debe ser impulsada desde la base, por eso es que venimos haciendo movimientos de diferentes actores, para crear coaliciones que le den soporte a este cambio que está pidiendo la sociedad; no nos ganamos nada obteniendo un cambio o una nueva ley, sino tiene legitimidad y esta tiene que derivarse del apoyo que den la base social y las instituciones de la vida real, y los pacientes y los usuarios del sistema, a estos cambios que se están proponiendo.

## 2. Observaciones generales al proyecto de ley

Creemos que este proyecto avanza en una dirección que es correcta, pero hay unos mecanismos que podrían hacer que esto funcione bien o mal. La dirección correcta, ¿por qué?:

I. Se compromete a avanzar en un plan integral para la población, trascendiendo de lo que dominó el discurso durante los últimos 20 años que fue lograr una cobertura numérica de ciudadanos con unos aparentes planes universales; es importante que este proyecto de ley plantee que tiene que llenar el plan, no solamente con gente que está afiliada o con gente que recibe el plan, sino con todos los componentes que estaban por fuera del POS.

II. Restablece el papel de las entidades territoriales que durante todos estos años fueron unos convidados de piedra que no supieron cuáles eran las com-

petencias que tenían; este proyecto avanza en darles un libreto diferente y nuevo, para que ellas ejerzan todas sus potencialidades.

III. Cambia el rol de los actores; creemos que ese es un aspecto fundamental, especialmente en el asunto del aseguramiento, porque va a llevar a trascender de ese falso aseguramiento que tenemos hoy, a una verdadera administración.

IV. Se recupera para la sociedad colombiana el gobierno y manejo de los recursos de la salud, de manera que podamos trascender y pasar de ese desgreño y desaparición de recursos que tenemos hoy, a una disposición central evidente, trazable, a la cual se le puedan exigir resultados en salud.

Para conseguir eso y lograr que esa dirección sea correcta, creemos, leemos y apreciamos en ese proyecto de ley una serie de mecanismos:

1. Un plan que se hace explícito, con exclusiones explícitas incluyendo cosas que estaban hoy entendidas como No POS.
2. Unas áreas sanitarias.
3. Un fondo único.
4. Unos gestores de servicios de salud.
5. Un estabilizador financiero que es el fondo de garantías.

Creemos que esos mecanismos son novedosos y son cambios importantes mucho más allá de lo que los escépticos dicen (que es solamente un cambio semántico en el sistema de salud); pero, a pesar de que reconocemos que vamos en la dirección correcta y que hay unos mecanismos novedosos, hay una serie de "sin embargos" que vienen por dos vías: primero, porque el diablo está en los detalles y en el articulado hay una serie de cosas que se tienen que entrar a corregir; y por otra parte, porque hay otras cosas que no están en el articulado y son unos notables faltantes en este proyecto de ley, si se quiere que sea una verdadera reforma.

## 3. Observaciones al articulado

En estas observaciones específicas, es donde buscamos el diablo en los detalles de los artículos y capítulos principales del proyecto:

En las disposiciones generales se encuentran cosas como que la libertad de escogencia es para los gestores; pero más adelante en el articulado, se habla de que hay libertad de escogencia, tanto para los gestores como para los prestadores. Ese tipo de inconsistencias se tienen que corregir.

El Gobierno pone a reñir los criterios de sostenibilidad fiscal contra el derecho fundamental a la salud. Al respecto, creemos que hay un gran desarrollo jurisprudencial; esa es una serie de cosas que ya están dadas, que ya están discutidas e, inclusive, la Corte Constitucional ya lo ha dicho, como para que se reabra otra vez un debate que es innecesario.

Lo mismo sucede con el tema de la inembargabilidad; se hace una colisión de conceptos de lo que es y la naturaleza pública o parafiscal del recurso de seguridad social. También, las altas Cortes ya se han pronunciado sobre eso Valdría la pena que eso se excluyera del proyecto y muchas de las resistencias que está teniendo hoy el proyecto podrían desaparecer.

Se destaca que en las disposiciones generales se incluya el tema de la integralidad; celebramos la inclusión de ese principio, porque se dice que com-

prende todos los elementos esenciales para lograr objetivos de salud y, por lo tanto, atacan la fragmentación; eso es positivo, pero, siendo muy pragmático, cambio todos los principios que tiene el proyecto de ley, por uno solo que está en una versión penúltima y que señala: “*El Sistema garantiza que las autoridades adopten la interpretación de las normas vigentes que sean más favorables a la protección del derecho a la salud de las personas*”; ese es el principio *pro homine*, con eso avanzaríamos mucho en darle un talante humanista a este proyecto de ley.

El manejo unificado de los recursos que es el capítulo dos, es el fondo Salud Mía; allí se asignan una serie de funciones y es un ejemplo evidente de no claridad en la redacción del proyecto; las funciones matriciales de ese fondo deberían ser: Recaudar, pagar y reasegurar; el resto de cosas, son una serie de procesos transversales como, por ejemplo, la administración y el flujo de información; en esa redacción del proyecto se confunden las funciones matriciales con los procesos transversales e, inclusive, con tareas como una serie de modelos o métodos de auditoría. Hay que limpiar esas funciones, escribir algo más nítido y quedaría mucho mejor definido qué es el fondo Salud Mía.

Hay otro ejemplo de lo que es falta de pedagogía. La titularidad de los dineros de las Entidades Territoriales debería redactarse mejor; las grandes críticas señalan que se están centralizando los recursos; es evidente que no está en entre dicho la descentralización, que no se está afectando la parafiscalidad y que no se está afectando la titularidad de los recursos de las entidades territoriales, eso se tiene que escribir mejor, es un simple ejercicio de claridad en la redacción.

En el artículo 11, que habla de la destinación de los recursos, se hacen una serie de aclaraciones que hablan de los pagos a los gestores por prestaciones individuales; ese es un contrasentido. A los gestores no se les paga por prestaciones individuales, se les paga es a los prestadores de servicios de salud; ese tipo de errores están allí y sería bueno poderlos entrar a reformar.

En ese mismo artículo, se habla del fortalecimiento de la red pública, pero se hace como una eventual posibilidad, si sobra plata del Fondo. Debería definir, de entrada, un porcentaje que tenga una destinación específica para la actualización tecnológica de la red hospitalaria pública; eso es lo que va a suplir los excedentes de Ecat que, por supuesto, van a desaparecer.

Y por último, ese manejo unificado de recursos, sobre el órgano de dirección del Fondo Salud Mía, tiene resistencia porque se ve como un uso excesivo de la fuerza por parte del Gobierno, que se queda con todo el manejo de esa gran bolsa de recursos y que no permite una veeduría adicional por parte de la sociedad. Podría corregirse esa redacción, teniendo el espacio, por ejemplo, para una Contraloría General de la República, para la Procuraduría, para todos los organismos de veedurías ciudadanas o para que uno de ellos esté allí observando y haciendo realidad todo el tema de la participación social

En cuanto al capítulo tres, el plan de beneficios Mi plan, en el artículo 14 dice que se incluye lo No POS y que es para todas las patologías; esa es una declaración importantísima, ahora, hay que conver-

tirla en realidad. En un artículo más adelante se dejan puertas abiertas como las siguientes: Al observar los criterios de exclusión, hay terminologías que, conociendo el caminado de las actuales aseguradoras que eventualmente pueden ser gestoras, no pueden quedar con ambigüedades; por ejemplo, ¿qué es cosmético?, ¿qué es suntuario? y ¿qué es pertinente?, desde el punto de vista clínico. Ese tipo de criterios no están definidos, están simplemente enunciados. Hay que hacer un glosario de términos para saber qué es, porque o sino de ahora en adelante, cualquier cosa por importante y necesaria que sea, se va a convertir en suntuosa, cosmética o impertinente, desde el punto de vista clínico.

Se elimina la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos, eso apunta a ese tema tan odioso de concentración de poder en el Gobierno.

Con respecto al capítulo cuatro, que es el de prestación de servicios de salud, hay muchos comentarios, pero me referiré a dos no más. El Primero, las áreas de gestión especial, son donde suponemos que solamente hay un prestador público, áreas de población dispersa y para los cuales se está tratando de inventar un modelo de atención; nuestra sugerencia es que no se embarquen en esas áreas con el tema de los gestores, allá lo que se necesita es tener una poderosa oferta pública que, de una u otra forma, si requiere subsidio a la oferta, pueda ser explícito y se pueda hacer una presupuestación histórica; sale más económico y es más rentable para el país, que inventarse una tercerización o la presencia de unos gestores que al final van a demandar una serie de costos de administración y de transacción. Eso lo podrían eliminar en el artículo 22.

El artículo 23, que aparentemente es inocuo, es una reclasificación de la nomenclatura de los niveles de complejidad, porque actualmente hablamos de alta, mediana y baja complejidad; antes de primero, segundo, tercero y cuarto nivel; y ahora, en el proyecto se habla de prestadores primarios, complementarios y especiales. El detalle está en que los prestadores primarios van a ser lo que hoy conocemos como mediana complejidad y se podría ver como un tecnicismo que se puede aplicar; pero cuando se mira con el cristal del artículo de la integración vertical, se entiende que este es un serio retroceso y que aquí lo que se está permitiendo es el incremento de la integración vertical; por lo tanto, esto no habría que modificarlo, siempre y cuando se elimine todo lo de integración vertical.

No estamos de acuerdo con que las redes de prestadores dependan de los gestores, esa es una discusión teórica y académica muy larga; no se puede dar acá, pero nos parece que el valor fundamental de las redes integradas de servicios de salud es la autodeterminación, porque las redes no pueden conformar por obligación, usualmente se hacen voluntariamente, juntando o sumando una serie de potencialidades de cada una de esas instituciones. Recuerden que aquí hemos pedido redes integradas, porque se van a juntar varios conceptos: la geografía con la epidemiología, con la demografía, con la oferta y con las fuentes de financiación. Esas cosas se unen a través de una red integrada y se dan mejores resultados para la población, pero en el proyecto se hace que las redes dependan de los gestores, con lo que no estamos de acuerdo; basta con preguntarse: ¿Si un prestador

no es elegido o no es aceptado por uno de los gestores en determinada red o no es aceptado por ninguna red, entonces, qué hace ese prestador, se queda por fuera del sistema de salud?

En el capítulo cinco, que es el de gestores de servicios de salud, no se debe avanzar por el lado de Sociedades Anónimas, se debe hacer con sociedades donde haya claridad de quiénes son los que están ahí; eso solo parece inocuo, pero cuando se suma al paso de los que hoy son EPS a gestores, se tiene que saber quiénes son, porque, de lo contrario, se puede estar permitiendo que pasen de un lado a otro y, entonces, ese paz y salvo, que está aquí como uno de los puntos positivos de este proyecto de ley, se vuelve inocuo, porque simplemente haciendo un cambio de nombre, pasa al siguiente sistema.

En los gestores de servicios de salud sugerimos algo similar a lo del fondo Salud Mía; las funciones que tiene (19) se deben purificar y se deben dejar en: contratación, auditoría de facturas y auditoría de cumplimiento de metas; en órdenes de giros; en administración de información y punto, no más, el resto está sobrando y generando zonas grises para la administración que van a complicar la evaluación posterior de esos gestores.

En ese capítulo, también está el artículo 32, que es el de la integración vertical; en este capítulo, si se quiere ser práctico, basta mirar el caso de Colombia en los últimos 20 años y se sabrá por qué no se debe hacer integración vertical; todas las evidencias sobre no calidad, disminución de la libertad de escogencia, conflictos de interés, corrupción y problemas anti-competencia, están resumidos en el caso colombiano de los últimos años. Creemos que se debe evolucionar a que la integración vertical sea cero. Una paradoja, en ese mismo artículo se habla de integración horizontal; entonces, la pregunta es: ¿cómo se entienden las redes integradas, si no son integración horizontal? ¿Son solo cooperación horizontal? O, lo mismo, las cooperativas de hospitales que han avanzado en la búsqueda de eficiencias. Ese es un punto que debe aclararse.

Los reconocimientos económicos de los gestores, también se deben hacer de manera sencilla; se les debe remunerar por una administración que es un básico y si lo hacen muy bien, se les da un *plus*, un pago por desempeño; pero cuando se sigue manejando el concepto de Unidad de Pago por Capitación -que ya no se debería manejar-, debería haber un cálculo contable o un cálculo actuarial allá arriba, que no es una UPC. Cuando se permite que los gestores reserven un porcentaje de la prestación allá arriba y que de ese porcentaje tengan excedentes en la prestación, se va a pasar de este sistema a un problema grave al siguiente sistema, no deben haber excedentes allí; se puede permitir que tengan una ganancia adicional por pago por desempeño, por resultados, pero no que esos resultados sean excedentes por la negación de servicios y las barreras de acceso para no permitir que la gente entre. Esta es una discusión importante y larga que dar.

En el capítulo seis, que habla de la cobertura complementaria en salud, hay una buena intención, pero hay que tener cuidado porque se está juntando un sistema general, obligatorio, con dineros públicos y en algunas ocasiones subsidiado, con un sistema pri-

vado, voluntario y netamente de gasto de bolsillo. La intención es buena, lo del trasteo de la UPC, pero eso va a generar tantos problemas que va a ser imposible de controlar y al final se va a tener que reservar parte del presupuesto para pagar todas las selecciones adversas o selecciones de riesgo que se van a dar; por lo tanto, creemos que por muy buena que sea la intención ese capítulo, no debería estar incluido en el proyecto de ley.

Respecto a inspección, vigilancia y control, una cosa que es positiva o negativa, va a llevar a evolucionar a un sistema más rápido; pero, en aras de la brevedad, hay que tener cuidado con el debido proceso; nos da mucho temor que en esos procesos abreviados no se respeten los debidos procesos. Sí nos parece muy positivo el artículo 51 que dice que en la conciliación, cuando no se cumplan los compromisos, se convierte en una conducta punible, porque actualmente no se respeta ninguna conciliación.

En cuanto a *las transiciones*, consideramos que están muy largas; donde se permita hacerlas en dos años, se van a terminar de llevar todo lo que les queda. La transición tiene que ser rápida, casi que de inmediato; el país está maduro y se tiene el combustible y voluntad política en el Congreso de la República, para hacer una transición más corta.

En las disposiciones finales hay tres cosas importantes; la primera, el Fondo de Garantías con el que estamos de acuerdo, pero se tiene que mejorar la redacción, de manera que la parte donde dice que el Gobierno puede participar transitoriamente en el capital de los agentes, y ha generado tanta crítica, se elimine y quede claramente como un fondo de salvamento que va a permitir que los hospitales puedan recuperar el dinero de la prestación de los servicios que no les han pagado, resolviendo las carteras; pero, eso sí, que el Estado actúe frente a esos deudores morosos, no se puede permitir que se pierda la titularidad de esa deuda. Nuestra sugerencia es que la DIAN cobre la plata a esos deudores morosos, ellos sí son especialistas en eso y ellos sí nos les permiten ningún tipo de bromas.

En el nombramiento de los gerentes, hay que encontrar un punto medio; es bastante difícil, pero ya hay algunas sugerencias. Lo que creemos es que se debe mantener la meritocracia, pero también se debe tener un sentido de realidad política. Hay varias opciones; una, hacer un concurso nacional con unas listas de elegibles, que sean apropiadas a nivel local; o un concurso, para los evaluadores, es decir, las universidades que estén acreditadas para hacer eso, y no se permita el manoseo local; ahí hay muchas cosas que discutir.

En esta parte surge una pregunta: ¿Qué es lo que quieren hacer con el artículo 65 que hace referencia a una especie de facultades extraordinarias que creemos que tienen por debajo una reforma laboral? Eso hay que hacerlo, pero, ¿con qué plata se va a hacer? Y, ¿con qué profesionales y trabajadores de la salud se va a hacer? Todos queremos en el sector hospitalario tener a nuestra gente en planta de personal, pero, ¿dónde están y con qué plata se va a pagar esto?

En las vigencias y derogatorias se derogan el Consejo Nacional de Seguridad Social, se acaban cosas de RISS y se acaba el defensor del usuario; eso da pie para entrar a los faltantes.

#### 4. Faltantes del proyecto

En el Proyecto hay una serie de faltantes que son grandes y no se pueden omitir:

1. *Atención Primaria en Salud.* Se puede decir que está en la Ley 1122, que no hay que repetir, que hay que tener un sentido de economía o de práctica en la redacción de las leyes. Nosotros consideramos que Atención Primaria en Salud debe ser uno de los capítulos fundamentales de este proyecto de ley. El sueño es tener un solo texto, donde se pueda entender cuál es el Sistema de Salud que tenemos en Colombia y no tener que abrir y abrir documentos para ver qué está vigente, qué se derogó y qué está funcionando.

Creemos que la verdadera locomotora en Colombia, derivada de este sistema, es la Atención Primaria en Salud; se deben revisar los componentes de las Leyes 1122 y 1438, allí pueden confluir tres sistemas: el de empleo, el de educación y el de salud; eso puede hacerse con APS y, además, es la única manera noble de frenar la demanda incontenible de servicios y de infraestructura hospitalaria que tenemos en la actualidad; esto va a impactar en esa ecuación de costo = frecuencia X precio. La parte de frecuencia, que no se controla noblemente hoy, sino a través de barreras de acceso, se puede manejar a través de APS.

2. *Redes Integradas de Servicios de Salud.* Se deben recoger cosas de la Ley 1438, pero teniendo en cuenta que es con criterios de autodeterminación.

3. *Gobernanza. Nos preocupa mucho que el Gobierno esté captando tanto poder y que no haya un esquema de pesos y contrapesos. Creemos que después de que funcionó la GRES y se extinguió el funcionamiento del Consejo Nacional de Seguridad en Salud, creció la conflictividad al interior del sistema, y eso es porque esa válvula de escape que era el CNSS dejó de funcionar; esta es una buena oportunidad para que -así en el mismo lenguaje del proyecto de Salud Mía, Mi plan- cree Mi junta o Mi consejo directivo, que sea el CNSS nuevo y permita la participación social de los actores más importantes del sector; eso daría una mayor gobernabilidad, más transparencia y haría realidad el esquema de participación social.*

Hemos visto toda la serie de observaciones y de miedos que quieren inculcar en este momento y más miedo la situación actual, no se puede tener; esto, para nosotros, es una esperanza, una vía de solución; queremos participar y aportarle, en un esquema de colaboración crítica, todo lo que podamos saber desde el sector hospitalario para que esto funcione bien; no creemos que el país tenga más espacio o más tiempo para esperar esta reforma y esperamos que esto se pueda dar este año.

El último comentario, es el siguiente; recuerde que esto tiene una secuencia: **crisis- transición y reforma**; el hecho de que estemos viendo la reforma, no nos puede dejar olvidar que hoy tenemos una crisis grave que debemos afrontar y el Gobierno tiene herramientas en las manos para implementar, como

la Ley 1608 de cuentas maestras, como el giro directo, como la subcuenta de garantías, como el Fonsaet y como otra serie de mecanismos que nos pueden ayudar a pasar mejor de aquí hasta que tengamos como realidad el nuevo sistema de salud.

Esperamos que nuestras consideraciones puedan aportar a este importante proceso para el Sistema de salud y estaremos atentos a resolver cualquier inquietud que ustedes tengan al respecto de nuestras propuestas.

Cordialmente.

*Juan Carlos Giraldo Valencia,*  
Director General.

#### Anexo:

- Copia Artículo “Alternativas y Equilibrios”. Revista Hospitalaria edición 72, julio de 2010.

- Copia Artículo “Llamado a la acción por un nuevo sistema de salud”. Revista Hospitalaria, edición 84, agosto de 2012.

- Documento: El pensamiento de la ACHC sobre el presente y futuro del sistema de salud colombiano. Con su resumen ejecutivo y volante.

#### COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA. SECRETARÍA GENERAL DE LA COMISIÓN

Bogotá, D. C., a los doce (12) días del mes de junio año dos mil trece (2013). En la presente fecha se **autoriza la publicación en la Gaceta del Congreso**, observaciones Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), suscrita por el doctor Juan Carlos Giraldo Valencia, Director General, en cinco (5) folios, en diez (10) folios, al **Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado**, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y sus acumulados **Proyecto de ley número 51 de 2012 Senado**, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y **Proyecto de ley número 233 de 2013 Senado**, por la cual se crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud, suscrita por la honorable Senadora Liliana María Rendón Roldán. Autoría del **Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado** (Ministerio de la Salud y de la Protección Social - doctor Alejandro Gaviria Uribe). **Proyecto de ley número 51 de 2012 Senado**, (honorable Senadores Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Édinson Delgado Ruiz) y **Proyecto de ley número 233 de 2013 Senado** (honorable Senadores Luis Carlos Avellaneda, Gloria Inés Ramírez, Juan Manuel Galán, Camilo Romero, Alexander López, Parmenio Cuéllar, John Sudarsky, Jorge Guevara, Juan Fernando Cristo, Germán Carlosama, Carlos Alberto Baena, y honorable Representantes Iván Cepeda Castro, Germán Navas Talero, Ángela María Robledo, José Joaquín Camelo, Gloria Stella Díaz, Alba Luz Pinilla, Hugo Velásquez).

El presente concepto se publica en la *Gaceta del Congreso*, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,

*Jesús María España Vergara.*

RESUMEN EJECUTIVO

**El pensamiento de la ACHC sobre el presente y futuro del sistema de salud colombiano<sup>1</sup>**

La ACHC cree que por principio, tomando como base la dignidad del ser humano, el sistema de salud deber ser:

- # **Un sistema humanista:** Los ciudadanos, los usuarios, los pacientes deben ser los ejes del modelo. Los otros eslabones: los hospitales, los aseguradores y el gobierno tienen que ser medios para llegar a que esos seres humanos tengan un mejor nivel de salud.
- # **Un sistema preventivista:** Que salga a buscar los sanos y no solamente espere los enfermos como ocurre hasta el día de hoy.
- # **Un sistema eficaz:** Que en caso de enfermedad, atienda de manera oportuna, integral y eficiente, controlando sobrecostos y complicaciones prevenibles.
- # **Un sistema donde la calidad sea un atributo y no un sobrecosto:** No se puede seguir ahorrando en pesos para malograr vidas. Hay que invertir en buena calidad y reducir los costos de no calidad.
- # **Un sistema igualitario:** Los mismos derechos, las mismas prestaciones
- # **Un sistema resultadista:** Se debe orientar a conseguir unos cambios positivos en el perfil epidemiológico de la población.
- # **Un sistema bien dirigido y bien gobernado:** Que use bien los recursos, sin corrupción.
- # **Un sistema racional:** Hay que hablar de la eficacia clínica y de la eficiencia económica, pero también disminuir los costos de transacción y propender porque el sistema lo entiendan los ciudadanos.
- # **Un sistema bien regulado:** Que existan reglas claras y que se cumplan.
- # **Un sistema lógico:** Que incentive mejores resultados, que subsidie la oferta pública donde sea indispensable, que promueva la cooperación como base de la sana competencia y que refuerce la formación del recurso humano preservando los centros de práctica y hospitales universitarios que se requieran.

**Diagnóstico del Sistema de salud fallido**

La ACHC ha mostrado una serie de evidencias que demuestran por qué es fallido este sistema como: Los débiles resultados en salud, la operación del sistema a través de los servicios de urgencias y altos índices de quejas de los usuarios, debilidad en la regulación del sector, el lento flujo de recursos, las soluciones extraordinarias como la tutela, los recobros y el giro directo que se han vuelto mecanismos de uso ordinario, las medidas de intervención, liquidación o vigilancia especial con las que están siendo cobijadas un gran número de EPS que tienen afiliada las dos terceras partes de la población y por tanto la ponen en riesgo y no se puede olvidar el escándalo de corrupción revelado por el Gobierno nacional, del cual se ha conocido su comienzo y primeros desarrollos, pero que aún no llega a las conclusiones, que sin

<sup>1</sup> Documento elaborado Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC. Juan Carlos Giraldo Valencia, Director General.

duda comprometerán muchas instituciones del sector, pero especialmente del subsector del aseguramiento.

La ACHC considera que a este diagnóstico, se deben adicionar dos aspectos que han profundizado la crisis: la complejidad del sistema y la fragmentación de la sociedad.

**Propuesta para cambiar el sistema de salud**

Desde hace más de dos años, la ACHC viene promoviendo ante todas las instancias una discusión técnica que busca encontrar la mejor solución que preserve componentes funcionales y logros ya alcanzados pero que pueda modificar los esquemas caducos, corruptos o nocivos para la sociedad.

Elementos que son deseables para conservar en la nueva versión de sistema o en la evolución del actual, en consecuencia se proponen los siguientes:

- # La cobertura universal
- # La solidaridad obligatoria entre personas con capacidad de pago y las personas pobres
- # El mantenimiento de un plan de beneficios que sea igual para todos los ciudadanos que tome como referente de diseño al perfil epidemiológico y que consulte la capacidad instalada y de tecnología del país. Se sugiere que la modalidad escogida garantice una serie clara y amplia de componentes que estén libres de interpretaciones por los agentes, que se revise integralmente de manera obligatoria y periódica y que cuente con mecanismos de control social eficaces.
- # El sistema obligatorio de garantía de calidad en lo posible extendiéndolo estrictamente a todos los intervinientes en el sector incluidos todos los niveles de gobierno.
- # La participación comunitaria, que aunque incipiente tiene que ser componente obligatorio del siguiente sistema.

Por último, es necesario dejar planteado de manera esquemática lo que propone la ACHC como reforma al sistema de salud.

**La base tiene que ser la estrategia de atención primaria de salud.** Se propone emplear focalizaciones con eventos trazadores, poner en funcionamiento los equipos de atención primaria básica, repotenciar la capacidad resolutive de la baja complejidad y redefinir las competencias del médico y los profesionales y trabajadores generales. Todo lo anterior usando tecnología de información y comunicaciones y tecnología médica que ayude a resolver en la base. Este es el modelo de atención.

**En el segundo nivel se debe hacer realidad el funcionamiento de las redes integradas de servicios de salud,** aprovechando la existencia de la mezcla público-privada que posee el país, pero definiendo una

instancia de coordinación interna de la red a manera de uniones o consorcios que se encargue de mantener la lógica asistencial y de uso de recursos. La idea básica es erradicar la fragmentación y proveer integralidad en la asistencia, recuperando conceptos como población asignada o población de referencia; y haciendo que la oferta se acerque a la geografía, a la epidemiología y a la demografía real. Ese es el modelo de operación.

**En el tercer piso del esquema debe estar la administración regulada, entendida como la estrategia de coordinación o gerencia intermedia del sistema.** Este nivel corresponde al cambio de rol de los actuales "aseguradores" y se debe encargar de cumplir una serie de funciones previamente establecidas entre las cuales se destaca la coordinación logística, la auditoría de calidad, la auditoría de cuentas, la autorización de pagos, la comparación de redes, la resolución de problemas entre niveles y la alimentación y administración de componentes del sistema de información. Esa valiosa labor de gerencia intermedia será remunerada a posteriori con una tasa de administración fija o básica que podrá tener un componente variable adicional de acuerdo al desempeño que logre ese administrador con todos los eslabones que coordina y con los resultados que obtenga para la población y el sistema. Este que es el modelo de administración no manejará recursos ex ante como se hace actualmente con la UPC, siendo ese cambio en la tenencia del dinero una importante modificación a los incentivos en medio del sistema.

**El último nivel debe ser un banco o caja única de salud que se encargara de recaudar todos los dineros provenientes de los impuestos y recursos parafiscales que actualmente nutren al sistema.** Su función será preservar el dinero de la salud evitando mal uso de recursos y haciendo que procesos como el de compensación se adelgacen y simplifiquen, pero manteniendo la naturaleza de mezclador o agregador de riesgos financieros. Su función debe asemejarse a la de los bancos pudiendo tenerse esquemas regionales como se requieren. Solo moverá recursos para pagar a los que efectivamente presten los servicios después de la orden de pago debida por la instancia administradora regulada. No hará labores de auditoría de cuentas, pero puede habilitar esquemas de supervisión con las autoridades de vigilancia y control. Este es el eslabón que preserva el esquema de aseguramiento pero a nivel central y estatal.

El gobierno central tendrá que encargarse de mantener la cohesión de todos los niveles haciendo valer su labor de gerente macro y para esos efectos deberá activar las políticas de calidad, información, recursos humanos, ciencia y tecnología que den consistencia al modelo.

Adicionalmente, el sistema de salud colombiano en el futuro inmediato debe hacer un esfuerzo por crear un nuevo marco de ética médica y de las profesiones de salud.



**COMISION SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE  
SENADO DE LA REPÚBLICA**

**COMISION SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA SECRETARIA GENERAL DE LA COMISION.- Bogotá D. C., a los doce (12) días del mes de junio año dos mil trece (2013).- En la presente fecha se autoriza la publicación en la Gaceta del Congreso, observaciones Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas- ACHC, suscrita por el doctor JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA- Director General, en cinco (05) folios, en diez (10) folios, al Proyecto de Ley N° 210 de 2013 -Senado- "Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones" y sus Acumulados. Proyecto de Ley N° 51/2012 Senado: "POR MEDIO DEL CUAL SE REFORMA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES" y Proyecto de Ley 233/2013 Senado: "POR LA CUAL SE CREA EL SISTEMA UNICO DESCENTRALIZADO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD", suscrita por la Honorable Senadora LILIANA MARIA RENDON ROLDAN, Autoría del Proyecto de Ley del PL210 de 2013 Senado (MINISTERIO DE LA SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL -DOCTOR ALEJANDRO GAVIRIA URIBE). PL51 DE 2012 SENADO (H.S. JORGE ELIECER BALLESTOS BERNIER, EDINSON DELGADO RUIZ) Y PL-233 de 2013 Senado (H. S. LUÍS CARLOS AVELLANEDA, GLORIA INÉS RAMÍREZ, JUAN MANUEL GALÁN, CAMILO ROMERO, ALEXANDER LÓPEZ, PARMENIO CUELLAR, JOHN SUDARSKY, JORGE GUEVARA, JUAN FERNANDO CRISTO, GERMAN CARLOSAMA, CARLOS ALBERTO BAENA, Y H. R. IVAN CEPEDA CASTRO, GERMAN NAVAS TALLERO, ANGELA MARIA ROBLEDO, JOSE JUAQUIN CAMELO, GLORIA STELLA DIAZ, ALBA LUZ PINILLA, HUGO VELASQUEZ).**

El presente concepto se publica en la Gaceta del Congreso, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,

**JESUS MARIA ESPAÑA VERGARA**

## El pensamiento de la ACHC sobre el presente y futuro del sistema de salud colombiano<sup>1</sup>

Desde la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, ACHC, partimos de la creencia que el Sistema de Salud colombiano debe tener una Visión y el actual adolece de ella, por esto el trabajo y las propuestas hechas por el gremio a lo largo de los últimos años, han tratado de recuperar ese elemento estratégico y fundamental para alcanzar resultados óptimos en la salud de los colombianos.

La ACHC cree que por principio y tomando como base la dignidad del ser humano el sistema de salud deber ser:

- ☒ **Un sistema humanista:** Los ciudadanos, los usuarios, los pacientes deben ser los ejes del modelo. Los otros eslabones: los hospitales, los administradores y el gobierno tienen que ser medios para llegar a que esos seres humanos tengan un mejor nivel de salud.
- ☒ **Un sistema preventivista:** Que salga a buscar los sanos y no solamente espere los enfermos como ocurre hasta el día de hoy.
- ☒ **Un sistema eficaz:** Que en caso de enfermedad, atienda de manera oportuna, integral y eficiente, controlando sobrecostos y complicaciones prevenibles.
- ☒ **Un sistema donde la calidad sea un atributo y no un sobrecosto:** No se puede seguir ahorrando en pesos para malograr vidas. Hay que invertir en buena calidad y reducir los costos de no calidad.
- ☒ **Un sistema igualitario:** Los mismos derechos, las mismas prestaciones
- ☒ **Un sistema resultadista:** Se debe orientar a conseguir unos cambios positivos en el perfil epidemiológico de la población. Todo lo que tiene que ver con cobertura, como gasto y otras cuestiones, son sólo unos resultados intermedios.
- ☒ **Un sistema bien dirigido y bien gobernado:** Que use bien los recursos, sin corrupción.
- ☒ **Un sistema racional:** Hay que hablar de la eficacia clínica y de la eficiencia económica, pero también disminuir los costos de transacción y propender porque el sistema lo entiendan los ciudadanos.
- ☒ **Un sistema bien regulado:** Que existan reglas claras y que se cumplan. No se trata de tener un alto volumen de normas.
- ☒ **Un sistema lógico:** Que incentive mejores resultados, que subsidie la oferta pública donde sea indispensable, que promueva la cooperación como base de la sana competencia y que refuerce la formación del recurso humano preservando los centros de práctica y hospitales universitarios que se requieran.

### 1. Diagnóstico del Sistema de salud actual

Desde hace más de 10 años la ACHC ha observado el comportamiento del sistema de salud y ha alertado a la opinión pública en general y al sector salud en especial sobre el paulatino deterioro del mismo. Esas alertas se han renovado periódicamente y han sido expresadas en procesos legislativos como el que se inició en el año 2003 que culminó con la expedición de la Ley 1122. Posteriormente, hace cerca de dos años, se indicó por parte del gremio que el sistema había llegado al máximo de su potencialidad y que debería ser sometido a cambios en sus estructuras. Algunas de esas sugerencias fueron tenidas en cuenta durante la discusión de la Ley 1438; sin embargo, el escaso desarrollo reglamentario de esa norma hizo que esta situación, descrita como una crisis tratable, evolucionara hasta el actual momento en el que consideramos que el sistema ya muestra signos en diferentes dimensiones de ser un sistema fallido.

#### 1.1. Evidencias

Para sustentar la anterior aseveración se ha mostrado al sector una serie de evidencias que se enuncian a continuación:

- i) **Los resultados en salud en términos de indicadores sanitarios globales, no son alentadores, especialmente las cifras derivadas del estudio de carga de enfermedad y algunas de la Encuesta Nacional de Salud.** Los Avisas totales se han incrementado, las incidencias y prevalencias de condiciones crónicas van en aumento demostrando que en el pasado muchas labores de promoción y prevención no se hicieron debidamente y por lo tanto el futuro estará durante mucho tiempo dominado por enfermedades de alto impacto epidemiológico y alto costo económico y social.
  - De igual manera en lo **operacional**, continua la tendencia a la sobreutilización del esquema asistencial de manera marcada a través de los servicios de urgencias. Ese hecho se acompaña por el crecimiento de las quejas y reclamos de los usuarios y se relaciona negativamente con el incremento de la agresividad de la población contra el personal sanitario.
- ii) En lo gubernamental, se observa una **crónica debilidad en la regulación del sector** y una muy lenta reglamentación de la Ley 1438; norma que a la fecha ha vencido los plazos concedidos al Gobierno para sus desarrollos posteriores.

<sup>1</sup> Documento elaborado Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC. Juan Carlos Giraldo Valencia, Director General.

<p>iv) El panorama del flujo de recursos lejos de mejorar continúa siendo uno de los principales problemas del sistema. Las cifras de cartera continúan incrementándose tanto en monto como en antigüedad, hecho que ha llevado a muchas instituciones hospitalarias al cierre de servicios y a múltiples adaptaciones que ponen en peligro la asistencia normal a la población.</p> <p>v) Sumado a lo anterior el sistema ha consolidado de manera lenta una forma de operar que a todas luces es anormal, pues medidas pensadas como soluciones extraordinarias se han posicionado como formas usuales de operación; entre ellas se destacan: i) el uso de la turela, que no sólo se ha vuelto a incrementar, sino que cerca del 70 % de ellas son interpuestas pidiendo coberturas incluídas en el POS; ii) el uso persistente del mecanismo de cobros por prestaciones No- Pos y iii) el uso del giro directo como único mecanismo eficaz para garantizar el flujo de los recursos.</p> <p>vi) A lo anterior se suma la precariedad del funcionamiento del mal llamado <b>aseguramiento</b> que hacen las EPS. Un número muy alto de estas empresas están siendo intervenidas, están en liquidación o son sujeto de medidas cautelares como la llamada <b>vigilancia especial</b>. Este hecho reviste especial gravedad cuando se entiende que las dos terceras partes de la población (66%) está afiliada al sistema a través de esas entidades, las cuales más que operar, disfuncionan, poniendo en riesgo a la población a su cargo. De igual manera el país no óvnda que las EPS del régimen contributivo no escapan a la problemática mencionada, sino que han sido protagonistas de severas sanciones por diferentes autoridades; siendo la más grave la impuesta por la Superintendencia de Industria y Comercio que dictaminó cartelización y una serie de acuerdos respecto a los contenidos del POS. Esta conducta fue descubierta en gran parte de los integrantes de un gremio asegurador. Por si fuera poco, una encuesta de percepción de sistemas de salud en 23 países evidenció que sólo el 8% de los colombianos encuestados se sintió satisfecho con el funcionamiento del sistema de salud.</p> <p>vii) Todo lo anterior es más sombrío si se recuerda que el sistema de salud está en entredicho por un gigantesco escándalo de corrupción revelado por el Gobierno nacional, del cual se ha conocido su comienzo y primeros desarrollos, pero que aún no llega a las conclusiones, que sin duda comprometerán muchas instituciones del sector, pero especialmente del subsector del aseguramiento.</p>	<p>Los puntos anteriores están debidamente soportados en informaciones oficiales y observatorios técnicos y periodísticos que sirven de base al diagnóstico de sistema fallido, ya mencionado. Es necesario entonces actuar de forma tal que pueda pasarse a una fase propositiva de soluciones viables y acordes con la realidad del país y su sistema de salud.</p> <p><b>1.2. Metodología para el cambio</b></p> <p>En ese sentido, desde hace más de dos años, la ACHC viene promoviendo ante todas las instancias una discusión técnica que busca encontrar la mejor solución que preserve componentes funcionales y logros ya alcanzados pero que pueda modificar los esquemas caducos, corruptos o nocivos para la sociedad. La ACHC, entonces, ha propuesto un método con varias etapas.</p> <p>A- Ese método tiene que partir de la <b>observación comparativa internacional</b> y es por eso que en el año 2009 a propósito de la participación del gremio colombiano en el Congreso Mundial de Hospitales, se hizo un estudio de países latinoamericanos buscando encontrar los elementos comunes que pudieran predecir el logro de mejores resultado de salud. De ese trabajo se puede concluir que la independencia y especialización de roles, la solidaridad y la coexistencia del sector público con el sector privado son los elementos comunes que se relacionan fuertemente con un mejor estado de salud de la población.</p> <p>B- Superado el paso anterior y para evitar una política anti técnica de tierra arrasada, se debe juzgar de manera profunda y objetiva el funcionamiento del actual sistema para encontrar los <b>elementos que son deseables para conservar</b> en la nueva versión de sistema o en la evolución del actual, en consecuencia se proponen los siguientes:</p> <p>RE La cobertura universal</p> <p>RE La solidaridad obligatoria entre personas con capacidad de pago y las personas pobres</p> <p>RE El mantenimiento de un plan de beneficios que sea igual para todos los ciudadanos, que tome como referente de diseño al perfil epidemiológico y que consulte la capacidad instalada y de tecnología del país. Se sugiere que la modalidad escogida garantice una serie clara y amplia de componentes que estén libres de interpretaciones por los agentes,</p>
---	--

que se revise integralmente de manera obligatoria y periódica y que cuente con mecanismos de control social eficaces.

El sistema obligatorio de garantía de calidad en lo posible extendiéndolo estrictamente a todos los intervinientes en el sector incluidos todos los niveles de gobierno.

La participación comunitaria, que aunque incipiente tiene que ser componente obligatorio del siguiente sistema.

- C-
- De los pasos anteriores se obtienen unos componentes básicos deseables; acto seguido se deben discutir las alternativas teóricas para reformar el sistema. Las opciones estudiadas son 5 a saber:
    - Mantener el actual estado de cosas intacto
    - Volver al antiguo sistema nacional de salud
    - Implementar un esquema de administración regulada
    - Desarrollar un sistema puro de Atención Primaria en Salud
    - Implementar un esquema puro de seguro privado

De entrada, por obvia improcedencia, se descartan las primeras dos opciones y el análisis se hace sobre las tres restantes: administración regulada, Atención Primaria en Salud y seguro privado.

- D-
- En la última fase de este método se analizan los pros y contras de las opciones reales, concluyendo que ninguna de las tres de manera autónoma puede representar la mejor solución. El componente de Atención Primaria en Salud – APS- debería ser la base de cualquiera de los sistemas de salud para la Colombia del futuro y por ende la mejor alternativa sería conseguir un esquema mixto bien de seguro privado más APS o de administración regulada más APS. A las alternativas se les hizo una estimación presupuestal e institucional usando un algoritmo que consta en el documento “Alternativas y Equilibrios”, publicado en 2010; y finalmente se concluye que la combinación factible para hacer una transición más fácil, conseguir unos resultados más rápidos y unos costos sociales y privados más lógicos, es la mezcla de administración regulada con base en APS.

Durante estos últimos años la ACHC presentó este método y estas conclusiones en las diferentes instancias, técnicas y políticas; posicionando la terminología y los conceptos en las campañas

presidenciales, en las conversaciones iniciales con el actual gobierno y posteriormente en el proceso legislativo 1438. Sin embargo, y como fue descrito al principio de este documento la realidad del sistema evolucionó de manera desfavorable y al no instrumentarse cambios profundos, nuevamente emergió la crisis haciendo que el método y las propuestas de la ACHC hoy más que nunca cobren vigencia como un camino de solución.

## 2. Llamado a la Acción

Pero al hacer un análisis detenido de los intentos de solución a los problemas del sector, se encuentra que a pesar de la aparente claridad de los diagnósticos y de lo razonable de las soluciones planteadas recientemente (v.g. Leyes 1122 y 1438 y Decretos como el 4747), los resultados no han sido los mejores. En consecuencia, se plantea por parte de la ACHC un par de condiciones que se deben adicionar al método anteriormente propuesto y que tienden a solucionar dos aspectos que creemos son los causantes de la resistencia y cronicidad de esta crisis: la complejidad del sistema y la fragmentación de la sociedad.

La complejidad es evidente en todos los niveles del sistema; en las interacciones de los actores, en el lenguaje del sector, en los mecanismos de solución, en la inexistencia de un sistema de información, en la incapacidad de trabajo mancomunado y en la inoperancia de la competencia, entre otras evidencias. Esto nos lleva a proponer que en adelante las soluciones deben ser sencillas, de pocos pasos y con el número de intervinientes estrictamente necesarios para conseguir los resultados. Para esto se debe adelgazar el esquema administrativo, regular estrictamente las funciones de los actores, centralizar la tenencia de los recursos y modificar los incentivos.

La fragmentación de la sociedad es un gran problema pues el sistema siempre ha sido visto como un asunto ajeno por parte de la población. La participación de la sociedad civil en el diseño y acompañamiento al sistema ha sido marginal, mientras que grupos de interés y actores estratégicos se han adueñado de un sistema que por tener pocos dolientes ha quedado a merced de fuerzas poderosas ante las cuales las autoridades de vigilancia y control poco han podido hacer. En este aparte se busca generar una nueva conciencia de propiedad colectiva del sistema de manera que el discurso de derecho a la salud trascienda del ámbito individual al de la sociedad

como un todo. En este punto el remedio planteado por la ACHC es el denominado "Llamado a la Acción".

El llamado tiene tres objetivos que coinciden con tres momentos: inmediato, corto y mediano-largo plazo. Al **inmediato plazo** se debe construir una coalición de salud, es decir, encontrar con organizaciones de la sociedad civil afines unos puntos comunes sobre lo que debe ser ese nuevo sistema de salud. Se sugirió en primera instancia que la ACHC debía trabajar con pacientes, profesionales del sector salud, gremios de hospitales, entidades territoriales y empresarios. También se entiende que el trabajo con el Gobierno es una situación deseable, pero no es un condicionante del avance de la construcción de la coalición. El paso siguiente es compartir el llamado con los líderes, medios de comunicación y formadores de opinión de todas las regiones donde haya presencia de afiliados a la ACHC.

El **corto plazo** es el logro de la reforma estructural al sistema de salud. Para este objetivo es adecuado y oportuno el método y los componentes reseñados a lo largo de todo el documento. Esos contenidos apoyados por el llamado a la acción y el funcionamiento de la coalición, deberían promover los cambios legislativos que se necesiten para tener un nuevo sistema de salud con las condiciones que se mencionarán más adelante.

El **largo plazo** es el cambio de concepto de toda la población frente al sistema de salud. Lo que se busca es que la sociedad se adueñe del sistema y pueda llegar a considerar que es una propiedad colectiva y por lo tanto pueda hacer un mejor uso del mismo y ayude a defender los logros que de él se derivan. Un sistema de todos, un derecho colectivo.

### 3. Estructura del sistema de salud propuesto

Por último, es necesario dejar planteado de manera esquemática lo que propone la ACHC como reforma al sistema de salud.

**La base tiene que ser la estrategia de atención primaria de salud.** Diversas acciones en las fases de promoción y prevención tendrán que ser diseñadas de manera que el sistema pase a la ofensiva buscando la gente sana y tratando de mantenerla así. Se propone emplear focalizaciones con eventos trazadores, poner en funcionamiento los equipos de atención primaria básica, repotenciar la capacidad resolutoria de la baja complejidad y redefinir las competencias del médico

y los profesionales y trabajadores generales. Todo lo anterior usando tecnología de información y comunicaciones y tecnología médica que ayude a resolver en la base. Este es el modelo de atención.

**En el segundo nivel se debe hacer realidad el funcionamiento de las redes integradas de servicios de salud,** aprovechando la existencia de la mezcla público-privada que posee el país, pero definiendo una instancia de coordinación interna de la red a manera de uniones o consorcios que se encargue de mantener la lógica asistencial y de uso de recursos. La idea básica es erradicar la fragmentación y proveer integralidad en la asistencia, recuperando conceptos como población asignada o población de referencia; y haciendo que la oferta se acerque a la geografía, a la epidemiología y a la demografía real. Ese es el modelo de operación.

**En el tercer piso del esquema debe estar la administración regulada, entendida como la estrategia de coordinación o gerencia intermedia del sistema.** Este nivel corresponde al cambio de rol de los actuales "aseguradores" y se debe encargar de cumplir una serie de funciones previamente establecidas entre las cuales se destaca la coordinación logística, la auditoría de calidad, la auditoría de cuentas, la autorización de pagos, la comparación de redes, la resolución de problemas entre niveles y la alimentación y administración de componentes del sistema de información. Esa valiosa labor de gerencia intermedia será remunerada a posteriori con una tasa de administración fija o básica que podrá tener un componente variable adicional de acuerdo al desempeño que logre ese administrador con todos los eslabones que coordina y con los resultados que obtenga para la población y el sistema. Este que es el modelo de administración no manejará recursos ex ante como se hace actualmente con la UPC, siendo ese cambio en la tenencia del dinero una importante modificación a los incentivos en medio del sistema.

**El último nivel debe ser un banco o caja única de salud que se encargara de recaudar todos los dineros provenientes de los impuestos y recursos parafiscales que actualmente nutren al sistema.** Su función será preservar el dinero de la salud evitando mal uso de recursos y haciendo que procesos como el de compensación se adelgacen y simplifiquen, pero manteniendo la naturaleza de mezclador o agregador de riesgos financieros. Su función debe asemejarse a la de los bancos pudiendo tenerse esquemas regionales como se requieran. Solo moverá recursos para pagar a los que efectivamente presten los servicios después de la orden de pago debida por la instancia administradora regulada. No hará labores de auditoría de cuentas, pero puede habilitar



**COMISION SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE  
SENADO DE LA REPÚBLICA**

**COMISION SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA. SECRETARÍA GENERAL DE LA COMISIÓN.** Bogotá D. C., a los doce (12) días del mes de junio año dos mil trece (2013). - En la presente fecha se autoriza la publicación en la Gaceta del Congreso, observaciones Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas- ACHC, suscrita por el doctor JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA- Director General, en cinco (05) folios, en diez (10) folios, al Proyecto de Ley N° 210 de 2013 -Senado- "Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones" y sus Acumulados. Proyecto de Ley N° 51/2012 Senado: "POR MEDIO DEL CUAL SE REFORMA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES" y Proyecto de Ley 233/2013 Senado: "POR LA CUAL SE CREA EL SISTEMA ÚNICO DESCENTRALIZADO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD", suscrita por la Honorable Senadora LILIANA MARIA RENDON ROLDAN, Autoría del Proyecto de Ley del PL210 de 2013 Senado (MINISTERIO DE LA SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL -DOCTOR ALEJANDRO GAVIRIA URIBE). PL51 DE 2012 SENADO (H.S. JORGE ELIECER BALLESTROS BERNIER, EDINSON DELGADO RUIZ) Y PL-233 DE 2013 SENADO (H. S. LUÍS CARLOS AVELLANEDA, GLORIA INÉS RAMÍREZ, JUAN MANUEL GALÁN, CAMILO ROMERO, ALEXANDER LÓPEZ, PARMENIO CUELLAR, JOHN SUDARSKY, JORGE GUEVARA, JUAN FERNANDO CRISTO, GERMAN CARLOSAMA, CARLOS ALBERTO BAENA, Y H. R. IVAN CEPEDA CASTRO, GERMAN NAVAS TALLERO, ANGELA MARIA ROBLEDO, JOSE JUAQUIN CAMELO, GLORIA STELLA DIAZ, ALBA LUZ PINILLA, HUGO VELASQUEZ).

El presente concepto se publica en la Gaceta del Congreso, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5º del artículo 2º de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,

**JESUS MARIA ESPAÑA VERGARA**

esquemas de supervisión con las autoridades de vigilancia y control. Este es el eslabón que preserva el esquema de aseguramiento pero a nivel central y estatal.

El gobierno central tendrá que encargarse de mantener la cohesión de todos los niveles haciendo valer su labor de gerente macro y para esos efectos deberá activar las políticas de calidad, información, recursos humanos, ciencia y tecnología que den consistencia al modelo.

Adicionalmente, el sistema de salud colombiano en el futuro inmediato debe hacer un esfuerzo por crear un nuevo marco de ética médica y de las profesiones de salud.

De portada

# Llamado a la acción por un nuevo sistema de salud\*

**Juan Carlos Giraldo<sup>1</sup>**  
Valencia<sup>2</sup>  
con el apoyo de  
**Fernando Bohórquez<sup>3</sup>,**  
**Liliana Claudia Deiglermo<sup>4</sup>**  
y **Juan Guillermo Cuadros Ruiz<sup>5</sup>**

## 1. Antecedentes

Desde hace 10 años, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas empezó a hablar de la eventual crisis y del desbalance de poder en el sistema de salud colombiano, en el documento "La visión crítica desde el sector prestador", el gremio evidenció que había un abuso de posición dominante desde el lado de la demanda de servicios. Como el asunto no evolucionó de buena manera, dos años después se hizo una propuesta que, asumiendo la metodología de la medicina basada en la evidencia, mostró una serie de puntos críticos para resolver en una eventual reforma al Sistema de Salud. Efectivamente, muchas de esas sugerencias fueron trabajadas en el Congreso de la República y se convirtieron en algunas de las inspiraciones de los artículos de la Ley 1122 y de otras normas posteriores.

En el año 2006 se dio una mirada de futuro al Sistema, demostrando que, además del trabajo con poder Ejecutivo, Legislativo, Judicial, con las entidades de control y con las entidades Administradoras de Planes de Beneficios, el sector hospitalario tenía una agenda propia que era del Hospital del Futuro y que las instituciones debían adelantarse para ponerse a la par de las mega tendencias mundiales en el desarrollo hospitalario.

En el año 2008, ya expedida la Ley 1122, se identificaron algunas acciones que era necesario adelantar para mejorar el funcionamiento del Sistema. Desde el gremio, se propuso ajustar una serie de mecanismos como: i) la reestructura del Ministerio de Salud, hecho que ya el logró superado los ochos años de desvío del Ministerio de la Protección Social; ii) la creación de una Agencia de Evaluación de tecnología, la cual fue incluida en la Ley 1438; iii) se expresó la necesidad de que las instituciones hospitalarias dejaran de competir de manera irracional y migraran hacia la "cooperación", es decir, la cooperación y la integración

horizontal (estas propuestas hoy hacen parte de algunos textos grandes de la Ley 1438 en el capítulo de las Redes Integradas de Servicios de Salud); y, iv) se empezó a hablar del poder de los consumidores, tanto en lo macro como en lo micro.

En el año 2010, después de evaluar lo que pasó con la implementación de la Ley 1122, que fue relativamente poco, se determinó que el sistema había llegado a su máxima potencialidad y, por tanto, que se debía avanzar en una reforma. La ACHC, de manera propositiva presentó una serie de opciones que denominó "Alternativas y Equilibrios": El núcleo de estas era hacer un viraje importante en la modalidad del sistema, sin renunciar al aseguramiento, pasando a un esquema denominado "de administración regulada"; esa propuesta todavía está vigente y es una alternativa que es viable y no se ha terminado de explorar. De esta introducción se puede concluir que el trabajo del gremio ha sido largo y las propuestas han sido grandes, algunas de ellas han sido acogidas y otras están en proceso o en desarrollo.

## 2. Presente del sistema de salud

Continuando con la historia, debe decirse que en estos dos últimos años han pasado muchas cosas. Hubo cambio de Gobierno y el que llegó lo hizo con un ánimo reformista en muchos ámbitos; debutó con la reapertura del Ministerio de Salud, ya alcanzó un nivel de cobertura que supera el 90%, incluso en algunos puntos se muestra que es un 96% y técnicamente se puede decir que es cobertura universal. Además, en salud se embarcó en una reforma que materializó en la Ley 1438, de la cual se destacan tres aspectos centrales:

- i. El énfasis especial a la Atención Primaria en Salud, quedaron escritos algunos artículos en los que se dice que el modelo va a virar hacia éste y que la "estrategia micro" serán los equipos de atención primaria básica.



**HAY TELAS QUE SOLO  
CONSIGUEN TAPARTE,  
OTRAS EN CAMBIO,  
LOGRAN ENVOLVERTE**

Déjate envolver mientras cuidas de los demás por la protección, la comodidad y la tecnología que solo te dan las telas Uni For Me by Lafayette.  
uniformelafayette.com

Para mayor información sobre nuestras soluciones textiles comunícate con la línea nacional: 018000 11 80 00 - Bogotá 294 88 80 [serviciocliente@lafayette.com](mailto:serviciocliente@lafayette.com)

Encontrámonos en nuestro fan page: [facebook.com/Atualuni@lafayette](https://www.facebook.com/Atualuni@lafayette)

**UNI FOR ME**  
by LAFAYETTE

© 2013 Lafayette Textiles

Que se esté hablando todavía de sífilis congénita, es una verdadera vergüenza epidemiológica y esa no es una falla de alguien aisladamente, es una falla profunda del Sistema que demuestra que no se está controlando el riesgo, no se está detectando y no se está tratando oportunamente a los pacientes. La carga de enfermedad no mejora dentro del corte 1995 y 2005; aunque las cifras no han sido actualizadas, así mismo

Gráfica N° 1  
Proportión de muertes debido a inequidad



Fuente: La salud en Colombia en relación al resto del mundo. Dr. Juan Garay, 2012

Gráfica N° 2  
Aumento Consultas de Urgencias



Fuente: ACHC-Estudio de investigación servicios de urgencias 2008-2010. Fortaleza  
General: Una estrategia para hacer frente a nuevos desafíos.

logros que en la potencialidad tenía la Ley 1438, porque en un escenario donde se presenta un asunto de corrupción tan serio, todas las gestiones se deben enfocar a combatir y atacar de raíz ese mal, sin embargo, lo que revivió fue el escenario de crisis pre-Ley 1438. Para soportar esa afirmación, son múltiples las evidencias.

2.1. Evidencias

El Gobierno ha expresado su preocupación por el tema de mortalidad materna. A tal punto que al principio del año en una circular conjunta el Instituto Nacional de Salud, la Procuraduría General de la Nación, el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud, se unieron para manifestar su inconformidad con los indicadores de mortalidad materna, pues lejos de mejorar, los resultados en la semana quinta del año epidemiológico ya mostraban una cifra intolerable de pérdidas de vidas maternas. Cada vez que hay una muerte materna, se está evidenciando una defunción muy seria, ni siquiera de un sector o de un sistema de salud, sino de toda una sociedad; el Gobierno, además, ha reconocido que se están presentando otras dos circunstancias que consideran intolerables: la sífilis congénita y que las personas que están viviendo con VIH no estén recibiendo los tratamientos completos. (Ver Tabla 1)

Tabla N° 1

MORTALIDAD MATERNA  
CIRCULAR COMUNIDAD EXTERNA No. 005 27 Febrero de 2012

Año	2008	2009	2010	2010 (5- semana)
398	444	403	455	49 casos

Fuente: Instituto Nacional de Salud, subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública Sistema de Vigilancia en Salud Pública - SIMVI. A circular conjunta externa No. 005, 27 Febrero de 2012.

- ii. Recoge la teoría de la cooptación en la integración horizontal y establece, en el papel, las redes integradas de servicios de salud.
- iii. Complementando medidas de leyes anteriores y accionando el clamor que se había expresado desde hace congeda de una década, con respecto al mal uso de los recursos del Sistema de la salud, el Congreso de la República estableció una regla de oro con el uso de los recursos: un 90% para la adquisición de los servicios de salud y el restante porcentaje para la administración.

El legislativo, sin embargo, entregó un gran cheque en blanco, porque de los 145 artículos de la Ley, más de la mitad quedaron para ser reglamentados posteriormente por el Ejecutivo. Acto seguido, y ya expedida la Ley 1438, el propio Gobierno reveló el gran escándalo de corrupción del sector salud. El Presidente de la República, acompañado por la Contraloría, la Fiscalía y el Comandante de la Policía -un verdadero retrato de poder-, reconoció la existencia de una mafia que se robó los recursos de salud de los colombianos. (Ver ilustración No. 1) Desde el sector prestador se sintió que se obraba en consecuencia del Gobierno y se esperaba que se obrara en consecuencia con ello, haciendo una intervención inmediata, radical y profunda al Sistema de Salud, hecho que, se debe decir, no se ha dado durante todo este tiempo.

¿Cuál es el efecto que tuvo la denuncia de corrupción? Pues que, inmediatamente (este puede ser un juicio duro, pero es lo que está sintiendo todo el país), invalidó la mayor parte de los



Fuente: REVISTA SEMANA, fecha de publicación: 1 Mayo 2011

Pero la entrada de la gente por urgencias, además de ser una vía ilógica, genera muchos otros problemas, los cuales ya se están manifestando en un indicador que construye la Superintendencia de salud y que han denominado los POR, que son las Peticiones, las Quejas y los Reclamos y se puede observar el incremento en el periodo 2010 - 2011, donde se ha multiplicado casi por 6 ese indicador; eso significa que hay un malestar muy grande con el modelo y la congestión que se deriva de ese modelo asistencial.

Además, cuando se observa la encuesta de médicos generales de 2011, el 91 % de los doctores señalan que han sido agredidos de una u otra forma por los pacientes; no se puede decir que llegar a este extremo es aceptable, pero es comprensible porque la gente está crispada con tanta tramitación, tantas puertas cerradas y tanto lenguaje incomprensible que, al final la primera cara que encuentra abriórdole la puerta, es la que

recibe toda esa carga de malestar y de ira contenida por el mal funcionamiento del Sistema.

El Lo financiero

En este tema se deben observar dos aspectos. Primero, uno de los reditos que tenía la reforma, por lo menos hasta la mitad de la década pasada, era que estaba disminuyendo el gasto de bolsillo y ese era un logro importante porque en sistemas anteriores la gente tenía que pagar todo de su bolsillo y era una gran barrera de acceso; pasa el tiempo y en este sistema se da una aparente caída en el gasto de bolsillo, pero después vuelve a incrementarse y en las últimas cifras – las de los investigadores más consistentes con este tema- hay un rango que va entre 6.5 y 8 billones de pesos; esta es una diferencia gigantesca, porque representa entre el 15 y 20% de todo el gasto del Sistema de salud. Entonces, es claro que en gasto de bolsillo el sistema no va bien. (Ver tabla No. 2)

Tabla N° 2

COMPOSICIÓN DEL GASTO TOTAL EN SALUD - 2009  
Comparativo OMS - Consolidado Nacional

Composición del gasto	(Millones \$)	%	Consolidado Nacional (Millones \$)	%
<b>1. Gasto del Gobierno General en salud (GGGS)</b>	<b>27.403.772</b>	<b>84,2</b>	<b>27.853.743</b>	<b>72,4</b>
1.1. Gasto en seguridad social en salud (GSSES)	18.634.565	57,3	14.644.255	38,1
1.2. Gasto del gobierno en salud	8.769.207	26,9	13.209.488	34,3
<b>2. Gasto privado en salud (GPS)</b>	<b>5.142.276</b>	<b>15,8</b>	<b>10.625.399</b>	<b>27,6</b>
2.1. Gasto en medicina prepagada (GMP)	2.571.138	7,9	2.544.669	6,6
2.2. Gasto de bolsillo en salud (GBS)	2.571.138	7,9	8.080.730	21,0
<b>3. Otros</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>
<b>Gasto en salud total (GST)</b>	<b>32.546.048</b>	<b>100,0</b>	<b>38.479.142</b>	<b>100,0</b>

PIB: 508.532.000  
Gasto total del gobierno (GTG): 153.093.701  
Recursos externos para salud: 32.546

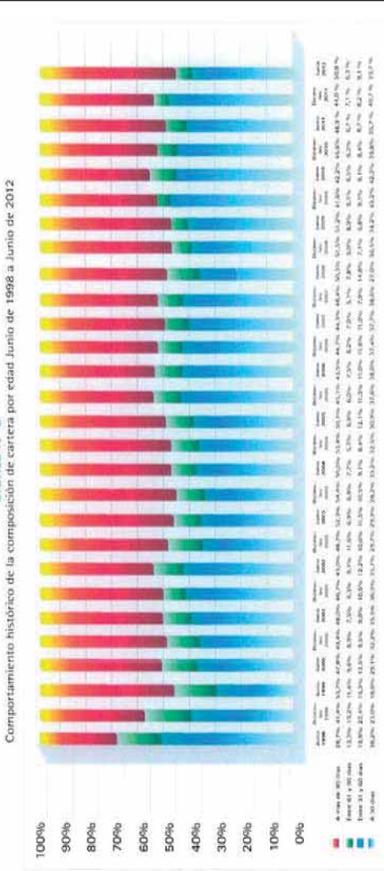
Fuentes: WHO, Global Health Observatory Data Repository, Health Expenditure Ratios; y ANDI Taller Intersectorial mayo 2010.

Fuente: Rondición de cuentas, seguimiento financiero y los problemas de medición en el gasto de salud. Bogotá D.C., 27 de marzo de 2012

de la información en el Sistema de salud colombiano es gravísimo; si no se puede tener una cifra con la presunción de legalidad y se tiene que acudir a herramientas como las encuestas de hogares para determinar el gasto de bolsillo en salud, hay un gran problema. ¿Qué pasará con el resto de indicadores o de información?

El segundo aspecto financiero es la cartera hospitalaria, la gráfica No. 3 es una fotografía del comportamiento de ésta en los últimos 14 años, tema que para muchos es un gran dolor de cabeza, y que no se alivia a pesar de saber quién debe, cuánto debe, desde hace cuánto debe y de mostrar las tendencias desde hace tanto tiempo. Las cosas no mejoran y como la ACHC se lo ha expresado al Gobierno, el propio

Gráfica N° 3  
Comportamiento histórico de la composición de cartera por edad Junio de 1998 a Junio de 2012



los últimos 10 años, ¿qué significa eso?, que hay muchas puertas cerradas, muchos procedimientos ordinarios que no funcionan y la gente tiene que acudir al aparato judicial.

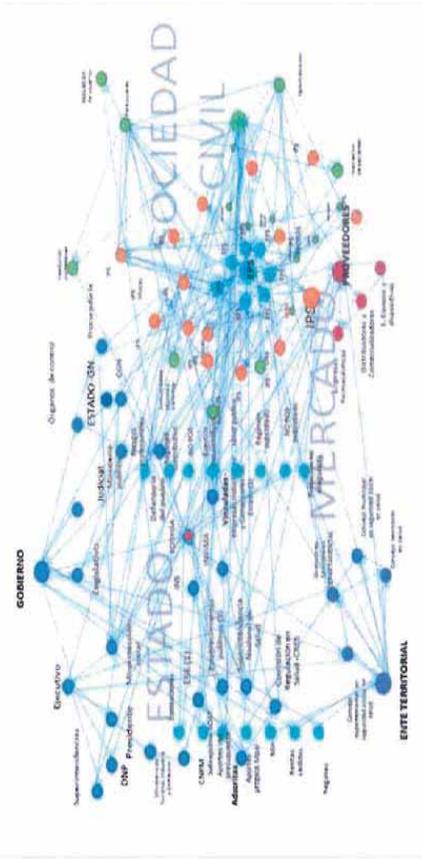
La tercera, el asunto de los recobros. Este era una puerta de emergencia para algunos casos en los que hablan algunas discrepancias y se convirtió en un circuito ordinario para el giro de los recursos, a tal punto que hoy parte de los dineros del sistema ordinario, terminan financiando el sistema extraordinario, convirtiéndose en un círculo vicioso y en una excusa más por parte de los aseguradores para no movilizar oportunamente los recursos. Estas tres cuestiones extraordinarias, tienen que generar una reflexión sobre la disfunción de la estructura administrativa del sistema.

Muchas medidas que habían sido pensadas como salidas extraordinarias o excepcionales, se han convertido en la forma de operación ordinaria del Sistema. La primera, el giro directo, esa es una salida que incluso el gremio hospitalario le ha pedido al Gobierno que se implemente en el régimen contributivo, pero hay que hacer una reflexión, si en el sistema la única manera de tener flujo de recursos adecuado es haciendo saltos sobre los eslabones que están constituidos oficialmente, significa que algunos están sobrando y no están agregando valor, entonces no es una crítica al giro directo – buena solución excepcional- pero sí es una conclusión que debe derivarse de la aplicación de esa medida.

El segundo mecanismo que era extraordinario, la tuteo, que ha multiplicado por 4 el número por cada 10 mil habitantes en

extraordinaria –como la tuelb–, se multiplica y se crece por dos, porque se abren todos los circuitos extraordinarios del sistema judicial y de los recursos, y se empieza a multiplicar la complejidad del sistema, eso es lo que tenemos actualmente.

Ilustración N° 2  
Complejidad del actual sistema de salud colombiano



Fuentes: Elaboración propia ACHC, 2012

El Gobierno y todos los agentes del sistema debemos hacer un acto de contrición por haber entrado en esta moda, de forma que cuando se quiere hacer alguna intervención, en lugar de simplificar, siempre se le suma más y más complejidad. Es más, cuando se consulta al sector de la ingeniería, sus representantes contestan: "es que los sistemas de salud son sistemas adaptativos-complejos"; entonces, claro, ahí toma asidero el discurso: "este es un sistema adaptativo-complejo y, por lo tanto, no se tiene control, cada uno simplemente se adapta y se pierde la noción de gobierno, porque en estos sistemas ellos sólo se encargan de crecer, de generar relaciones informales y de que los actores se vayan acomodando y adaptando. Eso es lo que ha pasado en el país, al final los agentes y, especialmente, los ciudadanos, se han ido enredando más en esa vorágine.

### 3.2 Una propuesta de visión

La visión del sistema de salud colombiano debe estar soportada en una serie de principios que respondan a la dignidad del ser humano y conduzcan a la preservación de la salud de los pacientes. En la Ilustración No 3 se sintetiza como debería ser el sistema de salud.

Y una evidencia final es la encuesta que hizo la empresa Yanhaas en Latinoamérica y que señala en sus resultados que sólo el 8% de los colombianos están satisfechos con su sistema de salud. Estas evidencias han llevado a la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas a concluir que este sistema, sin llegar a su punto máximo de potencialidad, sencillamente ya falló y por eso considera que no se deben seguir haciendo intentos sobre la estructura actual, sino que la sociedad tiene que tomar decisiones y evolucionar hacia cosas que sean absolutamente funcionales.

### 3. Futuro del sistema de salud

#### 3.1 Aspectos a tener en cuenta

Cuando se mencionan estas evidencias en escenarios diferentes a los del sector salud, a formadores de opinión, a economistas, a personas de otros sectores, dicen "¿y qué?", los hemos oído hablar de la cartera hospitalaria, del Troxyga, de que ahora ya no van a poder seguir, les hemos oído decir a otros actores que se van a retirar, pero al final no pasa nada. Esa afirmación lleva a un proceso de reflexión profundo sobre el por qué de este "¿y qué?". El gremio considera que se debe avanzar en la búsqueda de acciones diferentes para superar esa inercia. Hay por lo menos dos hipótesis de por qué aquí no pasa nada, a pesar de que todo el mundo observa que las cosas están funcionando mal: la complejidad del sistema y la falta de acción de las fuerzas de la sociedad.

La primera, el sistema de salud no puedo decir que simplemente se ha complicado, se ha "complejizado", es decir, el nivel de complejidad que está manejando es absurdo. La Ilustración No. 2 es una fotografía muy aproximada de cómo se ve el sistema de salud colombiano, donde lo que hay es una serie de puntos, que son nodos de poder que están todos relacionados. Cada proceso, cada decisión, afecta de una u otra forma el conjunto, pero son tantas las interacciones y las magnitudes diferentes de ellas, que cualquier cambio requiere o controlar perfectamente todo el conjunto –prácticamente imposible– o tomar la decisión de acortar pasos, eliminar reducciones, en general, adelgazar el esquema administrativo. Esa misma fotografía, si se tiene que acudir a una vía

1) El aseguramiento

Respecto al aseguramiento, también existen evidencias directas de las fallas del esquema: en primer lugar, no se puede olvidar que hace más de un año la Superintendencia de Industria y Comercio –SIC– tomó una decisión muy seria contra un grupo importante de aseguradores y un gremio. Todavía es tiempo para que desde ese sector se presenten disculpas al país – los exhortamos a ello –, porque las faltas y conductas por las cuales fueron multados, son cosas muy serias y se podría decir que fue un verdadero complot contra la población colombiana. Ese es otro tipo de uniones para decir que está, ver a pasar eso tipo de uniones para decir que está, que no está y cómo se da. Entendemos por la SIC y sus funcionarios, que entre otras cosas también ha actuado contra hospitales, como debe ser, porque el cumplimiento de las normas es para todos. Un punto crítico en aseguramiento es, que el 66% de los ciudadanos colombianos, afiliados al Sistema de Salud lo hacen a través de entidades que están intervenidas en vías de liquidación o en vigilancia especial; eso es una muestra profunda del daño de ese pilar del Sistema actual.

De la Ley 1438 lejan por reglamentar los artículos 2, 4, 10, 11, 12, 14, 15, 19, 20, 22, 23, 24, 33, 34, 46, 51, 56, 57, 62, 64, 67, 75, 76, 80, 81, 85, 88, 89, 97, 98, 99, 101, 102, 108, 111, 112, 113, 114, 118 y 119.

Ilustración N° 3

Vision sugerida del sistema de salud colombiano



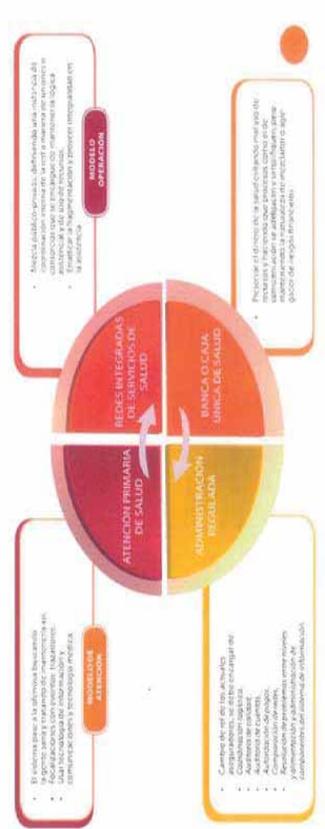
- Los ciudadanos, los usuarios, los pacientes deben ser los ejes del modelo.
- Que salga a buscar los sanos y no solamente espere los enfermos como ocurre hasta el día de hoy.
- Que en caso de enfermedad, atención de manera oportuna, integral y eficiente, controlando sobrecostos y complicaciones prevenibles.
- Hay que invertir en buena calidad y reducir los costos de no calidad.
- Los mismos derechos, las mismas prestaciones
- Se debe orientar a conseguir unos cambios positivos en el perfil epidemiológico de la población.
- Que use bien los recursos, sin corrupción.

- Hay que hablar de la eficacia clínica y de la eficiencia económica, pero también disminuir los costos de transacción y propender porque el sistema lo entiendan los ciudadanos.
- Que existan reglas claras y que se cumplan. No se trata de tener un alto volumen de normas.
- Que subsidie la oferta pública donde sea indispensable, que promueva la cooperación como base de la sana competencia y que refuerce la formación del recurso humano preservando los centros de práctica y hospitales universitarios que se requieran.

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas hace dos años avanzo en esa propuesta de un nuevo sistema de salud, pero hay que reconocer que se hizo bajo el esquema de la complejidad, se utilizó entonces la metáfora de una torre jenga para mostrar cuáles eran los componentes y los niveles de las diferentes categorías. También se evidenciaron los equívocos que se podrían dar con determinada alternativa.  
 \* GIRALDO VALENCIA, Juan Carlos. "Alternativas y equívocos". En: *Revista Hospitalaria* N°72, págs. 4-32, julio-agosto de 2010.

Ilustración N° 4

ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD PROPUESTO



- Modelo de Atención:**
  - Atención de los usuarios en el punto de entrada al sistema de salud.
  - Atención de los usuarios en el punto de entrada al sistema de salud.
  - Atención de los usuarios en el punto de entrada al sistema de salud.
  - Atención de los usuarios en el punto de entrada al sistema de salud.
  - Atención de los usuarios en el punto de entrada al sistema de salud.
  - Atención de los usuarios en el punto de entrada al sistema de salud.
  - Atención de los usuarios en el punto de entrada al sistema de salud.
  - Atención de los usuarios en el punto de entrada al sistema de salud.
- Modelo Operación:**
  - Redes integradas de servicios de salud.
  - Atención de los usuarios en el punto de entrada al sistema de salud.
  - Atención de los usuarios en el punto de entrada al sistema de salud.
  - Atención de los usuarios en el punto de entrada al sistema de salud.
  - Atención de los usuarios en el punto de entrada al sistema de salud.
  - Atención de los usuarios en el punto de entrada al sistema de salud.
  - Atención de los usuarios en el punto de entrada al sistema de salud.
  - Atención de los usuarios en el punto de entrada al sistema de salud.
- Modelo Banca de Salud:**
  - Principio de equidad y solidaridad.
  - Atención de los usuarios en el punto de entrada al sistema de salud.
  - Atención de los usuarios en el punto de entrada al sistema de salud.
  - Atención de los usuarios en el punto de entrada al sistema de salud.
  - Atención de los usuarios en el punto de entrada al sistema de salud.
  - Atención de los usuarios en el punto de entrada al sistema de salud.
  - Atención de los usuarios en el punto de entrada al sistema de salud.
  - Atención de los usuarios en el punto de entrada al sistema de salud.

Fuente: Elaboración propia ACHC, 2012

Hay una defensa a ultranza del aseguramiento y es casi una religión, pero hay una falla metodológica en esa defensa, el aseguramiento no son los aseguradores. Menos cuando los aseguradores locales duñan de sus funciones y su naturaleza.  
 En principio, el aseguramiento vale la pena porque hay que defender la población de los riesgos de la enfermedad y la pobreza derivada de un tratamiento muy costoso que el ciudadano o la familia no tiene manera de sufragar. En la propuesta de sistema nuevo se debe hacer un cambio importante, pasando de lo actual a un esquema de fondo central que recaude y pague. Ese es un tipo de aseguramiento estatal y ese fondo - no tiene nada que ver con el actual y desprestigiado Fosyga- hace las veces de un gran pool. Según autoridades mundiales en sistemas de salud, este mecanismo cumple la función de agregación central del riesgo y, teóricamente, al sumarse a los otros mecanismos - como el plan de beneficios, la UPC, las cotizaciones- mantiene el concepto básico de aseguramiento. Por tanto, si la religión es esa - el aseguramiento- no hay cambio de religión, pero se va a tener un manejo que garantizará que más del 90% de los recursos estarán controlados y se evitarán los problemas de corrupción actuales. Un gran maestro del periodismo colombiano, señaló que "si se quiere saber dónde está la causa de un problema siga la plata", mejorando la máxima, si quiere evitar la corrupción, controle el dinero. Un fondo único pagador y recaudador, con un esquema descentralizado de administración regulada, implica que algunos de los establecimientos que hoy existen muten de papel y se conviertan netamente en administradores, sin continuar con esa falacia del aseguramiento que en realidad no se está dando en esos niveles, sino que trasladó toda la carga del riesgo al Fosyga, a las IPS y a los ciudadanos.  
 La premisa básica dentro de esta mirada de simplificación es: todo lo que sobra y no agregue valor, tiene que ser eliminado del sistema de salud. La sociedad no puede defender un número limitado de entidades o de supuestos inversionistas, a expensas de la salud de toda la población.  
 Al final se esperaría que esa vozlogne se convirtiera en una cosa sencilla, se pueden buscar unas estructuras más planas - no tan divertidas para

\* Diálogo IPS - EPS, *Revista Hospitalaria* N° 47, págs. 21 - 26, Mayo - junio de 2006.  
 \* ¿Dónde está la bolita? Daniel Coronell, *Revista Semana*, Enero 30 de 2010.

se concentró en el sector de los hospitales. Esta mirada permite formular la siguiente hipótesis: la esfera de la sociedad civil está absolutamente despegada de las otras dos y por eso todas las reformas que se enajen y las Leyes que se creen en este sistema, rápidamente evolucionan a la inoperancia, al desprestigio o a la ineficacia, porque no hay una sociedad civil que sea capaz de apropiarse de esas cosas y, por lo tanto, las defienda y las haga exigibles.

La esfera de la sociedad civil es como una especie de célula a la que se le ha roto su pared y a la cual todas sus organelas se han rogado. El diagnóstico es una sociedad general desunida o fracturada y, a la vez, una sociedad civil absolutamente atomizada; por ello se debe avanzar hacia un Estado en el que se integre la sociedad civil a las otras dos esferas, para que sea funcional y todo el discurso de la participación, la rendición de cuentas, el seguimiento social y la auditoría colectiva se convierta en una realidad para defender o para impugnar o para modificar los sistemas que rigen en este caso- la salud en Colombia.

¿Cuáles son las condiciones que se necesitan para eso? La primera condición para el momento en el que está el sistema de salud en Colombia, es tener liderazgo. Una de las principales causas por las cuales la sociedad civil está desunida, es porque han habido muchos líderes que han tratado de ser tan protagónicos, que han eliminado a los otros líderes que están luchando por la misma causa; eso se evidencia en las asociaciones de hospitales, en las asociaciones de profesionales, en los gremios, en las confederaciones; cada vez que se quiere hacer un trabajo, se crea otra que aspira a eliminar las preexistentes.

**La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, propone:**

*Crear un liderazgo colectivo*, en el que como se denomina en las teorías de conflictos sociales, el gremio sea el defensor de la propuesta, es decir, que el gremio *seche a andar la rueda*; pero hace un llamado a los demás agentes del sector, especialmente a los usuarios, a que sean los que se encarguen de que continúe andando y nunca se detenga.

*Entidades colaborativas*. En primer lugar, que los usuarios del sistema de salud, quienes, junto con los hospitales y clínicas, son el binomio que da el movimiento día a día del Sistema, colaboren con la causa. También, deben estar los hospitales que no están afiliados a la ACHC, los profesionales de la salud, las academias, las asociaciones médicas y los profesionales y trabajadores no médicos del sistema de salud. Se deben unir por la misma causa y vocación. Así mismo, deben estar los empresarios, que van por la vida siendo pasos dentro de este sistema de salud, y los entes territoriales, como decisores políticos naturales del país.

algunos - que con toda seguridad son mucho más eficaces para la población. Debe quedar claro que no porque el Sistema sea simple, ya no es técnico o está mal pensado; al contrario, para poder encontrar una solución simple a un problema complejo se ha tenido que trabajar, pensar e investigar muchísimo para hacer esa propuesta.

**4. Llamado a la acción**

En la ilustración No. 5 se observa a la sociedad como la conjunción de un Estado con una economía y con una sociedad civil. En la esfera del Estado se encuentran el Gobierno, el Congreso, la Presidencia, los entes territoriales en la esfera de la economía está lo que se llamaría el sector real de la economía, las IPS, las EPS, la economía formal e informal, y los proveedores; y en la tercera esfera, que es la más importante en este caso, está la sociedad civil y en esta se pueden encontrar los líderes hospitalarios, las ONG, las asociaciones de usuarios y de otras instituciones y, por supuesto, los gremios como la ACHC.

**Ilustración N° 5**  
**Estructura de la sociedad**



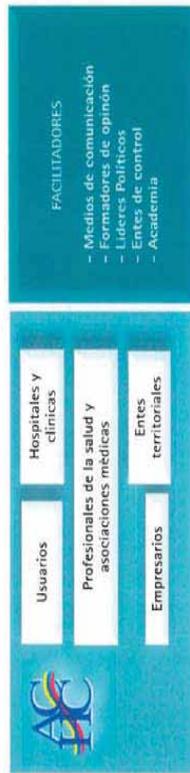
Las fuerzas de la sociedad no actúan unidas. Existe un desconocimiento del poder de la sociedad, el centro de acción en la última década, ha estado enfocado en la esfera del estado y en la economía.

Fuente: Elaboración propia ACHC, 2012

Desde la esfera de la sociedad civil, siempre se ha mirado hacia las otras dos esferas, entonces, la tercera esfera está mirando al Estado, al Gobierno, al Congreso y al mercado; es más, eso coincide con las fases del trabajo gremial que ha adelantado en los últimos años la ACHC, una que fue macro y otra que después

Los facilitadores. Como se muestra en la ilustración No. 6, se unen las instituciones convocadas con unos facilitadores, que para este caso son: los medios de comunicación, los formadores de opinión, los líderes políticos y religiosos, los entes de control y la academia.

**Ilustración N° 6**  
**Tablero de Liderazgo**



Superado el personalismo de los líderes a través del tablero de liderazgo, se debe avanzar hacia un diagnóstico compartido.

Por las manifestaciones que se han dado en el sector desde hace algunos años, es evidente que hay un importante malestar social con el sistema de salud, hecho que día a día se evidencia por las necesidades no resueltas de la población; obesidad, en gran medida, en las evidencias iniciales de este y otros documentos del gremio entonces, se debe encontrar un mecanismo que sea aprobado, válido y legítimo para encausar la dinámica de la sociedad. La literatura sobre problemáticas como esta, en diferentes sectores y en otros países, propone un mecanismo denominado "El llamado a la acción".

De llamado a la acción hay muchos ejemplos que, además, han sido ampliamente utilizados por el sector salud mundial. Tal es el caso del llamado a la acción de Toronto sobre los recursos humanos, el que hace la Organización Mundial de la Salud para reducir la pandemia de H1N1; e incluso, en Colombia, el Instituto Nacional de Cancerología, ha hecho algo similar como la movilización social para el control de cáncer en el país, es decir, la herramienta existe y es un mecanismo legítimo para lograr la movilización social.

Para que el llamado a la acción sea eficaz, debe tener unos objetivos claros; en este caso, la movilización colectiva a la que la ACHC convoca tiene los siguientes objetivos:

- 1. Construir una coalición, pero no política, ni coyuntural que se derrumbe en un mes; deber ser una coalición que entre a reparar el daño que se expresa como la desunión en la sociedad civil. Esa coalición debe funcionar de manera permanente, como el espacio para permitir el desarrollo del tablero de liderazgo, como planificador de acciones, ejecutor de proyectos, y verificador y evaluador de los alcances y logros del llamado a la acción.

El segundo objetivo es el nuevo sistema de salud. Esa es la prueba que en el corto plazo va a dar fe, si la coalición es capaz de impulsar cambios reales en la política social. Inicialmente, la ACHC, como se describió antes, ha venido proponiendo un nuevo sistema con una visión y unos componentes prácticos, lógicos y sencillos.

La base tiene que ser la estrategia de atención primaria de salud. Diversas acciones en las fases de promoción y prevención tendrán que ser diseñadas de manera que el sistema pase a la ofensiva buscando la gente sana y tratando de mantenerla así. Se propone emplear focalizaciones con eventos trazadores, poner en funcionamiento los equipos de atención primaria básica, reponer la capacidad resolutoria de la baja complejidad y redefinir las competencias del médico, y los profesionales y trabajadores generales. Todo lo anterior, usando tecnología de información y comunicaciones, y tecnología médica que ayude a resolver en la base. Este es el modelo de atención.

En el segundo nivel se debe hacer realidad el funcionamiento de las redes integradas de servicios de salud, aprovechando la existencia de la mezcla público-privada que posee el país, pero definiendo una instancia de coordinación interna de la red a manera de uniones o consorcios que se encarguen de mantener la lógica asistencial y de uso de recursos. La idea básica es erradicar la fragmentación y proveer integralidad en la asistencia recuperando conceptos como población asignada o población de referencia, y haciendo que la oferta se acerque a la geografía, a la epidemiología y a la demografía real. Ese es el modelo de operación.

En el tercer piso del esquema debe estar la administración regulada, entendida como la estrategia de coordinación o gerencia intermedia del sistema. Este nivel corresponde al cambio de rol de los actuales "aseguradores" y se debe encargar de cumplir una serie de funciones previamente establecidas, entre las cuales se destacan la coordinación logística, la auditoría de calidad, la auditoría de cuentas, la autorización de pagos, la comparación de redes, la resolución de problemas entre niveles y la alimentación y administración de componentes del sistema de información. Esa valiosa labor de gerencia intermedia será remunerada a posteriori, con una tasa de administración fija o básica que podría tener un componente variable adicional de acuerdo con el desempeño que logre ese administrador, con todos los establos que coordina el sistema. Este, que es el modelo de administración, no manejará recursos ex ante como se hace actualmente con la UPC, siendo ese cambio en la tenencia del dinero una importante modificación a los incentivos en medio del sistema.

El último nivel debe ser un banco o caja única de salud que se encargará de recaudar todos los dineros provenientes de los impuestos y recursos parafiscales que actualmente nutren al sistema. Su función será preservar el dinero de la salud, evitando mal uso de recursos y haciendo que procesos como el de compensación se adelgacen y simplifiquen, pero manteniendo la naturaleza de mezclador o agregador de riesgos financieros. Su función debe asemejarse a la de los bancos, pudiendo tenerse esquemas regionales como se requieren. Sólo moverá recursos para pagar a los que efectivamente presionen los servicios después de la orden de pago, debida por la instancia administradora regulada. No hará labores de auditoría de cuentas, pero puede habilitar esquemas de supervisión con las autoridades de vigilancia y control. Este es el establon que preserva el esquema de aseguramiento, pero a nivel central y estatal.

El gobierno central tendrá que encargarse de mantener la cohesión de todos los niveles, haciendo valer su labor de gerente macro, y para esos efectos deberá activar las políticas de calidad, información, recursos humanos, ciencia y tecnología, que den consistencia al modelo. Adicionalmente, el sistema de salud colombiano en el futuro inmediato debe hacer un esfuerzo por crear un nuevo marco de ética médica y de las profesiones de salud.

III. Liderar un cambio cultural. El sistema de salud no es propiedad de ningún gobierno, de un partido político, de una coalición de gobierno o de unas empresas; el sistema de salud es propiedad colectiva y esa visión no la tienen los colombianos; unos porque están acostumbrados al asistencialismo público, otros porque creen que su condición de pobres los relega en el debate público, otros porque son ricos y son indolentes, otros porque son empleados y ven que cada mes pueden tener la forma de entrar al sistema de salud, pero nadie tiene la conciencia de que si se excide en el uso de determinadas cosas, daña al otro, o que cuando hace determinadas maniobras de corrupción, como las denunciadas recientemente por el gobierno, causa muertes o barreras de acceso. Esa conciencia social no se tiene y ese es un cambio cultural que se debe dar, en el mediano y largo plazo, como fruto último de este movimiento que se inicia, ahora.

Respecto al papel que deben jugar los diferentes grupos de interés o actores del sector convocados al tablero de liderazgo, se hacen algunas anotaciones como acciones u objetivos individuales para ser alcanzados, a saber:

El sector de los empresarios debe comprender que no son simplemente los aportantes de dinero a un sistema. Deben hacer esfuerzos por educar a sus empleados para que hagan uso del derecho a la libertad de escogencia. Además, asumir una nueva cultura de rendición de cuentas, entendiendo que también son dueños del sistema y deben exigir los resultados de salud en sus trabajadores y que tengan las cosas mínimas, como el verdadero acceso a una mejor atención, porque ellos la están cofinanciando. Hay que salir de esa lógica que simplemente cumple y hace aportes parafiscales porque la ley ordena ese aporte, debería tener su interés reflejado en los resultados de salud, ese es un cambio total de visión.

Por su parte, los entes territoriales tienen que recuperar sus competencias, tienen que ser la puerta de entrada, especialmiente de la Atención Primaria en Salud. En una eventual reforma, en un Sistema nuevo, serán actores centrales y tendrán que hablar con las IPS - públicas y privadas -, mirar cómo modernizan su estructura, cómo erradican la corrupción y cómo trabajan para hacer realidad la existencia de la cooperación entre los territorios y las redes de prestación de servicios.

En cuanto a los profesionales del sector, debería ser la hora de ellos. Debe haber una revolución en los recursos humanos, basada en el lanzamiento de los principios éticos y humanistas, como vía legítima para recuperar el - tan anorado- estatus perdido de los profesionales de la salud. Muy posiblemente en este llamado a la acción valdría la pena rescatar los contenidos que ya fijó el llamado a la acción de Toronto y es posible que surja la necesidad de hablar de una reforma laboral del recursos humanos

en el sector salud, pero también hay que hablar de una reforma de las competencias y las habilidades de los profesionales.

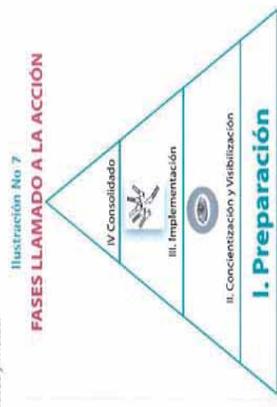
Los usuarios, por su parte, son los depositarios de todo este proyecto, pero no se deben conformar con que se está haciendo un movimiento para ayudarlos, se deben apropiarse los logros de este llamado a la acción, entrar en una cultura nueva, apolítica, donde el único interés sea la rendición de cuentas, la exigencia de resultados y que se pueda migrar al tema del autocuidado, como uno de sus deberes.

En este punto es necesario hacer una referencia al Gobierno. Para un buen desarrollo del llamado sería deseable contar con esa voluntad política -del Gobierno- para avanzar y, por supuesto, está invitado, pero debe quedar claro que se ha esperado mucho tiempo, se ha tenido paciencia, se ha seguido la formalidad en el respeto de la autoridad instituida y en esta ocasión, por supuesto, el sector -desde este gremio-, una vez más tiende la mano al gobierno y abiertamente le manifiesta la invitación a participar como otro de los promotores de esta idea, pero si no quiere estar, eso no va a hacer obice para detener el movimiento social que debe responder a ese llamado a la acción. Los demás agentes van a seguir porque al final del día todos los gobiernos paskan, pero el sector real, los pacientes, las instituciones, se quedan.

En resumen, el sistema de salud es una propiedad colectiva y todos los colombianos deberían saber claramente que tienen unos derechos y que el Sistema de salud es suyo, y que, por lo tanto, lo pueden usar, pero que también lo tiene que cuidar.

4.1 Fases del llamado a la acción

Los llamados a la acción no son discursos encendidos, tienen fases y metas:



Fuente: Elaboración propia ACHC, 2012

I. **Preparación:** La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ya ha avanzado en esta fase: se han tenido conversaciones sobre el llamado a la acción, éste fue aprobado por la Junta Directiva del gremio, se han dado acercamientos con líderes políticos y con formadores de opinión y se ha hecho visible dentro del Sistema y en el país. Esto permitió confirmar que lo que se intua es real, la gente tiene un malstar social tremendo con el sistema de salud y por ello este es el momento para avanzar hacia esa movilización social.

II. **Concientización y visibilización:** Algunos autores señalan que la concientización o toma de conciencia es una especie de comprensión. Muchos no han comprendido la magnitud del problema que tiene el sistema de salud colombiano, por tanto, se debe avanzar en la segunda fase del llamado a la acción con ese paso.

Desde la ACHC se han empezado a generar acciones concretas, se le ha dicho a los usuarios que los hospitales y clínicas están comprometidos con ellos y que los reconocen como el eje del sistema de salud, y por eso se emprendió una gran campaña de derechos y deberes, porque la responsabilidad está en las dos vías. Además, el premio les ha manifestado que son importantes, que tienen que aportar y ayudar a la construcción colectiva de Sistema de Salud. Esta fase ya se está desarrollando.

El proceso está actualmente entre la concientización y la sensibilización: se está avanzando en generar alianzas y la invitación es especialmente para todas las sociedades científicas, para la Federación Médica, para Asos Salud y para todos los médicos en general, para que repongan el papel de educadores en la relación con los pacientes, hablándoles y concientizándoles de que este sistema es fallido y de que es necesario un sistema nuevo que sea sencillo.

El siguiente paso, en esta fase, es la visibilización, y, para ello, además de los medios tradicionales, se deben emplear otras alternativas que activen las redes sociales.

III. **Implementación:** Fase que debería ser muy rápida, no de años, sino meses. Es en esta etapa donde se deben encontrar puntos de interacción y un invitado a hacerlo es el sector hospitalario, que tiene que mostrar su liderazgo y comunicarle a la población que todo lo que hace, ideas como esta, son para apoyar a los pacientes y usuarios del sistema, de manera que al final pueda cumplir con la misión institucional de dar una mejor atención, con calidad y seguridad.

IV. **Consolidación:** En donde ya se debe tener una visión compartida y un programa para la alianza que debe coincidir consistentemente en la agenda pública. En este momento se debería convocar a instancias supra del Estado, como la Corte Constitucional.

**4.2 Acciones de las instituciones hospitalarias**

Para que este llamado a la acción logre los objetivos propuestos, todos los agentes deben adelantar acciones puntuales. En el caso específico de los directores de las instituciones hospitalarias, lo primero que deben hacer es incorporar y defender el llamado a la acción al interior de su propia organización; las juntas directivas, los dueños o los socios, los empleados, además, debe tenerse de lo que busca la movilización colectiva; además, debe contarle a todos sus usuarios -organizados y no organizados- la existencia de este llamado a la acción y, para ello, se deben tener claros los siguientes aspectos: el momento en el que está el sector salud colombiano, hacia dónde se quiere avanzar, cuál debe ser la visión del sector, las instituciones que forman la coalición

y el mecanismo como se logrará el cambio del sistema de salud. Todos se deben enterar, si los usuarios no están organizados, se pueden activar todas las ligas de usuarios, repotenciar los canales de participación comunitaria, abrir espacios a la comunidad para que participe en las juntas directivas.

Otros actores que se deben convocar son los políticos locales, los congresistas, los diputados, los concejales y los líderes comunales, entregándoles la información ya mencionada e invitándolos a apropiarse del proyecto y a promover la rendición de cuentas, no como exposición de cifras, sino como un informe de sus acciones y trabajo, para alcanzar este llamado a la acción.

Ilustración No B

**Acciones puntuales Hospitalares y Clínicas**

<b>1</b>	Informar a todos los usuarios de existencia del llamado a la acción. Transmitir el mensaje de los antecedentes, medianos y largo plazo, líderes e interventores, y filosofía del llamado: cambio cultural hacia un derecho colectivo y un sistema de propiedad de la sociedad.	<b>2</b>	Activar todos los mecanismos de participación comunitaria en juntas directivas, juntas de usuarios.	<b>3</b>	Convocar a los políticos locales, congresistas, diputados, concejales, líderes comunales a la acción, definir una rendición de cuentas.
<b>4</b>	Convocar los medios de comunicación locales, los medios regionales, nacionales e internacionales. Transmitir el llamado a la acción, agendar una hoja de ruta.	<b>5</b>	Empleados, juntas directivas y socios tienen que ser involucrados en el llamado a la acción. Debe ser punto constante en la evaluación de la gestión local y nacional.	<b>6</b>	Afinación con el llamado a la acción. Usar la libertad de elección de CCP. Formatear la libertad de elección de ARP de EPS en los empleados y usuarios. Usar los canales disponibles.
<b>7</b>	Incentivar la integración horizontal en el rango de acción y potenciar la red de transmisión.	<b>8</b>	Participar decididamente en los CTSSS, agenda de los CTSSS, el avance del llamado a la acción.	<b>9</b>	.....

Fuente: Elaboración propia ACHC, 2012

Toda esta difusión y sensibilización se debe hacer en términos sencillos, con un discurso más fácil en la parte técnica. Hay que hablar de un nuevo sistema que deberá ser cercano, sencillo, simple, amigable y lógico, ese tipo de cosas hay que decirlos en lugar de seguir hablando de los problemas tradicionales sin aportar salidas a la crisis.

Se debe mirar cuál es la alineación de las entidades como las Cajas de Compensación Familiar y la de las Administradoras de Riesgos Profesionales con este llamado a la acción, con un sistema más sencillo o saber si estarán comprometidas con un sistema complejo y fallido, y con tomar decisiones, en consecuencia. No sobra recordar que la libertad de escogencia de estas entidades está en cabeza de los empleadores, en este caso de los directores hospitalarios. Así mismo, se debe educar a los trabajadores para que hagan uso de la libertad de escogencia de buenas EPS, eso es de ley. El llamado es a unirse y a hacer cumplir la ley.

Las instituciones afiliadas a la ACHC en este proyecto deben buscar los presadores que no están en el gremio, crear comités locales, e incluso, se puede formar un comité de llamado a la acción; se deben buscar las entidades territoriales, al gobernador o al alcalde o al secretario de salud; participar en los consejos territoriales de salud, así se podría posicionar el tema del llamado a la acción.

La potencia y el éxito de este llamado a la acción está en la unión y la multiplicación del mensaje; y en la propuesta de los hospitales y clínicas para avanzar hacia un nuevo sistema de salud; hay que salir a hacer las cosas, por eso el gremio difiere de

los que piden un paro hospitalario, no, esto no es un paro hospitalario, es lo contrario, es un movimiento, porque no se puede quedar parado más tiempo, al contrario, hay que salir de la inercia, hay que moverse.

La frase del último Informe de desarrollo humano "Actuar ahora, actuar de común acuerdo, actuar de manera diferente", se ajusta al objetivo de este llamado a la acción, se debe actuar de manera diferente, no solamente pidiendo al legislativo y al ejecutivo, también hay que actuar como sociedad civil, de común acuerdo, para cumplir las leyes, para que la rendición de cuentas sea verdad, para que la participación ciudadana, comunitaria y social sean una realidad. Por eso la ACHC los invita a actuar ahora.

**5. Epílogo**

Para terminar, debe entenderse por parte del sector y del país que esta es una oportunidad única para lograr pasar del sistema fallido al nuevo sistema del sistema complejo al sencillo, de la sociedad fragmentada a la sociedad unida. Además, este momento marca el inicio de una tercera era de trabajo gremial, que busca desarrollar la movilización social a través de una herramienta que es el llamado a la acción. Este llamado lo que busca es romper la inercia, promover la participación activa y crear una nueva conciencia que permita evolucionar de lo individual a lo colectivo, y que se encargue de cambiar después de defender el nuevo sistema de salud colectivo de todos los colombianos.

**Bibliografía**

- ACHC. Informes seguimiento de carrera 1998- Jun.2012
- ALMEIDA, N. (2006). "Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones". Buenos Aires, Salud Colectiva, 2(2): 173-184, Mayo - Agosto, 2006.
- AMARAL, L., BARTHELEMY, M., SCALA, A., & STANLEY, H. (2008). "Classes of small-world networks". Boston, MA: 0215. Center for Polymer Studies and Department of Physics, Boston University. Communicated by Herman Z. Cummins, City College of the City University of New York, New York, NY, July 13, 2000.
- BANCO MUNDIAL. (2010). Informe sobre el desarrollo mundial 2010: Desarrollo y cambio climático. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial, Washington, DC, 2010.
- BARON, Gilberto L. (2012) Rendición de cuentas, seguimiento financiero y los problemas de medición en el gasto de salud. Consultor Bogotá D.C., 27 de marzo de 2012.
- BASCOM, R. & ROUSE, W. (2008). "Complexity of service value networks: Conceptualization and empirical investigation". International Business Machines Corporation (IBM), Systems Journal, Volumen 47, Número 1
- BETANCOURT, J. & RAMOS, R. (2010). "Apuntes sobre el enfoque de la complejidad y su aplicación en la salud". La Habana. Revista, Habana de Salud Publica; 2010 36(2):160-165 en: <http://scielo.sld.cu>
- BORRERO, Y. & ECHEVERRY, L. (2011). "Luchas por la salud en Colombia. Una propuesta teórica para su análisis". Bogotá, D.C. Publicado en Revista: género, política, salud, Universidad Javeriana julio-diciembre de 2011. Volumen 10, Número 21.
- CEPAL. 2000. La Protección Social de cara al futuro. Financiamiento y sostenibilidad. CEPAL, 182. Alvarez, B., L. Pettit y F. Lobo
- CARDONA, F. & SARRIAGA, I. (2010). "Toda metodológica para la formación y gestión de alianzas público-privadas para el desarrollo". 1ª ed. San José de Costa Rica. ALIARSE. Fundación para la sostenibilidad y la Equidad.
- CARVALAIBO, G. (2007). "Fortalecimiento de la Sociedad Civil y Formación de Capacidades". Congreso Internacional organizado por el Centro de Estudios de Cooperación al Desarrollo titulados: "Fortalecimiento institucional y desarrollo" (Una tarea pendiente en la Cooperación Internacional) del 28 de febrero y 1 de marzo de 2007.

# Alternativas y equilibrios

El acceso a la atención en salud y la participación ciudadana en la toma de decisiones en salud pública y comunitaria. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 38(1), 1-15. doi:10.1215/03616878-1234567890

## 1. INTRODUCCIÓN

Al largo de esta última década, en el marco del Congreso Colombiano de Hospitales y Clínicas, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) ha desarrollado una serie de documentos y conferencias que se han convertido en momentos importantes y en cuerpos de conocimiento que paulatinamente han empezado a movilizar un lenguaje común dentro del sistema de salud y en nuestro país. En 2002 se hizo la "Visión crítica desde el sector prestador", tal vez fue el primer momento en el que se empezó a hablar de términos que hoy ya son muy comunes como: abuso de posición dominante, competencia desleal, integración vertical, derecho de la competencia y otros que al final fueron enmarcados dentro de un diagnóstico global que ha servido para fundamentar muchas de las actuaciones gremiales y transmitir lo necesario a los poderes Legislativo, Ejecutivo y Judicial.

Posteriormente, en 2004, se elaboró un documento que se denominó "Las propuestas de reforma al sistema basadas en la evidencia", el cual presentó al país una serie de sugerencias y reformas que, al final se convirtieron muchas de ellas en artículos de lo que se conoce como la Ley 1122 de 2007. Luego, cuando el Gobierno Nacional del presidente Uribe hizo una propuesta de reforma a la política hospitalaria colombiana, la ACHC realizó una presentación ante el Congreso en la sesión 44 de la revista **Hospitalaria**, que eran las "recomendaciones para el diseño de una nueva política hospitalaria en Colombia", pero muchas de esas recomendaciones no fueron usadas y son un acervo histórico que todavía conservamos y que muy posiblemente en estos momentos de reforma puedan ser de utilidad.

En 2006 la ACHC dictó la conferencia "Agendas para el futuro", que tenía una conclusión sencilla: aparte de las agendas que tenemos con los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, llevamos otra serie de agendas con entidades administradoras de planes de beneficios y con las autoridades de

El tercero, conociendo que la tecnología avanza y es una fuerza que puede equilibrar o desequilibrar un sistema. Se le dijo "muévanse" al Gobierno que en Colombia hace falta una agencia que pueda evaluar la tecnología en salud y que sea capaz de tomar decisiones de inclusión, de exclusión, de cambio y de recambio.

El cuarto, una reflexión profunda para el sector hospitalario. Le dijimos que no estábamos entendiendo la competencia en el sistema de salud y lo estábamos haciendo eran unas paquenas disputas por submercados del sistema. Lo ideal

**Autoría de Juan Carlos Giraldo Valencia con el apoyo de Fernando Bohórquez, Liliana Claudia Delgado y Gilberto Barón.**

- 1 Director General ACHC, Médico Cirujano de la Universidad de Caldas, MSc en Administración de Salud de la Universidad de la Excepción del Estado de la Excepción Superior de Administración Pública, Evaluación de Impacto de Proyectos Sociales - CEPAL, MSc en Gestión de Centros y Servicios Sanitarios, Universidad de Barcelona.
- 2 Fernando Bohórquez Robayo, Administrador de Empresas, LpS, Evaluación de Impacto de Proyectos Sociales, Consultor en Seguridad Social en Salud.
- 3 Liliana Claudia Delgado, Economista y Consultora en Indicadores Sociales.
- 4 Gilberto Barón Leguizamón, Economista y Profesor en Economía Pública, Investigador y docente universitario en los temas de Economía Social, Gestión y Financiamiento en salud.

Análisis de Redes Sociales. Agosto de 2007. La Plaza, Argentina. Univ Nacional de La Plata, 2008. ISBN 978-950-34-0512-0

ROUSE, W. (2008). Health Care as a Curable Adaptive System: Implications for Design and Management. The Bridge. This article is based on a presentation at the 10th Annual Meeting Technical Symposium on October 1, 2007. TORO-PHILADELPHIA, Luis, Fernando and OCHOA-DE-MOLINO, Francisco Luis. Salud (2012): un sistema complejo adaptativo. Rev Panam Salud Pública (online), 2012, vol.31, n.2 [ated 2012-09-28], pp. 161-165. Available from: <http://www.scielo.org/coelu/peps/orig=sa...> ISSN 1020-4989. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892012000200011>

TROTT, J. J. & RIVKIN, S. "El Poder de lo Simple". Madrid-Buenos Aires: Serie McGraw-Hill de Management. Edición internacional elaborada por Paul Penzabaz y Paul G. del Ho.

## Marco normativo

Congreso de la República de Colombia (1993). Ley 100 de 1993. "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones".

Presidencia de la República de Colombia (1994). Decreto 1757 de 1994. "Por el cual se organiza y establecen los modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud, conforme a lo dispuesto en el numeral 11 del artículo 40 del Decreto Ley 1298 de 1994".

Presidencia de la República de Colombia y Ministerio de la Protección Social (2007). Decreto 4747 de 2007. "Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones".

Congreso de la República de Colombia (2007). Ley 1122 de 2007. "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones".

Ministerio de la Protección Social (2009). Resolución 1817 de 2009. "Por medio de la cual se definen los Instrumentos de la Carta de Derechos de los Afiliados y de los Pacientes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la Carta de Desempeño de las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, y se dictan otras disposiciones".

Congreso de la República de Colombia (2011). Ley 1438 de 2011. "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".

CUESTA, A., GONZÁLEZ, J. & RIVERA, D. (2007). "Movilización social para el control del cáncer en Colombia". Bogotá, D.C. Ministerio de la Protección Social e Instituto Nacional de Cáncer. Documento técnico 2.

EUROPEAN ANTI-POVERTY NETWORK. "Guía metodológica de la Participación Social de las personas en situación de pobreza y exclusión social". Madrid: ISBN 978-84-815-5617-6.

FRENK, J. & MURRAY, C. (2000). "A framework for assessing the performance of health systems". Bulletin of the World Health Organization (WHO), 2000, 78(6), Theme Papers.

GARCÍA, Jesús, Rodríguez, (2008). "Carga de Enfermedad Colombia 2005", publicado en el año 2008 por el Centro de Proyectos para el Desarrollo, CINDEX.

GIRALDO, V., Juan Carlos, Alternativas y equilibrios, Revista Hospitalaria #72, Pg. 4 – 37, julio – agosto de 2010.

HUFFY, M., BASCOLO, E. & BAZZANI, R. (2006). "Gobiernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación". Rio de Janeiro. Cat. Saúde Pública, 22 Sup:535-545.

Instituto Nacional de cancerología INC. (2007). Movilización social para el control del cáncer en Colombia.

LAMEY, George. (2011). Globalizar la liberación: 5 etapas para los movimientos sociales, explica sus 5 etapas para los movimientos sociales. Un artículo de estrategia publicado en el libro Globalizar la Liberación. Globalizar la liberación: 5 pasos para los movimientos sociales. George Lakey, Talleres por la Justicia/Training for Change. (6/02) Trad. Elsa Sánchez. Disponible en: <http://www.trainingforchange.org/es/cincoetapas>

LOPEZ, R. (2009). "¿Cómo se forman los mundos pequeños? Individualismo metodológico y redes sociales. Cali. Universidad del Valle Colombia. Revista Sociedad y Economía. ISSN. (Versión impresa): 1657-6357 número 6, enero, 2009.

MITCH, WAC, Et al. (2003). "Health, 'small-worlds', fractals and complex networks: an emerging paradigm". [http://www.MedSciMonit.com/pub/vol\\_9/no\\_5/3386.pdf](http://www.MedSciMonit.com/pub/vol_9/no_5/3386.pdf)

DMS, FICR, UNICEF, OCHA y UNICEF (2009). Llamado a la acción para apoyar a gobiernos y comunidades en la reducción del impacto de la pandemia H1N1.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2005). "Llamado a la Acción de febrero 2006-2015. Hechos y desafíos de Recursos Humanos en Salud para las Américas". Oficina Regional de las Observatorios de Recursos Humanos en Salud 4-7 de octubre de 2005.

PERALTA, R. Et al. (2011). "Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud: Seguimiento y control preventivo de las políticas públicas". Bogotá, D.C. ECOC Ediciones Ltda. Estudio elaborado por la Procuraduría General de la Nación, el Centro de Proyectos para el Desarrollo (Centro) de la Pontificia Universidad Javeriana y el Programa de Derechos Humanos de USAID. ISBN 978-958-99991-5-8.

REYNOSO, C. (2008). "Redes libres de escala en ciencias sociales. Significado y perspectivas". La Plata. Primera Reunión Latinoamericana de

Colombia al nacer está en 73 años, pero con esa carga de años de vida ajustados por discapacidad cada colombiano técnicamente nace con una expectativa de vida discapacitada de 18 años.

En administración del riesgo financiero, analizan los indicadores de administración de riesgo financiero, prestación de riesgo en salud, pensión de la gente y garantía de acceso a los servicios, se empiezan a encontrar unos hechos y resultados que bien vale la pena mencionarlos.

En administración del riesgo financiero, analizando el período 2005-2009, los valores que el sistema de salud está reconociendo por tuellas y por recortes han tenido un crecimiento impresionante: cuando esa sumatoria en 2005 era de \$114 mil millones, en el año 2009 la suma de esos dos conceptos fue de \$1 billón 670 mil millones.

La pregunta es: ¿allí hay algún aseguramiento del riesgo financiero? Quedan dudas, pareciera que muchas entidades están encontrando la oportunidad de hallar una puerta de emergencia para encontrar un nuevo pagador, que en ese caso es toda la sociedad colombiana por medio del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Sobre la gestión del riesgo en salud, un resultado macro en salud son los AVISAS, años de vida saludables perdidos, que muestran cómo en la última década se incrementó el número de años perdidos, totales, al pasar de 174,1 a 279,6 por cada mil personas, especialmente jalando el deterioro por el componente de discapacidad. Los técnicos responsables de este estudio están tratando de hacer unos ajustes para que la comparación del año 95 con 2005 sea más aproximada, pero mientras esas cosas salen y nos demuestran que 279 es igual a 174, si debemos decir que hay una seria preocupación, porque según este indicador el país está retrocediendo (ver tabla N° 1).

Sin embargo, hay que ser justos. Analizando la división de los AVISAS, respecto a sus componentes de mortalidad prematura y discapacidad, se observa que el primero ha mejorado pasando de 111 a 72, resultado que tendría que ver con el funcionamiento del sector hospitalario, pues hay una mejor resolubilidad, lo que hace que patología antes mortales hoy tengan una sobrevivencia importante. Pero el resultado positivo revela una lectura menos buena y es que se está afrontando un país discapacitado, la esperanza de vida en

**Para el tema de riesgo en salud, aparte del indicador de AVISAS, se tiene el análisis sobre factores de riesgo, según información que es pública y proviene del propio Ministerio de Protección Social y de la Encuesta Nacional de Salud.**

Ese fue el cuerpo que utilizó la Corte Constitucional colombiana para mostrar que había una serie de problemas crónicos, reiterados, cíclicos en el sistema y que se debía actuar. Esta intervención fue muy agresiva, pues no solamente fallaron en contra “de las entidades mencionadas”, sino que además imputaron una serie de órdenes estrictas mediante las cuales asignaron responsabilidades, tiempos de cumplimiento y contenidos e indicadores para evaluar esos acatamientos. Esa rigurosidad abyazante a un fallo nunca se había observado en el Sistema de salud colombiano.

**1.1.2. Emergencia social**

De otra parte, el tema de la emergencia social fue una mancha audaz en cabeza del Presidente de la República, con seguridad de la carga de males y dificultades que se estaban expresando. Mediante esta figura el gobierno anterior intentó hacer de primera mano una emergencia económica, que desde el principio pareció bien pensada, siempre y cuando el asunto hubiera sido simplemente para conseguir unos recursos que taparan los fallos de las entidades territoriales.

El problema vino después cuando a la parte económica se le sumó una improvisada, acelerada y regresiva reforma al sistema de salud. En ese momento se generó un gran debate, pues esta “reforma” despierto al país, se estropearon los redes sociales, se despararon los médicos, se generó un bullicio alrededor del sistema de salud. Ese último aspecto tal vez es el relato más importante de ese período que acaba de terminar. Todo el país maduró su posición frente al sistema de salud, frente al derecho a la salud y ha empezado a expresar que las cosas no están bien y que aquí se está necesitando un cambio y más allá de los postulados y los principios que siempre han sido muy buenos, la operación del sistema no está llegando a donde debe llegar.

**1.2. Debate en torno al aseguramiento en Colombia**

Pasada la turbulencia de la emergencia social queda una situación que desde hace mucho tiempo se venía señalando: hay una serie de variables del Sistema que aparentemente no están dando buenos resultados y entonces surge un interrogante: ¿en realidad en Colombia existe un sistema de aseguramiento?

La primera respuesta es sí, tanto así que existe un sistema donde se dice cuáles son las funciones del aseguramiento, es decir, desde la mirada netamente positivista este es un sistema de aseguramiento, pero cuando se entra en detalle y se miran algunos

entonces, era que pudieramos entender mejor la competencia y suavidad de forma que se pudiesen juntar los hospitales, encontrar y pactar áreas de interés común y, al final, llegar a operar en red creando reales posibilidades para avanzar hacia algunos centros de excelencia.

A propósito de ese punto, hasta ahora apenas ha habido algunos esfuerzos que han sido liderados por la ACHC, como: los primeros ejercicios de referenciación comparativa que fueron hechos en Colombia en 2009 y que ya han dado como resultado la observación o el descubrimiento de un número importante de hospitales, que son considerados instituciones con buenas prácticas. Estas debían convertirse en el centro de referencia para otros hospitales. Ese esfuerzo, que aun es incipiente, por lo menos ya ha empezado a desarrollarse y es una semilla de cooperación horizontal que dará frutos en el futuro.

El último de los cinco puntos era reinventar el papel rector del Estado en la salud de Colombia, por ello se le pidió al Gobierno Nacional que reflexionara sobre lo que estaba pasando con la rectoría del sistema de salud y tomara una decisión sabia: reabrir el Ministerio de Salud.

**1.1. Antecedentes**

Si bien hay una larga secuencia de propuestas, algunas aceptadas y otras aplazadas, es necesario recordar que al sector salud colombiano lo han sacudido recientemente las intervenciones de algunos de los poderes y quizá de esas las más notorias fueron las intervenciones del sector justicia y la última maniobra del gobierno saliente. Esos antecedentes deben ser siempre recordados si se quiere avanzar hacia la proposición de alternativas de reforma, pues de alguna medida estos han sido intentos que, partiendo de diagnósticos similares, han tratado de intervenir el sector.

**1.1.1. Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional y la emergencia social**

La Sentencia T-760 es un instrumento vital, es el punto máximo de llegada de lo que desde hacía algunos años se venía observando como la intervención de sector judicial en el sistema de salud. Informadamente –casi por principio de concurrencia– el sector judicial tuvo que acudir al salvamento del sector salud, porque muchos de los mecanismos internos no estaban funcionando y el punto culminante fue dicha sentencia, que se originó de 23 fallos de tutela ejemplarizantes, la mayoría de ellos en contra de las entidades administradoras de planes de beneficios, una minoría, 2 o 3 en contra de entidades territoriales y una en contra de una entidad hospitalaria pública.

Respecto al tema de pensión de la gente, existen las encuestas provenientes de la Defensoría del Pueblo. Para la última, realizada en 2010, se observa que la percepción global no es muy buena sobre el esquema de aseguramiento (67%), pero muy especialmente calificada mal por el tema de libertad de escogencia, entre otros indicadores\*.

Sobre el tema de garantía de acceso a los servicios de salud, el estudio de la Defensoría evidencia que más de la mitad de las tuellas son por contenidos que sí están en el PDS, un 68,25% en 2009\*.

Este es un asunto bastante grave, porque si el sistema se estuviera quebrando, porque la gente está

**Tabla N° 1**  
Resultados de la carga de enfermedad según indicadores y estudios  
AVISAS: Años de vida saludable PERDIDOS.

Indicador	Colombia 1995	Colombia 2005	Chile 2004	Australia 2003	IMSS+ 2000
AVISAS totales por 1.000	174,1	279,6	233,8	132,4	162,9
AVD por 1.000	62,5	207,3	182,3	68,1	111,8
APMP por 1.000	111,6	72,2	51,4	64,3	51,1
Esperanza de vida total al nacer (años)	67,7	73,3	75,9*	80,7	76,3

Fuente: Jesús Rodríguez, estudio de la carga de la enfermedad de la enfermedad Celso de los autores, Bogg's en el (2007), Ministerio de Salud de Chile (2008). \* IMSS Según Spooli.

usando mal los mecanismos judiciales -como las tutelas- para intervenciones en su mayoría evitables, se podría decir que está bien que se dé ese debate, pero cuando la mayoría de las tutelas son por procedimientos que están en el PCS, es necesario adelantar un debate de fondo sobre la función que se les ha asignado a ciertas entidades en esta materia.

De todo lo anterior surge otro importante cuestionamiento: ¿para qué sirve un sistema de salud? Reiteradamente desde la ACHC se ha dicho que sirve para mantener, preservar o recuperar los niveles de salud de una población, ese debería ser el concepto central de discusión de todos los debates de aquí en adelante, hacia allá se debería migrar, no solamente hablar de resultados en términos financieros, sino también de resultados en salud a nivel país.

Después de estas consideraciones, ¿cuál es la respuesta a la pregunta de si hay aseguramiento en Colombia? La respuesta fácil es sí, sí existe, pues en las normas y en la ley hay aseguramiento y en la realidad operativa del sistema de salud, especialmente en régimen subsidiado, hay un tramo parcial de aseguramiento, sin embargo, al descomponer el concepto en funciones se encuentra que hay indicios de una seria disfunción en cabeza de toda la sociedad y no en los eslabones que fueron creados a propósito de esa función. Aseguramiento de segundo piso en lo financiero a cargo del Fosyga es la hipótesis a demostrar o negar.

En síntesis, existe un malestar con el modelo que se ha visto recientemente estallar en muchas de las crisis del Sistema, con la sentencia de la Corte,

la emergencia social y con lo que después ha venido sucediendo, por lo tanto, vale la pena juzgar seriamente el modelo y proponer nuevos alternativas o vías de actuación.

Asimismo, para hablar nuevamente de reforma, debería seguirse una serie de pasos para la formulación de la misma. En primer lugar, realizar una revisión internacional con el fin de conocer cuáles son las características exitosas que están dando resultado en salud en diversos entornos y, en segundo lugar, una revisión nacional con el fin de preservar lo que está funcionando y conformar una lista de lo que se denominaría de aquí en adelante, factores claves que constituyen las fichas impensables para que un sistema de salud mantenga su equilibrio.

### 1.3. Factores claves internacionales y nacionales

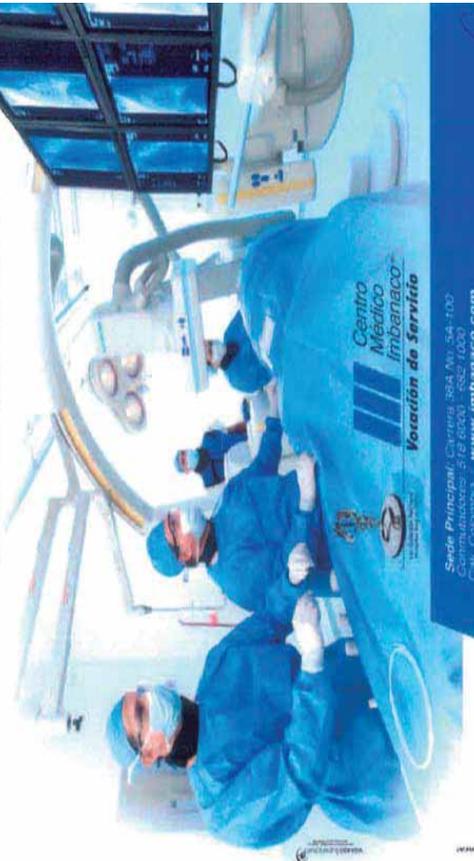
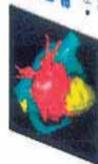
#### 1.3.1. Revisión internacional

La ACHC en 2009, realizó un estudio sobre cuál es el estado de la salud en Latinoamérica en el marco del congreso mundial de hospitales. El objetivo de éste era hallar la relación entre las características de los sistemas de salud de los países latinoamericanos frente a indicadores de impacto en la sociedad de los mismos. Entre las características analizadas se incluyeron el índice de desarrollo humano, el gasto per cápita, los ingresos y los atributos del sistema: descentralización, libertad de escogencia, separación de roles, separación de las funciones de financiamiento y provisión, de las funciones de aseguramiento y prestación, etc., y por el lado de los resultados en salud se incluyeron: esperanza de

## La Vida hoy tiene un nuevo aliado en el Centro Médico Imbanaco:

**El angiógrato Siemens con el sistema biplano más avanzado de Latinoamérica, manejado por un equipo médico altamente calificado.**

- Permite examinar y tratar problemas dentro del corazón, cerebro, grandes arterias y venas, con mayor seguridad.
- Tecnología con una visión de 360° y reconstrucción de las imágenes en 3D y 4D.
- Los procedimientos se realizan en la mitad del tiempo y con menor riesgo de contrastes, lo cual reduce el riesgo.



**Centro Médico Imbanaco**  
Votación de Servicio

Sede Principal: Carrera 80A No. 54-130  
Centro Médico: 512 6000 - 6827 1000  
Call: Colombia - [www.imbanaco.com](http://www.imbanaco.com)

## Información Comercial

# Nuevo software configurable para el Paciente en la Fundación Clínica Shaio

La Fundación Clínica Shaio está implementando **MedNet**, un nuevo software configurable de seguridad para el Paciente, integrado al sistema de infusiones Plun 4+®, desarrollado por **HOSPIRA, Inc. (INTE-RSP)**, una compañía farmacéutica global especializada en productos hospitalarios, enfocada en el desarrollo, fabricación y comercialización de productos que ayudan a mejorar la seguridad y eficacia en la atención al paciente.

Este sistema ayudará a la Fundación Clínica Shaio, a prevenir errores de medicación y mejorar las buenas prácticas de gestión, a través de la creación de una farmacotecia específica de medicamentos intravenosos con límites de dosis definidos, de acuerdo a los protocolos de la institución, ofreciendo la posibilidad de rastrear toda la terapia IV, administrada a través de la bomba de infusión. **MedNet**, fue diseñado como soporte para las enfermeras y en general para todo el personal médico, en la verificación de los 5 correctos para medicamentos: IV, asegurando que estos sean suministrados en la dosis y velocidad de infusión adecuadas.

El sistema alerta a los clínicos si se ha programado una dosis de medicamento fuera de los límites predefinidos por la institución y registra estas alertas, a través de una variedad de reportes que contribuyen al mejoramiento continuo en cuanto a calidad, optimización de recursos y seguimiento de las tendencias en el cumplimiento de los protocolos de dosificación.

La implementación de **MedNet**, adicionalmente tiene valores agregados en las diferentes áreas funcionales (farmacia, ingeniería biomédica, sistemas y administración), alineando la estrategia de seguridad a través de toda la institución, contribuyendo a la **reducción de eventos adversos por administración de medicamentos**.

Con esta solución la Fundación Clínica Shaio tendrá la posibilidad de crear una farmacotecia personalizada de hasta 2.700 medicamentos IV, presentes en toda la institución e implementar su programa de límites específicos de administración, hasta en 18 áreas clínicas diferentes.



Comprometidos con la seguridad del paciente

vida, tasa de mortalidad neonatal, tasa de mortalidad infantil y mortalidad en adultos.

La conclusión fue que es posible observar clusters de países, dadas unas similares características, encontrando grupos con un sistema de salud muy completo acompañados de buenos resultados en salud; un grupo intermedio donde hay algunos elementos del sistema, incompletos en la teoría, y unos resultados menos buenos, y un tercer grupo de países con unos sistemas embrionarios y unos resultados poco satisfactorios en términos de salud.

Los principales hallazgos revelan que temas como la descentralización, la separación y la especialización de funciones, capacidad de respuesta y otros como densidad de médicos, muestran altas correlaciones respecto a esperanza de vida al nacer y mortalidades, y en relación con la variable gasto público en salud se evidencia estadísticamente que a un mayor gasto en salud, mejores resultados.

### 1.3.2. Revisión nacional

En Colombia se puede decir que existen claramente puntos por los que se ha caminado correctamente, específicamente temas como la separación de funciones, la libertad de escogencia, la descentralización, el principio de la solidaridad y el fortalecimiento de la rectoría, de aquí que estos conceptos deben ser un punto de referencia a partir del cual se debe construir un nuevo sistema.

En el recuadro N° 2 se resumen los factores encontrados y en el N° 3 se presentan algunas experiencias exitosas en cuanto a su operativación. Por otra parte, algunos de los factores merecen consideraciones especiales por su importancia y por su complejidad en torno a su implementación, como la libertad de escogencia y la participación ciudadana, por ello a continuación se hace una profundización en dichos conceptos.

### Libre escogencia

La libre escogencia de prestaciones de servicios de salud es un derecho de los afiliados al sistema de seguridad social en salud, el cual consiste en que los usuarios cada vez que demandan un servicio del ámbito ambulatorio u hospitalario puedan

escoger el prestador de servicios de salud y exigir durante su atención cambiar de prestador o continuar con el mismo durante el tratamiento.

Existen varios obstáculos que impiden que la libre escogencia se pueda ejercer y los más comunes son: cuando los usuarios desde el momento de su afiliación deben adscribirse para la atención ambulatoria al prestador de servicios más cercano a su residencia de acuerdo con la red que le ofrece la entidad que lo afilia y sólo podrá solicitar cambio una vez transcurra un año de afiliación.

La segunda es que el sistema tiene dos puertas de entrada para demandar servicios diagnósticos, curativos o de rehabilitación: la consulta externa con médicos general y los servicios de urgencias hospitalarios. En este caso la libre escogencia se restringe cuando la consulta externa con médico general es de propiedad de la entidad afiliadora, debido a que se contrata la oferta y se estandariza la atención en cuanto a políticas y conductas a seguir con los pacientes. Al afiliado no le queda sino una opción: asistir a la consulta ofrecida por la entidad que lo afilia.

Igualmente, la integración vertical en la oferta hospitalaria por parte de las entidades responsables de la afiliación de los usuarios del sistema restringen la libre escogencia conduciendo a la demanda a ser atendida en estas instituciones, más aún cuando ya están integradas verticalmente en el ámbito ambulatorio de atención.

Por último, existen básicamente dos formas de contratación en el ámbito hospitalario que restringen la libre escogencia: la capitación, la cual le asigna a un afiliado una institución en la que puede ser atendido y cuando en los contratos se suscriben cláusulas de descuento por volúmenes, que para cumplirlos hay que constreñir la libre escogencia.

### Participación ciudadana

Sobre la participación ciudadana es importante analizar su papel y su operativación en los sistemas de salud, dado que el rol del usuario se ha transformado por la influencia de las telecomunicaciones. Existe cada vez un número creciente de

Recuadro No 3

Participación ciudadana, tecnologías de la información y las comunicaciones aplicadas al sector de la salud

TEMA	PAIS	DESCRIPCIÓN	LOGROS
PARTICIPACIÓN SOCIAL	EGIPTO INDONESIA LOS PAÍSES BAJOS Y LA UNIDA DE TANZANIA	-El desarrollo de la capacidad de las familias para manejar sanas, tomar decisiones saludables y reaccionar autónoma para diabéticos en Francia; empoderamiento familiar y programas de capacitación parental en Sudáfrica; programas de capacitación de la comunidad sin respons en la República Unida de Tanzania.  -El aumento de la estabilidad de ciudadanos sobre los derechos de los pacientes y los posibles cambios de formación sobre los derechos en Chile y Dirección de los Derechos de los Pacientes en Tailandia.  -Acoyo y asesoramiento a los cuidadores familiares que se ocupan de casos de demencia en los países en desarrollo; proyecto de creación de redes de apoyo y comportamiento de búsqueda de atención en Bangladesh.	-Empoderamiento a las familias para que tomen decisiones importantes para su salud.  -El fortalecimiento de los vínculos, para fomentar el apoyo social en las comunidades y con el sistema sanitario.
TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES	KENYA	Los hospitales, clínicas, farmacéuticas, interactúan con base de datos de laboratorio, compra de medicamentos y medicación.	Realización exitosa de trabajos operativos, vivo y los errores y han mejorado la atención de seguimiento.
PARTICIPACIÓN SOCIAL	BELGICA (Gante)	Apoyo de las autoridades locales a la colaboración intersectorial. En 2004 la administración regional de Flandes, Bélgica, instituyó un decreto de participación directa de los interesados locales y los ciudadanos en la colaboración intersectorial en materia de derechos sociales.  En una de estas ciudades, Gante, unos 450 agentes lo agudado en 11 foros temáticos: ayuda jurídica, apoyo a la familia, atención al paciente, atención a los jóvenes, personas discapacitadas, ancianos, vivienda, trabajo y empleo; personas que viven con angustias críticas y salud.  Las autoridades locales facilitan y apoyan la colaboración intersectorial. Los actores involucrados se reúnen a través de la recopilación y control de datos, la información y las comunicaciones, el acceso a los servicios y las intervenciones de fomento de la proactividad de los sectores con miras a mejorar la coordinación. Captan las señales, los estrangulamientos y las propuestas y planifican las acciones. El gobierno de Flandes, la provincia, región, estado federal o la Unión Europea para su traducción en decisiones políticas y leyes.  El gobierno de Flandes promueve el liderazgo entre el consejo municipal y consolida el labor de los foros.	-Atención a los grupos de población más vulnerables.  -Las organizaciones participantes informan de la creación de redes de apoyo y la coordinación de colaboración intersectorial, ha mejorado de forma significativa la manera de abordar los determinantes sociales de la salud en la ciudad.
TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES	CABO EN SUDÁFRICA	Servicio de voz para el control de los tratamientos toma los nombres y números de teléfono móvil de los pacientes con tuberculosis y los introduce en una base de datos. Los mensajes de texto personalizadas a los pacientes y envía mensajes de texto personalizadas a los clientes, para recordarle que tomen su medicación.	Los casos de curación y terminación del tratamiento son similares a las de los pacientes que recibían el tratamiento breve bajo observación directa. El costo de atención es similar a un costo inferior tanto para el ambulatorio como para el paciente, y mediante un procedimiento que interfiere mucho menos en el desempeño de la vida diaria que el tratamiento con la supervisión directa.

FUENTE: Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. OMS.

pacientes informados, más exigentes y con mayor sentido de la responsabilidad sobre sus decisiones en salud llevando a cabo un papel más central en el tema de la prestación de servicios, esto se refleja claramente en la relación tripartita médico-paciente, la cual se ha transformado al tener un usuario informado que participa de manera activa en la toma de decisiones (Coulter, 1997).  
  
El empoderamiento del paciente en varias dimensiones se traduce en mayor libertad individual de acción y de elección del

asegurador y del prestador de servicios. Esto en algunos países -como teóricamente se propuso en Colombia- propicia la competencia entre aseguradores.

La participación ciudadana puede operativizarse desde diferentes perspectivas y según sus propias preferencias. Varios autores concuerdan que existe cierto agrado y temor a la vez en el tema, dado el conflicto de intereses, por ejemplo, un ciudadano puede oponerse a un aumento de la financiación como

Recuadro n° 2

Factores claves que debe tener un buen sistema de salud

- Solidaridad**
  - La solidaridad es definida en países desarrollados de Europa occidental como "una cooperación no calculada, basada en la identificación con una causa común" (Rouquiere y Ter Meulen 2009), aunque lejos está el sistema colombiano de esta definición. La solidaridad es un concepto que se refiere a la relación entre el que contribuye y el beneficiario. En Colombia, el sistema de EPS, canales, lugar de formación y trabajo de los profesionales de la salud, etc.; es decir, la correlación público-privada ya es el que no se va a modificar y que por el contrario ha sido avanzado logro, permitir la entrada simétrica de los datos por año no trabajan perfectamente en red, por lo menos pueden coexistir en la mayoría de las ocasiones armónicamente.
- Correlación público-privado**
  - Las fronteras entre sectores se han ido perdiendo paulatinamente, por lo que incluso cuando se habla de la combinación público-privado en la atención de salud, se hace referencia, ya no a una mezcla entre dos sectores claramente definidos, sino a un sistema de salud que se ha ido transformando. En Colombia, el sistema de salud es un sistema mixto que combina el público-privado en 2009, concluye que existe correlación público-privada en casi todos los componentes del sistema, EPS, canales, lugar de formación y trabajo de los profesionales de la salud, etc.; es decir, la correlación público-privada ya es el que no se va a modificar y que por el contrario ha sido avanzado logro, permitir la entrada simétrica de los datos por año no trabajan perfectamente en red, por lo menos pueden coexistir en la mayoría de las ocasiones armónicamente.
- Paquete de beneficios**
  - El paquete de beneficios en Colombia, como se evidenció con la emergencia social, constituye un punto crítico para la medicina general, hubo un despertar de ira colectiva, eso hace pensar que el paquete de beneficios es el centro de la transacción social frente al sistema de salud.
- Sistema de garantía de calidad**
  - Punto fundamental del sistema de salud colombiano y motivo de orgullo. Se tiene que defender como patrimonio colectivo.
- Libertad de escogencia**
  - La libre escogencia de prestadores de servicios de salud es un fundamento del servicio público, un derecho de los afiliados al sistema de seguridad social en salud. El país, ha trabajado sobre libertad de escogencia de aseguradores, de administradoras de salud y de prestadores de servicios de salud. El país, ha trabajado sobre libertad de escogencia de aseguradores, de administradoras de salud y de prestadores de servicios de salud. El país, ha trabajado sobre libertad de escogencia de aseguradores, de administradoras de salud y de prestadores de servicios de salud. El país, ha trabajado sobre libertad de escogencia de aseguradores, de administradoras de salud y de prestadores de servicios de salud.
- Participación ciudadana**
  - Para el equilibrio es necesario que los ciudadanos establezcan relaciones de calidad con el personal de atención de salud y que estas relaciones persistan a través del tiempo. Para lograr esto, el personal médico y el sistema institucional debe proporcionar un contexto en el cual puedan hacer preguntas libremente y contar con un ambiente que desarrolle y apoye sus comportamientos de autoeducación en el manejo de sus enfermedades.

servicios adicionales contribuyente/asegurado, pero a su vez demanda estos servicios como paciente (Lomax, 1997; Schut y Van Doorslaer, 1999), es decir, se plantea una ambigüedad entre los conflictos macro frente a las necesidades individuales; asimismo, las personas que participan en los comités o distintos órganos creados dependiendo de los países y las estructuras de los sistemas tienden a tener intereses especiales.

Por otra parte, varios países tienen su fundamento jurídico para la participación de los ciudadanos en la gestión de las entidades de seguros de salud, pero también están los instrumentos directos como las quejas, el arbitraje y el Tribunal de procedimientos, para resolver las controversias entre los usuarios y aseguradores, derechos y el acceso a los servicios no cubiertos (Saltman, R.B., Busse, R. and Figueroa, J., 2004).

## 2. HACIA UNA REFORMA: ALTERNATIVAS Y EQUILIBRIOS

### 2.1. Conceptualización de un sistema de salud

Para hablar de reforma es necesario por lo menos, tener un abecé con el objetivo de entender cuáles son las opciones, componentes e implementación de un sistema de salud.

Un sistema de salud puede caracterizarse como una edificación. Con este enfoque conceptual los niveles inferiores son los esenciales y sobre ellos se erigen los niveles superiores al tiempo que se legitiman. Este sistema, asimismo, no sólo comprende la infraestructura, sino que abarca los contextos en los cuales está inmerso, como la Sociedad Civil, el Estado y la gobernabilidad.

De tal manera como se observa en el Recuadro N° 1, el modelo está estructurado en una base con tres grandes temas y unos factores claves.

#### 2.1.1. Alternativas de reforma

De entrada se podrían dar cinco formas de reformar este sistema, pero dos se deben dar por descartadas: uno, mantener el actual sistema como está, esa opción de mantener este sistema más tiempo con todas sus distorsionalidades es imposible. La segunda opción, volver al sistema nacional de salud, es improbable, pues el país cambió y ya no es el de los años 70 en infraestructura, en dotación, en recurso humano, en capacidad, en sistemas de información, en tecnología de información y comunicaciones, así como en visión por parte de los ciudadanos, esto ha cambiado.

Entonces quedan tres alternativas potenciales: **Aseguramiento pleno, Administración regulada y Sistema basado en APS**, las cuales serán explicadas a continuación de acuerdo con un esquema conceptual basado en "la torre de Babel". Ese es un juego donde se construye mediante fichas niveles sucesivos similares a los pisos de una edificación. Posteriormente, se van eliminando fichas y se trata al final de crear alturas mayores, sin que el todo pierda su equilibrio.

Los colores empleados son una convención: los componentes verdes están relacionados con la financiación y la mirada del corto, mediano y largo plazo; los rojos son la rectoría y el gobierno, y los amarillos el arreglo institucional. Sosteniendo todos los pisos está una base que denota la orientación o el objetivo mismo del sistema.

A continuación se explica cada componente desde lo conceptual, hasta como se ubica o se comporta ese concepto en función de las alternativas de reforma antes enunciadas.

Cuadro N° 1

GOBIERNO	PLANIFICACIÓN REGULACIÓN INFORMACIÓN
INSTITUCIONAL	FORMAS DE CONTRATACIÓN MODELO TARIFAS Y PAGOS TECNOLOGÍA
FINANCIACIÓN	VISIÓN RECURSOS PLAN DE BENEFICIOS LIBRE ESCOGENCIA PARTICIPACIÓN CIUDADANA
FACTORES CLAVE	PROGABER ASEGURADOR USUARIOS SOCIEDAD
BASE	

FUENTE: Elaboración AHC, 2010.

#### 2.1.1.1. Base

Como se anotara previamente, todo sistema de salud tiene que estar soportado sobre una base, entendiendo que todas pueden ser diferentes. Como se muestra en el Cuadro N° 1 la base puede ser un pagador, un asegurador, el usuario o la sociedad. Una vez definida la base, todas las acciones y la reingeniería que se realicen están encaminadas a proteger y a fortalecer esa base, es la pieza más importante y es claro que si se cae la base, se demuestran todo el sistema.

En el sistema actual de salud la base es el pagador, por lo tanto, las políticas que se formules siempre tendrán como referencia las siguientes frases, que claramente describen la estrategia implementada para mantener un sistema viable financieramente: "Si al pagarador le va bien, al sistema le va bien" y "Si el pagarador tiene equilibrio financiero, el sistema está en equilibrio".

En la alternativa de aseguramiento pleno, la base es el asegurador. Las frases de referencia para la formulación de política que describen la estrategia para mantener la viabilidad del sistema son: "Si el asegurador le va bien, al sistema de salud le va bien" y "Si los aseguradores se quebran, el sistema de salud se quebra".

Los resultados del sistema actual de salud y del aseguramiento pleno son medidos por los resultados financieros que se obtienen:

En el modelo denominado Administración regulada, la base es el usuario. La estrategia para alcanzar los objetivos del sistema está centrada en el usuario y para garantizarlo se requiere que existan empresas especializadas en gestionar la salud (no manejan recursos financieros ni prestan servicios de salud). Las frases de referencia en este modelo son: "Si al usuario le va bien, al sistema de salud le va bien", "Si no se alcanzan los objetivos en salud del usuario, el sistema de salud quebra".

Para el modelo basado en APS, la base es la sociedad. La frase de referencia para la formulación de política que describe la estrategia para mantener la viabilidad del sistema es: "Si la sociedad le va bien, al sistema de salud le va bien".

Los resultados de los modelos administrados regulada y APS son medidos por los resultados en salud que se obtengan.

#### 2.1.1.2. Factores claves

En segundo nivel de la torre se ubican los factores claves, que son aquellos que tanto a nivel local como internacional funcionan, como pieza fundamental dentro de los sistemas de salud, pues son piezas necesarias para generar los equilibrios en el sistema.

Estos factores se identificaron a través de una revisión internacional y nacional, como se mencionó en la sección 1.3.

#### 2.1.1.3. Financiación

En tercer lugar de la torre está la dimensión de financiación. Cobia importancia en la medida que a dicho concepto se le incorporan los conceptos de función, visión y recursos. A continuación se detalla cada uno de ellos.

##### a. Función

Un sistema de salud tiene entre sus funciones principales: administrar el riesgo financiero y gestionar el riesgo en salud. Por ser este un servicio público el Estado debe garantizar los recursos necesarios para financiar el sistema, para lo cual debe definir el producto, la población, las condiciones y el monto de los recursos.

La administración del riesgo financiero tiene como objetivo medir y controlar el riesgo de insolvencia, mediante la instrumentación de políticas, técnicas e implementación de procesos. El Estado puede hacerlo directamente, delegar la administración del riesgo o contratar con empresas aseguradoras para trasladarles el riesgo y su administración.

Por su parte, la administración del riesgo en salud tiene su mayor reto interviniendo todos los factores que ponen en riesgo la salud de la población, para lo cual debe realizar un trabajo intersectorial coordinado y planeado para este fin. Como ideal

y reglamenta otras fuentes de financiación, determina la obligatoriedad de afiliarse al sistema, regula las funciones de los actores del sistema y las relaciones entre los mismos, calcula el riesgo en salud y, de acuerdo con el resultado, define los usos de los recursos, y a los dineros no alcanzan el Estado y no las empresas delegadas para administrar las que adicionan recursos, como ha sucedido con los incrementos a la UPC por concepto de zonas geográficas y consumos que ya cubren a más del 50% de la población afiliada al régimen contributivo.

En la opción de Administración regulada se contempla tener empresas especializadas para cada una de las funciones, es decir empresas del sector financiero para manejar los dineros del sistema y empresas especializadas en gestión en salud que representen los intereses de los usuarios.

La entidad experta del sector financiero manejará los dineros del régimen contributivo y subsidiado, eliminando intermediarios innecesarios no especializados en esta función, obteniendo como resultado un flujo de recursos eficiente, lo cual fortalecerá al sistema y generará mayor confianza entre sus actores. Dentro de sus funciones está el pago a prestadores de servicios, previa autorización de las entidades que gestionan la salud, y producirán periódicamente un informe sobre los ingresos y gastos en salud, con sus respectivas recomendaciones.

Las entidades que gestionen la salud se especializarán exclusivamente en esta función, por ello una misma empresa debe poder manejar población del régimen contributivo y subsidiado, lo cual, entre otras, disminuye costos en la administración del sistema, optimiza la aplicación y los recursos de programas de prevención y promoción, optimiza la utilización de la oferta de servicios respetando el porcentaje de contratación del régimen subsidiado con la red pública, optimiza los estudios epidemiológicos y de resultados en salud, conforma la red de prestadores de servicios de salud con criterios de calidad, facilita al usuario pasar de un régimen a otro, velarán y responderán porque los derechos de los afiliados se cumplan, harán seguimiento para que los afiliados y sobre todo, los pacientes, cumplan con sus deberes.

Las entidades especializadas en gestión de la salud tiene entre otras funciones: realizar las afiliaciones al sistema de salud, conformar las redes de atención entre públicos y privados, garantizar los pagos a los prestadores previa auditoría médica y de cuentas y algo muy importante, actualizar, custodiar y tener a disposición del afiliado su historia clínica, para facilitar su atención en cualquier parte del país y del mundo.

Igualmente, estas entidades, especializadas deben evaluar los resultados en salud de acuerdo a la prestación de los servicios y de acuerdo al contenido del POS. También deben evaluar los resultados de los programas de prevención y promoción los cuales son desarrollados por los entes territoriales y dirigidos a toda la población sin importar si están o no afiliados al sistema.

Estas entidades especializadas, están obligadas a presentar periódicamente estudios, algunos de ellos estandarizados, para facilitar la comparación de los resultados en salud entre las distintas redes de atención, costos de atención por nivel de atención y por algunas patologías trazadoras, oferta y demanda, y preparar y sustentar propuestas para ajustar el POS.

En la opción Atención Primaria en Salud (APS), la función financiera la realiza una empresa especializada en el manejo de estos recursos, pero la gestión en salud tiene una función adicional que debe desarrollar los entes territoriales, la cual consiste en intervenir los factores que ponen en riesgo la salud de la población, sin importar en qué sector de la economía o del medio ambiente se origina.

La APS profundiza la atención en salud, los programas de prevención y promoción y los programas de atención primaria que se implementan para atender a los individuos, las familias y las comunidades, los cuales serán planeados y ejecutados por los entes territoriales y sus resultados serán evaluados por las entidades especializadas en gestión de la salud, que continuarán conformando las redes de atención complementarias y demás funciones asignadas.

busca la protección integral de los individuos y sus familias en sus fases: promoción y fomento de la salud, así como la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación. De los logros alcanzados en cada fase dependerán los resultados de carga de la enfermedad y de las necesidades de recursos financieros. Podría afirmarse que una efectiva gestión en salud logra la eficiencia de los recursos financieros; pero una buena administración financiera no garantiza los logros en salud.

Para desarrollar estas funciones se han planteado básicamente dos alternativas que las dos funciones las ejecute una misma entidad, como es el caso de: aseguramiento pleno, o que cada una de las funciones las ejecute entidades especializadas, en cada tema, como es el caso de administración regulada y atención primaria en salud.

De los recursos públicos que les gira el Estado a las EPS, deben estar pagando lo correspondiente a gasto en salud, gaste de operación y funcionamiento y un monto que corresponde a la utilidad financiera de la empresa, lo que se convierte en un eventual conflicto de intereses entre dar todo lo que necesita el afiliado, según sus derechos adquiridos, pagar lo justo y a tiempo a los prestadores de servicios de salud o garantizar la financiación de la operación y funcionamiento más la utilidad esperada por los dueños de la empresa.

Por lo anterior, la gestión en salud siempre va a estar subordinada por los objetivos financieros, por ellos es que las propias EPS dicen que para alcanzar los objetivos ellos tienen el dominio, y no admiten período sobre las tarifas para comprar servicios en salud y sobre las frecuencias de uso de los servicios de salud, que son en términos prácticos instrumentos financieros.

En la opción de aseguramiento pleno el uso de los recursos financieros por parte de los afiliados, se hace a través de un intermediario que está derivado de acuerdo con el aporte de cada individuo o grupo familiar, y lo puedo utilizar previa autorización de la empresa según unas condiciones, preestablecidas. Cada año se puede renovar automáticamente, renegociar o dar por terminado. Es predecible en esta opción que cuando un asegurado se vuelve oneroso para la empresa por sus reclamaciones, se le aumenta el valor de la póliza o no se le renueva el contrato o se buscan mecanismos administrativos para controlar las frecuencias de uso de servicios. En esta opción la salud es un bien transable y los resultados dependen de las fuerzas del mercado.

En el actual modelo el Estado asegura a la población, establece el contenido del POS, define el valor de la contratación, dispone

**Cuadro N° 2**  
Recursos financieros del SGSSS-Resumen año 2009  
(en millones de pesos)

Componentes	Valor	%
<b>Régimen contributivo</b>	<b>12.264.255</b>	<b>31,8</b>
Régimen subsidiado	2.353.578	19,0
Población pobre no afiliada (PPNA)	2.890.541	7,5
Régimenes especiales	2.386.000	6,2
<b>Subtotal SGSSS</b>	<b>24.888.374</b>	<b>64,5</b>
<b>Salud pública</b>	<b>1.514.145</b>	<b>3,9</b>
<b>Otros atención salud</b>	<b>1.316.951</b>	<b>3,4</b>
Seg. privados (incluye med. Prepagada)	2.810.918	7,3
<b>Gasto de bolsillo hogares</b>	<b>8.080.730</b>	<b>20,9</b>
<b>Subtotal recursos privados</b>	<b>10.891.648</b>	<b>28,2</b>
<b>Total recursos</b>	<b>38.611.118</b>	<b>100,0</b>
<b>% PIB</b>	<b>7,9</b>	

Fuente: Cálculo propio basado en la ACHC, basada en Foyza, DNP, MPS, ACHB, DANE-ECY 2008, Fesamali, Documentos COMFES, ANIL.

de recursos destinados a la atención de salud durante 2009 fue de 38.6 billones, cifra que equivale a 7,9% en relación con el PIB.

Una cifra que impresiona es el gasto de bolsillo en Colombia: esos 8 billones en términos porcentuales representan el 20,9% de todo el gasto, cifra que sorprende, porque uno de los retos que se le veía a la reforma y eso se vio hasta la tendencia del año 2003- era que a medida que crecía la cobertura en salud, el gasto de bolsillo se reducía y había pensar que ese era un efecto neto del aseguramiento. ¿Qué pasa con la financiación, que el gasto de bolsillo está creciendo? Algo está fallando o hay evasión o elusión, o está siendo muy ineficiente el sistema, o hay algo que aún no se comprende.

Según las cifras, el régimen contributivo aportó \$12,2 billones, el subsidiado \$7,3, mientras que para la atención de la población pobre no afiliada se destinaron \$2,9 billones y para los regimenes especiales o excepcionales \$2,4 billones, es decir, que para el conjunto del sistema de seguridad social en salud se dispuso de un monto de recursos de financiamiento de casi \$25 billones, que representa aproximadamente 5% en relación con el PIB. No obstante, para salud pública se destinaron, ese mismo año, sólo \$1,5 billones.

ingresos: i) impuestos (o rentas) generales y ii) aportes (o cotizaciones) a la seguridad social. Solamente de manera complementaria se prevé el financiamiento privado mediante pólizas de seguros voluntarios u otros mecanismos menos conocidos, como las cuentas de ahorro médicas. Los pagos de bolsillo recurrentemente no son un mecanismo explícito de financiamiento, pero se presentan en casi todos los países del mundo y tienden a representar una proporción alta en los países de más bajos ingresos. En estos mismos países, otro mecanismo importante pueden ser las donaciones provenientes de gobiernos y ONG del extranjero y de organismos internacionales. (Cetrángolo Oscar, 2009).

En América Latina las reformas emprendidas en la última década (Chile, México, Perú, entre otros) plantean diferentes estrategias dirigidas a alcanzar una mayor solidaridad en el financiamiento, mediante la integración entre la seguridad social y el sistema público. De acuerdo con Cepal (2006), existen tres tipos de esquemas de financiamiento, que suponen distintos grados de integración entre los subsistemas público y de la seguridad social.

**Financiamiento con base en rentas generales** (o tributación general): en países en los cuales la estructura de prestación es heterogénea y existen distintos tipos de vinculación entre los sectores público y privado (ej. Brasil y Venezuela). Cuba es el único país donde la provisión es exclusivamente a través del sistema público.

**Financiamiento con integración de rentas generales y cotizaciones a la seguridad social.** supone un esquema en el que hay algún grado de separación explícita de financiamiento y provisión de servicios y en el cual también varía el nivel o grado de integración entre el financiamiento contributivo y no contributivo (Casos: Chile, Colombia, Costa Rica y República Dominicana).

**Financiamiento no integrado:** comprende un grupo numeroso de países que mantiene una significativa segmentación entre ambas fuentes de financiamiento y donde la estructura de prestación de servicios es bastante heterogénea y existen distintos tipos de vinculación entre el sector público y privado. (Casos: Argentina, México, Perú, Panamá, Uruguay, Bolivia Ecuador, Honduras y Guatemala).

A continuación presentamos en cifras la actual financiación del sistema, su estructura y las respectivas simulaciones para cada una de las alternativas presentadas.  
Según las cifras que se observan en el cuadro N° 2, con cálculos hechos y adaptados por Gilberto Barón para la ACHC, el total

entes territoriales, los que deben ser protagonistas y responsables de los resultados de salud de su población y de la generación de información que soporte los resultados, facilite la planeación y seguimiento de la oferta y demanda en salud, de los recursos invertidos y de los riesgos que se tienen en salud.

**Largo plazo: mayor a cuatro años**  
El objetivo principal de un sistema de salud es conservar a su población saludable, éste obliga a mantener en el tiempo programas de promoción y prevención para toda la población, evaluar los factores de riesgo que afectan la salud de la población y tiene como requisito eliminar todas las barreras de acceso de los individuos al sistema.

Su propósito, que es conservar a la población saludable, implica la intervención del Gobierno en todos los sectores, donde se generen riesgos para la salud, el desarrollo de una sociedad o cultura ciudadana en hábitos de vida saludable y preservación del medio ambiente, entre otros.

Con esta visión se reducen claramente los costos de atención y es universal por principio, solidaria, equitativa y participativa. Todas las normas e iniciativas públicas y privadas son evaluadas desde los riesgos para la salud que generan.

El modelo actual y la alternativa aseguramiento alejado tienen la visión de corto plazo, su modelo de atención es eminentemente curativo, sus relaciones contractuales se suscriben por un año, lo cual incrementa los gastos de administración, y la relación con los prestadores de servicios se basa en los resultados financieros.

La administración regulada tiene la visión de mediano plazo, la cual enfatiza su gestión en los modelos de prestación de servicios, en la caracterización y el seguimiento de los afiliados y en la evaluación de los resultados en salud, para lo cual involucra a los entes territoriales como actores preponderantes y responsables en el logro de los objetivos.

En la alternativa atención integrada en salud cumple con una visión de largo plazo, tiene el más ambicioso programa de prevención y promoción, logra los estudios epidemiológicos y demográficos más completos de la población, planea la oferta y demanda, y trabaja con los mejores modelos de prestación de servicios de acuerdo con las necesidades que presenta la población en cada región.

**c. Recursos**  
Prácticamente la casi totalidad de sistemas de salud del mundo se financian en gran medida mediante dos mecanismos de

La APS, es especializada en los temas de salud, hace énfasis en los modelos de prestación de servicios, en los protocolos, guías de atención, hace seguimiento a los beneficiarios de sus programas para que sus derechos se respeten y sus deberes se cumplan, la atención es multidisciplinaria, así como sus estrategias intersectoriales, lo que la potencializa en su capacidad resolutiva para atender las necesidades de la población.

**b. Visión**  
La definición de la visión es un aspecto que cambia progresivamente el enfoque y el alcance del sistema de salud. Hasta el momento puede afirmarse que el sistema de seguridad social colombiano ha privilegiado la mirada de corto plazo. Para poder avanzar es necesario plantear cómo serían las miradas de mayor plazo.

**Corto plazo: menor a un año**  
Una visión de corto plazo se refiere, en un sistema de salud, a aquella mirada que no ve más allá del año de vigencia. Ese espacio apenas permite hacer un abordaje de tipo curativo, cuyo énfasis radica en generar restricciones bien sea para el acceso o para la atención. Como en otros sectores de la economía y en otros ramos del aseguramiento, las renovaciones se deben hacer cada año, pues la vigencia de las pólizas apenas se extiende hasta ese plazo. Las empresas que administran deben hacer énfasis en los resultados monetarios, los cuales controlan a través de frecuencias de uso y tarifas, y cada año hay que calcular la UPC, renegociar contratos y tarifas, y recomponer la red de prestadores.

**Mediano plazo: cuatro años**  
El mediano plazo está definido a cuatro años, coincidiendo con la duración de los gobiernos y las administraciones locales. La idea es que la planeación, la financiación, los presupuestos, las relaciones contractuales y los instrumentos del sistema se diseñen, se calculen y se establezcan con vigencia de cuatro años.

La visión de mediano plazo da mayor confianza y estabilidad entre gobierno, administradores, pagadores, prestadores, proveedores, usuarios y sociedad. Permite planear la oferta de servicios, invertir en tecnología, capacitación y entrenamiento del recurso humano, reduce los costos de administración y negociación. Los presupuestos se hacen para cuatro años, lo cual permite garantizar la continuidad de los programas de salud.

Esta visión teóricamente garantiza la estabilidad jurídica y financiera para todos los actores por un periodo razonable, y apropiado para hacer estudios profundos, con amplia participación y con tiempo suficiente para su divulgación antes de entrar en vigencia. Este tiempo coincide con los planes de salud de los

Con el total de recursos administrados por los regímenes exceptuados el valor per cápita es de \$1.096.428, el cual representa un 53% más que el valor de la UPC del régimen contributivo. Esto indudablemente tiene que corregirse en el próximo sistema de salud. El valor per cápita en general, sin incluir el gasto de bolsillo, asciende a \$678.785.

Si se tiene en cuenta que de acuerdo con lo ordenado por la Corte Constitucional mediante la Sentencia T-760 de 2008, el Estado colombiano debe disponer y garantizar las provisiones necesarias de recursos para alcanzar en un plazo relativamente corto la cobertura universal, así como la actualización y unificación del Plan Obligatorio de Salud (POS), con base en los contenidos del actual POS del régimen contributivo, unos estimativos sencillos permiten determinar que para tales efectos y teniendo como límite temporal el año 2012 se requeriría un total de \$5,4 billones. Si, además, se mantiene la tendencia de gasto de lo No POS observada durante 2009-2010, el sistema tendría un déficit de compensación, que en 2012 podría ser de \$1,2 billones, por lo cual se tendría una necesidad global de recursos adicionales de \$6,6 billones.

Sin embargo, dado que con la Ley 1393 de 2010 se tendrían recursos por \$1,2 billones (provenientes de impuestos a la cerveza, licores y juegos de suerte y azar) y adicionalmente \$1,8 billones por la transformación de los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) destinados a la atención de la población pobre no afiliada, así como de las rentas cedidas y recursos de esfuerzo propio de los entes territoriales, al final la necesidad de recursos adicionales netos sería de \$3,6 billones. De este modo, cualquier análisis prospectivo sobre la evolución del sistema y posibles ajustes o reformas al mismo deberá considerar estas variables como definiciones a corto plazo.

1. No obstante conviene señalar que las cifras de estimación y distribución de recursos que sirven de base para el presente análisis, especialmente desde el punto de vista de la aplicación a usos de los mismos recursos, no responden, con seguridad, a los requerimientos de información que se plantean en el presente artículo. Cabe señalar que los datos aquí presentados afirmanse que como análisis supuestos sobre la distribución real de los

**Mecanismos de financiación**  
Atendiendo a las fuentes de recursos, el sistema actual se financia en un 37% con impuestos o rentas generales, 34% con los aportes obligatorios de seguridad social, 22% con los pagos directos o de bolsillo y un 7% con seguros privados voluntarios, incluyendo en este rubro los planes de medicina prepagada (Ver Gráfico N° 1).

A partir de las condiciones antes planteadas y considerando cada una de las alternativas de reforma al actual sistema de salud, ya mencionadas y explicadas, a continuación se formulan algunas condiciones y supuestos en materia de financiación en cada caso y se describen los impactos y composición de recursos resultantes de cada opción, tanto en términos del financiamiento requerido y según la estructura de fuentes como de la aplicación o usos de los mismos recursos.

En un **escenario de aseguramiento básico**, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o sus equivalentes en un nuevo sistema, al tener una función más relacionada con la gestión del riesgo en salud, es decir, como aseguradoras o entidades con exposición al riesgo, y no como pagadoras o simples intermediarias en el proceso de flujo de recursos, cumplirían con el verdadero objetivo de un sistema de aseguramiento. Dicho sistema sería más eficiente si se redujese el número de aseguradoras, fijando por ejemplo mínimos de afiliación de grandes volúmenes para garantizar mayor eficacia de los pools de riesgo y la dilución del mismo con base en escalas apropiadas de grupos de afiliados por zonas, áreas o regiones geográficas, entre otras variables.

Un cambio importante en dicho sistema con respecto al actual, sería el manejo de los recursos para promoción y prevención (PyP) desde un fondo de financiamiento (que podría ser el Fosyga reformado sus funciones), cuyos recursos para este

recursos y sus posibles derivaciones y flujos por razones de estructura de rentas de los distintos seguros, así como por fundamentos generalizados de corrupción e ineficiencia, permitirían separar que los montos totales de recursos para promoción y prevención (PyP) desde un fondo de financiamiento de Anticipo Licitos, podrían ser más que suficientes para atender las necesidades de salud de toda la población.

En un sistema basado en APS en un comienzo se requeriría un monto mayor de recursos que en las alternativas anteriores, el cual, dadas las limitaciones y restricciones existentes, debería provenir en una gran proporción de impuestos generales.

Atendiendo a las fuentes de recursos, el sistema actual se financia en un 37% con impuestos o rentas generales, 34% con los aportes obligatorios de seguridad social, 22% con los pagos directos o de bolsillo y un 7% con seguros privados voluntarios.

componente, provendrían del presupuesto público (PGB) pero no serían transferidos a las aseguradoras, sino a los entes territoriales, de acuerdo con metas específicas de los planes de salud y evaluaciones de cumplimiento. De este modo, no habría lugar a separación de actividades individuales de PyP entre los regímenes contributivo y subsidiado y básicamente tendrían la misma fuente de financiamiento de los planes de intervención colectiva en salud (IPCS). En tales condiciones, manteniendo un POS unificado y primos (o UPC) diferenciados por grupos de edad, dentro de un esquema adecuado de regulación y control sobre la emisión y elusión, podría reducirse la participación de los deportes de seguridad social y la parte personal con impuestos generales y reducirse el monto del gasto de bolsillo y el gasto privado en el caso de bolsillo.

En este escenario deberían corregirse previamente algunas desigualdades e inequidades actuales en la carga de financiamiento, derivadas de la segmentación del régimen contributivo, eliminando los regímenes especiales o exceptuados (magistero y miembros de las Fuerzas Armadas), cuyos recursos se integran en su totalidad a los del régimen contributivo y se someterían al mecanismo de compensación el cual también se mantendría.

En el **escenario de administración regulada**, el supuesto esencial es que no serían necesarios mayores recursos (parte de los indicadores para universalización de cobertura y unificación de POS), sino que con la administración eficiente de éstos por parte de las entidades especializadas en la gestión financiera, se disminuirían los márgenes de intermediación (costos de transacción) y los gastos de administración y mediante una interacción más eficaz y transparente con las entidades especializadas en la gestión del riesgo y los prestadores, seguramente se lograría mayor disponibilidad de recursos para la atención en salud.

En este esquema la gestión especializada y eficiente de los recursos como una función separada de la función de gestión del riesgo en salud conllevaría, previsiblemente, a implementar formas de pago a los prestadores como los pagos por desempeño, mediantes los cuales se incentiva una me-

for prestación de servicios y donde PyP sea el centro del modelo de atención y cuyo financiamiento sea similar al que se planteó en el esquema anterior.

Asimismo, en este escenario podría operar una reasignación de recursos para contribuir a cubrir los faltantes en el régimen subsidiado, por ejemplo mediante la redefinición del aporte patronal a Ecopetrol y nuevos recursos provenientes de las regalías petrolíferas y mineras, así como otras medidas novedosas que podrían explorarse en la aplicación de un gravamen (reafirmarse) al gasto de bolsillo (de los usuarios de mayores niveles de ingresos). Si el sistema funciona de forma adecuada, especialmente respecto al control de la ciudad, especialmente respecto al control de la progresión del gasto de bolsillo, aunque se mantuviese el nivel de gasto en seguros privados voluntarios, permitiendo por tanto que opere el mecanismo de solidaridad entre los regímenes contributivo y subsidiado.

Finalmente, en un **sistema basado en APS**, en un comienzo se requeriría movilizar un monto mayor de recursos que en las alternativas anteriores, el cual, dadas las limitaciones y restricciones existentes, debería provenir en una gran proporción de impuestos generales. Ello se justifica por cuanto será necesario conformar equipos de salud e interdisciplinarios en todas las ciudades, municipios y zonas rurales y poblaciones dispersas para atender una proporción significativamente alta de recursos para las actividades de promoción, prevención y gasto en atención ambulatoria primaria. Si el modelo de atención correspondiente se aplica de manera eficaz el gasto especialmente en atención hospitalaria debería disminuir a más largo plazo, lo que justificaría ampliamente los esfuerzos de una mayor inversión inicial de recursos.

Como en los escenarios anteriores y partiendo de la situación actual, debería operar una redistribución de recursos con el fin de evitar inequidades, como reasignando recursos de los regímenes especiales del magistero, universidades públicas y trabajadores de Ecopetrol y dejando en tal condición solamente a las Fuerzas Armadas (que representarían el 65% de los recursos; y 75% de los afiliados). La razón de ello es que este régimen maneja

su propio perfil de riesgos con una forma definida de organización de los servicios y red propia de prestadores; no obstante, su modelo de atención debería adoptar un mayor énfasis en prevención y promoción de salud.

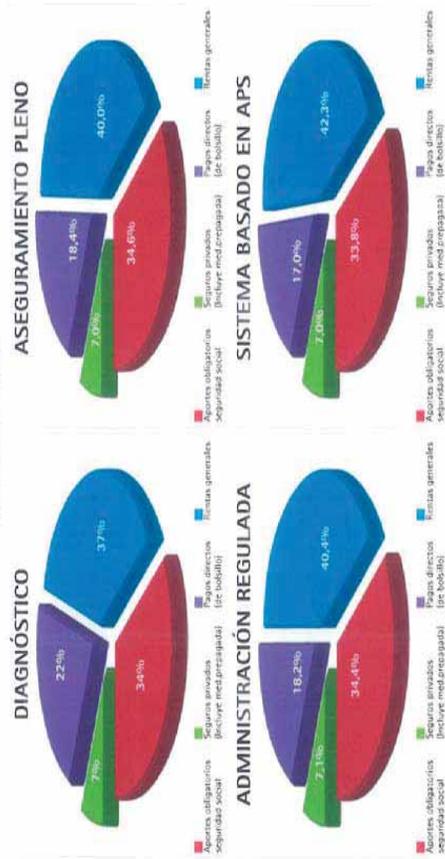
Otro aspecto importante a tener en cuenta es que las acciones intersectoriales de APS deben contemplar esquemas de cofinanciación con los demás sectores (medioambiente, vivienda, educación, etc.) con el fin de evitar duplicidad o redundancia de recursos, e incluso con programas asistenciales de gobierno, que financian sub-síndicos condicionados, algunos de los cuales llegan también mediante estrategias de focalización a grupos más pobres y vulnerables.

Comparando los esquemas de financiamiento para las tres alternativas anteriores, con base en los supuestos y las condiciones especificadas en cada caso, resulta entonces que en cuanto a monto global de recursos, el sistema basado en APS requiere

el mayor nivel de financiamiento (546.029 mm), seguido del esquema de aseguramiento pleno (545.719 mm); mientras que el monto menor de financiamiento corresponde a la alternativa de administración regulada (545.219 mm).

Asimismo, en cuanto a la composición de los recursos según mecanismos de financiamiento (ver Gráfico N° 1), en los tres casos la mayor proporción corresponde a los impuestos (o rentas) generales, seguida de los aportes obligatorios de seguridad social y, en tercer lugar, el gasto privado, en el cual más de la mitad del mismo corresponde a gasto de bolsillo. Así, entonces, resulta un claro contraste entre los esquemas de financiamiento del sistema basado en APS y el de aseguramiento pleno, donde el primero tiene la mayor participación de impuestos generales (42,3%) y el segundo, la mayor participación de impuestos generales (42,3%) y especialmente de gasto de bolsillo (18,4%). En cambio la administración regulada muestra unas participaciones relativas intermedias con respecto a las dos alternativas anteriores.

Gráfico N° 1  
Mecanismos de financiamiento



Fuente: Cálculos Gilberto Barón para la ACHC, basado en Foyuga, DNP, MPS, ACEMI, DANE, ECV 2008, Fidesarrollo, Documento, CONPES, ANDI.

• **Uso del gasto en salud por tipo de servicios**

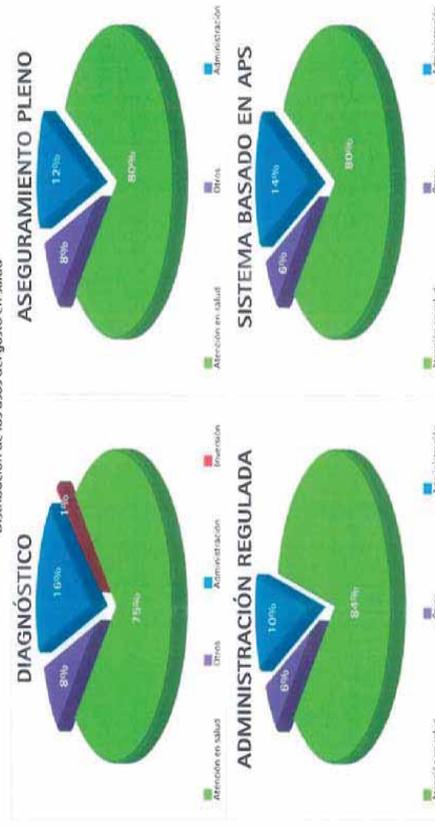
Sobre el actual uso del gasto de atención en salud (ver Gráfico N° 2), el 75% se destina a atención en salud, esa es una franja que hay que trabajarla, máxime cuando se conoce que el restante 24% corresponde a gastos de administración y costos de transacción en el sistema de salud. Ese es un porcentaje muy alto que hay que recuperar para tratar de convertirlo en gastos promocionales, preventivos y curativos dentro del sistema.

En cada una de las alternativas propuestas se consideran cambios en la composición del gasto según los principales usos definidos, que resultarían de las características y posibilidades del esquema regulatorio que podría prevalecer en cada caso.

En un escenario de aseguramiento pleno, donde se supone un mayor grado de acceso del mercado, es realmente difícil determinar un límite o "tope" a los gastos de administración,

puesto que ello equivaldría a normalizar la escala de producción de servicios o de la eficiencia de los agentes privados. Es posible que en este escenario los gastos de administración, pero especialmente los costos de transacción, puedan estar en niveles similares a los del sistema actual. En el ejercicio desarrollado se supone que, de todos modos, la salud es responsable por la cual se sigue manteniendo un esquema de competencia regulada. En ese marco podría reducirse la cantidad de aseguradores (o EPS) actuales, aumentando, por ejemplo, el número mínimo de afiliados que se deberían tener o haciendo más exigentes algunas condiciones requeridas para su funcionamiento. De este modo podría suponerse una reducción de los gastos de administración a un nivel del 12%, con respecto al sistema actual (estimados en 16% para 2009). Un porcentaje similar para los costos de transacción (8%) y, por tanto, un gasto en atención de salud del 80% con respecto al total.

Gráfico N° 2  
Distribución de los usos del gasto en salud



Fuente: Cálculos Gilberto Barón para la ACHC, basado en Foyuga, DNP, MPS, ACEMI, DANE, ECV 2008, Fidesarrollo, Documento, CONPES, ANDI.



# No salga de Tuluá!

En la Clínica San Francisco encuentra personal médico altamente calificado y la tecnología más avanzada de la región, para cuidar de su salud.

**URGENCIAS**

- Urgencias Adultos
- Urgencias Pediatría
- Urgencias Ginecología

**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS - ADULTOS**

**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS - NEONATAL**

**HOSPITALIZACIÓN GENERAL**

**UNIDAD DE SALUD MENTAL**

**SALUD INTEGRAL EN CASA**

**CONSULTA EXTERNA**

**ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

**CARDIOLOGÍA NO INVASIVA**

- Ecocardiografía
- Pruebas de Esfuerzo
- Urea, Monitoreo Presión Arterial

**QUIRÚJICA**

- Cirugía Urológica
- Ginecología por Laparoscopia
- Flebotomía quirúrgica
- Cirugía de Otorrinolaringología

**LABORATORIO CLÍNICO**

- Hematología, Coagulación y Medicina Transfusional
- Química Clínica
- Microbiología Clínica
- Inmunología
- Citología
- Cultivos y Antibiograma
- Anatomía Patológica

**IMAGENOLÓGICA**

- Ecografía Doppler Colorida e Ultrasonido
- Ecografía General y DOPPLER
- Ecografía Intervencionista
- Tomografía
- Radiología
- Radiología Intervencionista
- Radiología Nuclear y Medicina Nuclear
- Radiología Intervencionista

**Próximamente**  
contaremos con el servicio de  
**Angiografía y Hemodinamia**



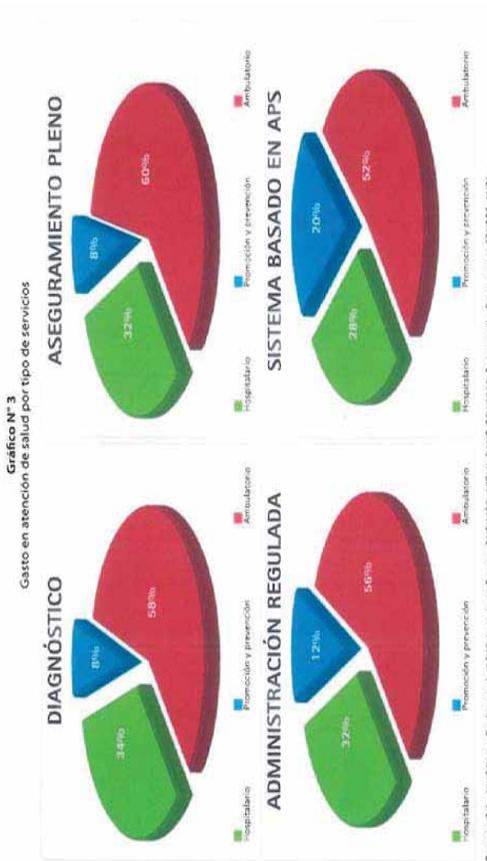
Cuanto a los equipos de salud propiamente, ellos representarían un gasto directamente en atención de salud. Con todo, el ejercicio supone unos resultados en gastos de administración del 14%, en atención de salud del 80%, y de otros gastos (o costos de transacción) del 6%.

**Gasto en atención por servicios**  
Partiendo de los supuestos planteados para cada alternativa, el ejercicio permite señalar también cambios en cuanto a la composición de los recursos destinados a la atención de salud, según tipos de servicios (véase Gráfico N° 3).

En términos de gastos de promoción y prevención (PvP), la mayor asignación correspondería a la alternativa del sistema basado en APS (20%), en el cual dicho gasto significaría un incremento importante en relación con el actual sistema, donde representa apenas el 8% del gasto total de atención en salud. El cambio más importante desde el punto de vista de esta alternativa consiste en que los recursos para PvP serían administrados directamente

En la alternativa de administración regulada obviamente se supone un mayor grado de regulación e intervención del Estado y dada la separación de funciones entre la administración del riesgo financiero y la gestión del riesgo en salud, junto con la aplicación de mecanismos eficientes de auditoría y control, podría suponerse una disminución aún mayor que en la alternativa anterior en los gastos de administración (10%) en relación con la situación actual y en los costos de transacción (6%) y, por tanto, un gasto en atención en salud del 84%.

En el sistema basado en APS es posible también que existan algunas dificultades para lograr una reducción en los gastos de administración, dado que en el proceso de implementación de la estrategia y la conformación de los equipos de salud y los equipos interdisciplinarios e intersectoriales se requeriría una gran participación de las funciones de dirección y de apoyo de personal, así como mayor inversión en equipos e infraestructura para la ejecución de los programas en los entes territoriales. Y en



por las entidades territoriales, en función de programas de salud de cobertura universal con metas e impactos. En evaluación continua de seguimiento e impacto. En contraste, una situación diferente correspondería a la alternativa de aseguramiento pleno, donde se supone un porcentaje de gasto en Pyp similar al del sistema actual (8%), pero incluirse, desde una posición más extrema, podría plantearse que las aseguradoras no tuviesen injerencia alguna en dicho gasto y que los recursos fuesen administrados por otras instancias, como podrían ser los mismos entes territoriales.

La APS centra su modelo de atención en ofrecer una amplia gama de servicios integrados diagnósticos, curativos, rehabilitativos y paliativos.

En cambio, para la alternativa de administración regulada se supone un nivel de gasto en Pyp que representa el 12% del gasto total de atención en salud y donde el papel más importante en la asignación y reconocimiento de esos recursos corresponde a las entidades especializadas en la gestión de riesgo en salud. Ello supone también la adopción de enfoques y mecanismos de auditoría transparentes y eficaces.

Oviamente, dependiendo de la valoración e importancia concedida a las actividades de Pyp en cada alternativa, podría asimismo sustentarse un cambio de composición en el gasto, con una progresiva disminución en los servicios diagnósticos, curativos y de rehabilitación, especialmente en la alternativa representada por el sistema basado en APS y aun en la de administración regulada.

2.1.1.4. Institucional

El tema de la dimensión institucional versa sobre distintos tópicos, modelos de atención, tarifas y formas de contratación y tecnología. A continuación se describen.

a. Modelos de atención

Sobre el modelo de atención es el enfoque que la política hace en un sistema de atención en salud, en general, se pueden clasificar en tres grandes categorías: los modelos curativos o asistenciales, los modelos de prevención y promoción o en los modelos que son capaces de mirar más allá y llegan a observar hasta los determinantes del riesgo.

En el modelo curativo la atención se centra en la enfermedad, tiene un enfoque hospitalario, es decir, la enseñanza en la atención de pacientes se realiza en un ambiente hospitalario. Es un modelo que demanda más recursos del sistema especialmente por falta de prevención.

En el segundo modelo, basado en promoción y prevención, las acciones médicas o no médicas van encaminadas a evitar la aparición o a la detección precoz de la enfermedad. Este modelo reduce costos en la atención en el mediano y largo plazo.

Citando a Juan C. Estava, en su artículo "Promoción y prevención en el sistema de salud en Colombia", "...la prevención se centra en la salud, en la medida en que intenta enfrentar las causas de la enfermedad o las condiciones de posibilidad de los procesos patológicos; por otra parte, la promoción científica situaciones sanitarias deseables que, por lo pronto, bien pueden ser pensadas como ideales colectivos de buen vivir a lograr o satisfacerse necesarios para vivir una vida adecuada con las máximas posibilidades del momento. Por ello, la optimización de la promoción se hace desde los "problemas", ya sean estos concebidos como "problemas de morbi-mortalidad, de daños ambientales, de estilos de vida, modales, etc., aunque estén referidos a dinámicas sociales y a grupos poblacionales más que a los individuos". (Estava, 2002).

En cuanto a la alternativa del modelo basado en APS, este hace énfasis en los determinantes del riesgo, los cuales son los factores a los que están expuestos los individuos, las familias, las comunidades a contraer una enfermedad o a sufrir un accidente, por la exposición a procesos ambientales, biológicos, genéticos y psicosociales, entonces todas las acciones van encaminadas a "contener este tipo de riesgos, por ende, su alcance es mayor que el de los demás".

La APS centra su modelo de atención en ofrecer una amplia gama de servicios integrados diagnósticos, curativos, rehabilitativos y paliativos. En contraste con los modelos asistenciales más convencionales, la oferta de servicios debe incluir la prevención y la promoción, así como



Calle 26 N° 34-60 PBX: 226 2222 Fax: 224 5621 / Tulúa, Valle del Cauca  
 www.clinicasanfrancisco.com.co e-mail: clinica@clinicasanfrancisco.com.co

<p>interacciones, centradas en los determinantes de la mala salud a nivel local. Adicionalmente, se debe propender por crear una relación directa y duradera entre el médico y los miembros de la comunidad atendida, primordial para poder tener en cuenta el contexto personal y social de los pacientes y sus familias, garantizando la continuidad de la atención a lo largo del tiempo y en todos los servicios. (OMS, 2008).</p> <p>Las estrategias contemplan, entonces, acercar la atención a las personas, situándola en entornos muy próximos y en relación directa con la comunidad, asignar a los prestadores de atención primaria la responsabilidad de la salud de una población totalmente concentrada y focalizada, que abarque a todos los individuos sin excepción, personas enfermas y sanas, usuarios o no de los servicios, afiliados o no, reforzar el papel de los prestadores de atención primaria como coordinadores de las acciones en todos los niveles de atención, otorgándole a la autoridad administrativa y el poder adquisitivo necesario para ello.</p> <p><b>b. Tecnología</b></p> <p>La tecnología depende de la que use y cuáles opciones se tienen. Las alternativas propuestas se caracterizan por hacer uso más intensivo de la tecnología en cuanto a recurso humano, equipos biomédicos e infraestructura en distintas combinaciones.</p> <p>El modelo actual y el de aseguramiento pleno hacen uso intensivo de infraestructura. Su objetivo es controlar las frecuencias de uso con criterios financieros y, para que el control sea efectivo, cuentan con una amplia infraestructura de consultorios de medicina general de su propiedad y construyen edificaciones donde ya existen. Entonces, el uso intensivo de infraestructura hace referencia a pocos o ningún programa de atención en salud extramural y los sitios e instituciones dispuestas para que los afiliados demanden servicios de salud se encuentran con bajo nivel de capacidad resolutiva o con restricciones impuestas con criterios económicos.</p> <p>La opción administración regulada hace uso intensivo del recurso humano, debido a que sus programas de promoción y prevención son universales en cobertura, pero para diagnóstico, curación y rehabilitación tiene uso intensivo en equipos biomédicos.</p> <p>El sistema basado en APS hace uso mayoritario de recurso humano, porque es intensivo en programas de prestación de servicios primarios ambulatorios intra y extramurales, no como opción sino como táctica, como: salud familiar y comunitaria,</p>	<p>Para los objetivos del aseguramiento pleno es requisito que las tarifas sean de mercado. Claramente se conformará un oligopolio que controla las tarifas y las cantidades de servicios que se consumen.</p> <p>Para la alternativa de la administración regulada las tarifas deben ser reguladas para garantizar que se pague por los servicios que realmente se prestan y, como las entidades especializadas que gestionan la salud en este modelo no tienen funciones financieras, es requisito tener un manual de tarifas establecido por el Gobierno y de uso obligatorio para la compra y venta de servicios de salud. Este puede estar agrupado por paquetes o conjuntos integrales, así como por guías de atención integral para algunas patologías.</p> <p>Para APS también se requieren tarifas reguladas, las cuales pueden estar agrupadas por paquetes o conjuntos integrales, por guías de atención integral para algunas patologías y por coplación para financiar los programas de prestación de servicios primarios ambulatorios que se implementen.</p> <p><b>d. Formas de contratación</b></p> <p>Dentro de las formas de contratación están la capitación, los pagos por evento, los paquetes o conjuntos integrales, GID y los pagos por desempeño.</p> <p>En aseguramiento pleno las formas de contratación serán GID y muy seguramente un gran porcentaje de capitación.</p> <p>En administración regulada y en APS una de las formas de contratación novedosas sería incluir los pagos por desempeño tanto para las IPS como para las entidades especializadas en gestionar la salud.</p> <p><b>2.1.1.5. Gobierno</b></p> <p>Por último, la dimensión de gobierno se hace énfasis en tres grandes componentes: la planeación, la regulación y la información.</p> <p><b>a. Planeación</b></p> <p>Sobre la planeación en salud se define como el análisis de la situación de salud incluida la identificación, caracterización y priorización de los problemas sanitarios, el establecimiento de metas y objetivos, así como las estrategias para incidir en los factores causales de los problemas y en las condiciones de posibilidad del logro de las metas.</p>
<p>Puede ser sectorial (en el interior del propio sector), es decir, la mirada reduccionista solamente con las instituciones sanitarias y su entorno, o puede ser intersectorial, como en sistemas orientados a la colectividad. Las políticas que permiten acercarse a la consecución de estos objetivos comprenden intervenciones en muchos aspectos de las políticas públicas, incluidos los referentes al sector de la salud —como la regulación de la industria de medicamentos y la educación en materia de prevención e higiene— y a la infraestructura pública, obras de saneamiento y agua potable, así como iniciativas de vivienda, entre otras.</p> <p>En el modelo actual hay escasa planeación a nivel sectorial y hay planeación dentro de algunas instituciones destacadas, al uso de la información es privado y es lo que sustenta en parte la posición dominante que poseen las EPS, lo cual les permite alcanzar sus objetivos financieros y justificar cualquier sea el resultado de su gestión.</p> <p>Mientras que en APS se adoptarán medidas orientadas en concreto a la colaboración intersectorial, en términos de la OMS, considerar a la salud en todas las políticas (OMS, 2008), para garantizar que junto con los objetivos y metas de los demás sectores, los efectos en la salud influyan en las decisiones de política pública.</p> <p><b>b. Regulación</b></p> <p>En regulación se tienen las opciones, parcialmente, con autorregulación y con regulación total.</p> <p>La rectoría implica el establecimiento, la implementación y el monitoreo de las reglas del juego para el sistema de salud y la definición de direcciones estratégicas para el sistema de salud en su conjunto.</p> <p>La rectoría se definió en el IMS2000 como la gestión cuidadora y responsable del bienestar de la población. La esencia misma del buen gobierno tiene como objetivos asegurar el acceso, la financiación sostenible, garantizar una alta calidad y mantener el equilibrio y la equidad social.</p> <p>Las cuestiones claves que definen su alcance entre totalmente regulado y autorregulado son los porcentajes de distribución de la autoridad entre el público y el privado el papel de los órganos legislativos, ejecutivos y judiciales, la estructura jurídica, la forma de financiación, la regulación sobre la atención y prestación de servicios, la coordinación entre los diversos organismos involucrados en esta formulación de políticas y los mecanismos de rendición de cuentas.</p>	<p>Para la alternativa de la administración regulada las tarifas deben ser reguladas para garantizar que se pague por los servicios que realmente se prestan y, como las entidades especializadas que gestionan la salud en este modelo no tienen funciones financieras, es requisito tener un manual de tarifas establecido por el Gobierno y de uso obligatorio para la compra y venta de servicios de salud. Este puede estar agrupado por paquetes o conjuntos integrales, así como por guías de atención integral para algunas patologías.</p> <p>Para APS también se requieren tarifas reguladas, las cuales pueden estar agrupadas por paquetes o conjuntos integrales, por guías de atención integral para algunas patologías y por coplación para financiar los programas de prestación de servicios primarios ambulatorios que se implementen.</p> <p><b>d. Formas de contratación</b></p> <p>Dentro de las formas de contratación están la capitación, los pagos por evento, los paquetes o conjuntos integrales, GID y los pagos por desempeño.</p> <p>En aseguramiento pleno las formas de contratación serán GID y muy seguramente un gran porcentaje de capitación.</p> <p>En administración regulada y en APS una de las formas de contratación novedosas sería incluir los pagos por desempeño tanto para las IPS como para las entidades especializadas en gestionar la salud.</p> <p><b>2.1.1.5. Gobierno</b></p> <p>Por último, la dimensión de gobierno se hace énfasis en tres grandes componentes: la planeación, la regulación y la información.</p> <p><b>a. Planeación</b></p> <p>Sobre la planeación en salud se define como el análisis de la situación de salud incluida la identificación, caracterización y priorización de los problemas sanitarios, el establecimiento de metas y objetivos, así como las estrategias para incidir en los factores causales de los problemas y en las condiciones de posibilidad del logro de las metas.</p>

no tienen ningún interés ni problema en presentar sus informes de gasto, detallando a quien se le pago y por que concepto, es más, es un requisito para recibir su pago por su trabajo realizado. Y las entidades especializadas en gestión de la salud deben presentar para su pago los informes que se les exigen de su gestión, entre otros las frecuencias de uso detalladas de los servicios de salud utilizados.

Y, por último, en sistema basado en AIPS, el uso de la información es netamente pública y es definitiva para alcanzar y evaluar los resultados del sistema.

### 3. SINTESIS

En conclusión, el actual sistema de salud colombiano está estructurado en torno al pagador, piensa más en el riesgo financiero, se financia con cotizaciones, es manejado en sus tarifas y pagos por el mercado, mira al corto plazo, es curativo, la forma de pago es primordialmente por medio de eventos, basa todas sus esperanzas en la infraestructura, tiene una planeación muy exigua -institucional-, tiene una regulación parcial y usa la información principalmente de manera privada.

El equilibrio del actual sistema es precario y al mismo en otros puntos de la torre hay graves riesgos en el tema de las tarifas, los pagos, el equilibrio financiero que genera el mercado y en el asunto de la planeación dentro de las instituciones (ver gráfico N° 4).

Comparando los tres modelos se observa que son diferentes, que tienen equilibrios, ventajas y desventajas, que están ubicados sobre bases y modelos de atención diferentes y con diversos enfoques del riesgo, unos con mayor equilibrio que otros (ver gráfico N° 5).

En cuanto a la información, ésta se convierte en un activo poderoso de los sistemas de salud. Un buen sistema de información es indispensable para la toma de decisiones, que debe partir de lo básico: quiénes son los proveedores, dónde están los desequilibrios, cuáles las principales fuentes de financiación y qué estrategias permitirán hacer más equitativo el sistema y cuál es la asignación más eficaz de los recursos.

Si la información es de dominio público o privado implicará cuál es el grado de concentración de este mismo en manos de algunos actores del sistema. Lo deseable es que la difusión de la información apoye a la formulación de políticas y a la reglamentación, y que sea de conocimiento público.

En aseguramiento pleno, la información especializada forma parte del *know how* de la empresa, que es el activo más valioso. Por esta razón no se puede exigir que las compañías la entreguen, ya que la información es privada.

En el actual modelo de atención la información debería ser pública, pero la información relevante para los estudios como perfil epidemiológico, evaluación tecnológica, oferta y demanda de servicios de salud, frecuencias de uso y recursos que efectivamente llegan a los prestadores de salud no se generan o no se dan a conocer o la información entregada es parcializada.

En administración regulada el uso de información es pública. Las empresas especializadas en la administración de los recursos financieros

**ALIANZA ESTRATÉGICA**

CLÍNICA DEL OCCIDENTE  
*Substancias como te sumas, sistemas como cambian*

**Jackson INTERNATIONAL**

Participe de los beneficios de esta alianza.

2

19 y 20 de Noviembre de 2010.

Organizante: Hospital Univeritario Son Vicerrectoría de Preescolar y Clínica del Occidente y Jackson Memorial Hospital de Miami

Sitio web: [www.eventosdelhospital.com](http://www.eventosdelhospital.com)  
[mercado@clinicaeloccidente.com](mailto:mercado@clinicaeloccidente.com)  
 Teléfono: (4) 51 67444 Medellín

AVENIDA DE LAS AMÉRICAS N° 711C-29  
 PBX: 425-48 20 • BOGOTÁ D.C.  
[www.clinicaeloccidente.com](http://www.clinicaeloccidente.com)

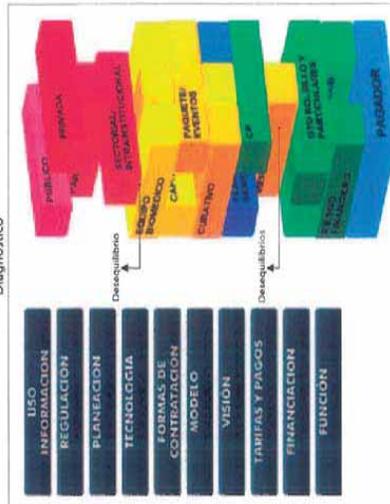
En el extremo de total regulación la "acción" del Gobierno es jerárquica, la financiación es pública a través de impuestos y mediante presupuestos estatales, control parlamentario, libertad de acceso de toda la población, presupuesto global limitado para las instituciones hospitalarias. En contraste, el modelo parcialmente regulado se centra más en la racionalidad de procedimiento, que refleja en los aspectos de comportamiento la regulación y el control de los recursos. En este modelo las acciones se alinean a través de incentivos y desincentivos que establezca el Gobierno. Por último, la autoregulada se da en la medida que cada actor negocia directamente cada uno de los contratos, los pagos, la calidad de la atención y otras cuestiones, de tal forma que estos actores tienen grado de responsabilidad en la toma de decisiones y en establecer las reglas del juego de manera concertada. (Saltman, R.B., Busse, R. and Figueroa, J. (2009)).

De tal forma que en la opción de aseguramiento pleno la regulación podría esperarse que fuera una regulación fuerte, pero muy posiblemente el cumplimiento va a ser parcial, y para complementar eso y equilibrarlo debería estar muy bien definido el plan de beneficios y permitirse la correlación, público-privada.

En sistema basado en AIPS, las autoridades, sanitarias deberían buscar un amplio compromiso con el desarrollo de la salud de la población y la voluntad política para apoyar ese desarrollo. Para los modelos de riesgo asegurado la gobernanza debe ser liderada eficazmente por las autoridades sanitarias nacionales, deben seguir varias estrategias de importancia crítica, a saber: asumir el papel rector en salud; realizar funciones esenciales de salud pública; conseguir la participación de otros sectores, la sociedad en general y las comunidades, con una clara delimitación de las respectivas funciones de las diversas partes; fortalecer los enfoques de atención primaria de salud y abordar los determinantes sociales de la salud; hacer los arreglos para crear marcos jurídicos que permitan la gestión apropiada del sistema de salud, basar la adopción de decisiones en pruebas validadas; establecer sistemas flexibles de información para la administración financiera, la preparación de presupuestos y la contabilidad; y defender una función central para la salud como parte de la agenda de desarrollo continental.

En el esquema de administración regulada está débil, es decir, se tiene hacer un enfoque de regulación fuerte, pero los actores de administración regulada, ya que habita regulación y al tiempo autorregulación.

Gráfico N° 4  
Diagnóstico



FUENTE: Elaboración ACHC, 2010.





**COMISION SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE  
SENADO DE LA REPÚBLICA**

**COMISION SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPUBLICA. SECRETARÍA GENERAL DE LA COMISIÓN-** Bogotá D. C., a los doce (12) días del mes de junio año dos mil trece (2013).- En la presente fecha se autoriza la publicación en la Gaceta del Congreso, observaciones Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas- ACHC, suscrita por el doctor JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA- Director General, en cinco (05) folios, en diez (10) folios, al Proyecto de Ley N° 210 de 2013 –Senado- “Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” y sus Acumulados. Proyecto de Ley N° 51/2012 Senado: “POR MEDIO DEL CUAL SE REFORMA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES” y Proyecto de Ley 233/2013 Senado: “POR LA CUAL SE CREA EL SISTEMA ÚNICO DESCENTRALIZADO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD”, suscrita por la Honorable Senadora LILIANA MARIA RENDON ROLDAN. Autoría del Proyecto de Ley del PI.210 de 2013 Senado (MINISTERIO DE LA SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL –DOCTOR ALEJANDRO GAVIRIA URIBE). PL.51 DE 2012 SENADO (HS. JORGE ELIÉCER BALLESTEROS BERNIER, EDINSON DELGADO RUIZ) y PL-233 de 2013 Senado (H. S. LUÍS CARLOS AVELLANEDA, GLORIA INÉS RAMÍREZ, JUAN MANUEL GALAN, CAMILO ROMERO, ALEXANDER LÓPEZ, PARMENIO CUELLAR, JOHN SUDARSKY, JORGE GUEVARA, JUAN FERNANDO CRISTO, GERMAN CARLOSAMA, CARLOS ALBRTO BAENA, Y H. R. IVAN CEPEDA CASTRO, GERMAN NAVAS TALERO, ANGELA MARÍA ROBLEDO, JOSÉ JUAQUIN CAMELO, GLORIA STELLA DIAZ, ALBA LUZ PINILLA, HUGO VELASQUEZ).

El presente concepto se publica en la Gaceta del Congreso, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,

**JESUS MARIA ESPAÑA VERGARA**