

## **ANALISIS DE LA CONTRALORIA GENERAL DE REPÚBLICA AL PROYECTO DE LEY ORDINARIA QUE REFORMA A LA SALUD**

**Texto aprobado en Sesión Plenaria del Senado de la República los días 15 y 16 de octubre de 2013 del Proyecto de Ley No. 210 de 2013 – Senado y sus acumulados 233 de 2013 y 051 de 2012- Senado “Por medio del cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”**

**06 de noviembre de 2013**

## **ANÁLISIS DE LA CONTRALORIA GENERAL DE REPÚBLICA AL PROYECTO DE LEY ORDINARIA QUE REFORMA A LA SALUD**

La Contraloría General de la República (CGR), como es de todos conocido, ha venido haciendo un juicioso y permanente seguimiento no solo a los recursos públicos destinados a la salud de los colombianos y que han sido objeto de malversación, desvío o apropiación indebida, sino también a las acciones adoptadas por el Ejecutivo para la corrección de esta situación. No deja de lamentar esta Institución la persistencia en el incumplimiento de las instrucciones dadas por la Honorable Corte Constitucional a este respecto en sus diferentes autos proferidos con ocasión del seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008.

Por eso este Despacho considera pertinente hacer algunas consideraciones sobre aspectos puntuales que se plantean en el texto aprobado en Sesión Plenaria del Senado de la República los días 15 y 16 de octubre de 2013 del Proyecto de Ley No. 210 de 2013 – Senado y sus acumulados 233 de 2013 y 051 de 2012-Senado “Por medio del cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, y que a manera introductoria inicia con una breve síntesis de lo actuado por esta entidad en el sector salud durante la presente administración.

### **Rendición de cuentas**

De la actuación de la Contraloría según cifras preliminares, dan cuenta las 1.010 actuaciones fiscales que desde Septiembre de 2010 hasta la fecha se han realizado. A esto debe sumarse que a lo largo y ancho del país se han abierto 754 procesos de responsabilidad fiscal varios de los cuales ya han sido fallados. Todas estas actuaciones en salud, sumadas las funciones de advertencia arrojan unos beneficios y recuperaciones de alrededor de 500 mil millones de pesos.

Sin perjuicio de esta tarea que es, ha sido y continuará siendo permanente, hemos seguido con mucha atención los distintos desarrollos legislativos promovidos por el ejecutivo, así como su debate y las posiciones de los distintos actores involucrados.

En este orden de ideas, la CGR se pronunció respecto del Proyecto de Ley Estatutaria No. 209 de 2013 Senado, 267 de 2013 Cámara “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”, tanto en un análisis que la Contralora General de la Nación de manera personal presentó al Honorable Congreso de la República, como ante la Honorable Corte Constitucional, dentro el estudio previo de constitucionalidad que debe haber.

En dicho pronunciamiento se concluyó que dicho proyecto no aborda ni resuelve los problemas estructurales del sistema de salud, descritos en la sentencia T-760 de 2008, pues ubica su actuar sobre las consecuencias del problema y no sobre

sus verdaderos orígenes, citando como ejemplo de los problemas estructurales del sistema no resueltos por el Estado: *i)* El grave la cartera impagada entre diversos actores del sistema, derivado por la no fluidez de recursos dentro del mismo; *ii)* La sobreestimación en el cálculo de la UPC; *iii)* Los graves problemas sobre los gastos de administración y manejo indebido de costos y *iiii)* El deficiente control de precios de medicamentos, su inflación y abusos de precios.

Igualmente se puso de presente la dicotomía que se presenta en el cumplimiento de los mandatos constitucionales determinados en los artículos 5 y 49 de la Constitución Nacional, con la capacidad administrativa y económica del Estado. Pareciera que el país se estuviera resignando a su incapacidad para administrar adecuadamente la forma cómo debe llevar salud a sus ciudadanos y simultáneamente sin corregir estas deficiencias impone los principios de sostenibilidad fiscal y financiera. Así mismo no se hace claridad respecto de la manera cómo se dará cumplimiento o no al principio que hoy es *Cosa Juzgada Constitucional*- de la Honorable Corte Constitucional en especial sobre la: “prohibición prima facie de retrocesos”, consistente en lo siguiente:

*“El avanzar con la mayor oportunidad posible hacia la satisfacción del servicio de la salud deriva en lo que se ha llamado la prohibición prima facie de retrocesos, consistente en que toda pretensión de regresividad frente al nivel de protección constitucional alcanzado debe presumirse inconstitucional al contradecir el mandato de progresividad”.*

Ahora bien, en lo que toca al texto aprobado en Sesión Plenaria del Senado de la República los días 15 y 16 de octubre de 2013 del Proyecto de Ley No. 210 de 2013 – Senado y sus acumulados 233 de 2013 y 051 de 2012-Senado “Por medio del cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, esta Contraloría considera necesario manifestar que esta reforma no garantiza el respeto a la salud como derecho fundamental de los colombianos como tampoco la protección de los recursos públicos dispuestos para el sector salud y contiene muchas medidas que al final resultan cosméticas y no solucionan la problemática existente.

Incluso se deja entrever una estrategia que permite el favorecimiento de algunos actores del sistema que cambian de nombre a través de esta reforma pero no significativamente en sus roles actuales, lo que conlleva a la amenaza del acceso a los servicios de salud por parte de los ciudadanos, la violación al derecho de libre escogencia de los usuarios, y además favorece la estructuración de un mercado oligopólico de servicios de salud. Esto se puede comprobar cuando se propone estructurar acciones en la reforma como derogar artículos de la **Ley 1438 de 2011** que procuraban garantizar la sostenibilidad de las Empresas Sociales del Estado del primer nivel de atención –que en ocasiones es la única oferta de servicios existente en algunas zonas del país- (**artículo 98, “Vigencia y derogatorias”**), se permite que exista la integración vertical de servicios de salud por parte de los Gestores de Servicios de Salud en el primer nivel de atención (**artículo 38, “Integración vertical”**), y se permite que estos mismos Gestores

sean quien desarrollen los planteles territoriales de salud en las regiones (**artículo 7, "Planeación en salud pública"**), justamente en escenarios como el primer nivel de atención en las que se integran "los componentes de intervenciones colectivas y el de intervenciones individuales de salud pública.

En desarrollo del presente análisis de este Proyecto se plantean más adelante las consideraciones puntuales de los aspectos inmediatamente enunciados.

En ese orden de ideas, con respecto al articulado conocido del Proyecto de Ley antes citado, esta Contraloría procede a consignar las siguientes consideraciones:

**1. La reforma no corrige de manera clara los actuales problemas de la salud y crea con este proyecto una seria contingencia para el Estado.**

En efecto, hace cerca de dos años, esta entidad advirtió al Gobierno representado por el anterior Ministro de Protección Social y el anterior Superintendente Nacional de Salud, acerca de la necesidad de hacer cumplir la normatividad actual prevista en la ley 100 de 1993 y en las siguientes reformas sectoriales que se han dado desde ese año hasta el presente, e interpretada suficientemente y con autoridad, por las Altas Cortes a través de sus múltiples decisiones. En este sentido no entiende la Contraloría cómo se anuncian cambios a la institucionalidad creada durante casi 20 años basada en el aseguramiento, sin que los principios fundamentales de este esquema se hubieran hecho cumplir y respetar.

No solamente no hubo autoridades que cumplieran con el deber legal y constitucional de hacer cumplir la Constitución y la ley y velar por la salud de la población colombiana, tanto así que se creó un estado de cosas inconstitucional, sino que se les anunció a los distintos intervinientes un cambio en las reglas de juego sin haber saneado financiera y técnicamente el sector encargado de la prestación de los distintos servicios, sobre todo en lo que toca a las EPS y a las IPS.

Muchos ejemplos hay de la anterior afirmación:

*En cuanto al aseguramiento:*

- No se hicieron cumplir los niveles de solvencia de las EPS, no se les exigió el capital necesario para el volumen de afiliados, no se depuraron las bases de datos de afiliados, no se ordenaron ni se hicieron las provisiones y castigos que marca la prudencia financiera sobre las cuentas de difícil cobro, no se constituyeron las reservas adecuadas.
- De esta forma las EPS utilizaron los recursos de la salud sin mayor control en actividades e inversiones diferentes a los mandatos legales, se promovió, e incentivó la integración vertical, los costos no se controlaron y se produjo un incontrolable gasto en salud beneficiando con los sobrecostos a las entidades integradas y no en beneficio de los usuarios.

- Históricamente la UPC se elevó y se sigue elevando sin mayores sustentos y controles, a pesar de las advertencias de esta Contraloría y de las inconsistencias conocidas por el Gobierno en la información suministrada por las mismas EPS y que soportó dicho incremento.
- No se hicieron adecuados controles a los recobros y el sistema le reconoció en muchos casos a las EPS dobles pagos por los mismos servicios.
- Las intervenciones del Supervisor especializado (salud) y de los relacionados (Economía Solidaria, Sociedades, Industria y Comercio) regularon sin regular y controlaron sin controlar en cuanto a la salud y a los grupos y conglomerados que se formaron a su alrededor. En las distintas intervenciones no controló el riesgo moral ni la garantía de no repetición. Por el contrario, las intervenciones a cargo de agentes del Estado perpetuaron las causas que las motivaron. Intervenciones de muchos meses y años por parte de Interventores y contralores que no cambiaron ni transformaron la prestación inadecuada de los servicios y los costos atribuidos a los recursos de la salud.

*La situación frente a las IPS fue similar:*

- No se exigieron controles a las condiciones mínimas de habilitación, a la calidad, a la oportunidad y se favoreció e incentivó la intermediación.

Frente a este panorama y a pesar de las múltiples advertencias de la Contraloría se empezó desde hace dos años a hablar de cambio en la institucionalidad, promoviendo así situaciones que sin duda alguna generarán **contingencias**<sup>1</sup> a cargo del Estado demandadas por entidades que no cumplieron la normatividad pero que el Estado no se las hizo cumplir.

Leído el texto del Proyecto de Ley Ordinaria de Salud aprobado en Sesión Plenaria del Senado los días 15 y 16 de octubre de 2013 y que pretende reformar el sistema de salud colombiano, se observa cómo las causas que dieron origen a esta situación no presentan una corrección estructural, no obstante el cambio formal de los roles de los distintos actores.

---

<sup>1</sup> Es de público conocimiento las comunicaciones que desde el 2012 han enviado al Gobierno algunas agencias del aseguramiento del régimen contributivo en las que están advirtiendo las consecuencias financieras que están dándose en esas entidades, argumentando el cambio de las reglas de juego que antes les permitió ingresar y operar en el mercado de servicios de salud y también por el no pago de los recobros que se encuentran represados en el FOSYGA, previéndose una responsabilidad en el Estado por lo que les acontezca a esas entidades. Ese tipo de comunicaciones podrían considerarse como estrategia para preconstituir condiciones propicias para futuras demandas contra el Estado.

## **2. Sostenibilidad fiscal y financiera sin corrección de causas de la crisis del sistema.**

En el texto se privilegian los principios de sostenibilidad fiscal y financiera pero en nada se corrigen los problemas de oportunidad, origen de los sobrecostos y problemas operativos que generaron la situación crítica que lleva ya varios años. La sostenibilidad fiscal y financiera es importante pero con un Estado que administre, garantice y asegure la salud de los ciudadanos adecuadamente.

## **3. Transición larga y costosa para un sistema que requiere soluciones inmediatas y sin mayores costos a los ya existentes.**

El texto en el **capítulo X (“Disposiciones transitorias”)** define en el **artículo 69 (“Plazo para la implementación de la ley”)** una transición muy larga de dos años, y muy costosa tanto para el Estado como para los pacientes. Hay otras transiciones de tres años en el tema de la estructura de algunos actores. En el entretanto, los actores con sus problemas críticos financieros, contables, de información, deberán permanecer y ajustar su situación según su mejor conveniencia.

Entre otras cosas la transición permitirá:

a. Que los Gestores si son EPS continúen como tales y se vayan ajustando, enajenando sus inversiones que dejarán de ser aceptables vencido el período de transición. Así venderán las inversiones que obtuvieron con recursos públicos y privatizarán los ingresos que perciban por ellas.

b. Que quienes opten por ser Prestadores, desmonten las EPS, desmonte cuyos costos correrán por cuenta de los acreedores habiendo ya privatizado la mayor cantidad de utilidades posibles a través de las entidades que hacen parte de los grupos en los cuales están integrados.

c. Que se sigan descontando los gastos de administración con las normas actuales (ajustándose al 10%) con posible reconocimiento de otros gastos. En efecto, el mecanismo de reconocimiento de los gastos de administración propuesto en el proyecto aprobado (una suma fija definida con base en el número de usuarios) difiere del aprobado en la **Ley 1438 de 2011** (un porcentaje de la UPC). Dado que no se deroga expresamente el artículo citado, se podría entenderse que los gastos de administración de los nuevos Gestores de Servicios de Salud, se financiarían con recursos del sistema salud, no podrán superar el 10% de la UPC (o valor per cápita de las prestaciones individuales en el esquema propuesto) para las EPS del Régimen Contributivo y el 8% para las EPS del Régimen Subsidiado y que, como lo señala la ponencia, “un porcentaje de los gastos de administración” será definido a partir del sistema de pago por desempeño que se crea (**artículo 41, “Sistema de pago por desempeño”**).

d. Que las EPS sujetas a intervención para administrar, como en la actualidad hay muchas, puedan ser autorizadas como gestoras. La prohibición sólo existe para las que han sido objeto de intervención para liquidar por causales diferentes al retiro voluntario (**artículo 35 (“Habilitación de Gestores de Servicios de Salud en un Área de Gestión Sanitaria”)**). Al respecto es importante recordar las críticas de que ha sido objeto la Superintendencia Nacional de Salud por las intervenciones para administrar sin que se produzcan en corto tiempo soluciones estructurales y saneamiento verdadero de las entidades sometidas a estas medidas, con las contingencias que esas decisiones acarrea para el Estado y el patrimonio público.

Se ha podido observar cómo en las intervenciones adelantadas por la Superintendencia Nacional de Salud, han permanecido directivos, abogados y hasta proveedores e iguales formas perversas de contratación y uso indebido de los recursos de la UPC, sin que se hayan evidenciado cambios en esos aspectos generados por la llegada de los agentes interventores de la citada Superintendencia.

Llama poderosamente la atención a esta Contraloría, en casos de EPS que actualmente se encuentran intervenidas y en las que esta agencia de control fiscal en cumplimiento sus funciones ha generado medidas cautelares y embargos para proteger los recursos públicos de la salud, algunas agencias del Estado hayan dicho que precisamente esos embargos estén impidiendo el cumplimiento de mandatos de la Corte Constitucional y la Corte Suprema de Justicia relacionados con la naturaleza pública de los recursos de la salud.

e. Que se fortalezca la posición dominante de las EPS que se transformen en gestoras o prestadoras. Pese a que el proyecto establece una serie de controles en cabeza del Estado frente la posición dominante de los Gestores de Servicios de salud sobre las red de prestadores de servicios de salud, como son que los Gestores no podrán cancelar ni modificar unilateralmente dentro del término de su duración mínima (1 año) los contratos con los prestadores de servicios de salud, ni modificar la red de prestadores de servicios de salud que les sea aprobada dentro del término de la duración mínima establecida para su contratación, lo que estará bajo vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud (**artículos 27 “Prestadoras de Servicios de Salud” y 28 “Habilitación de Prestadores y Redes de Prestación de Servicios de Salud”**), en la práctica no existen mecanismos que impidan que las Gestores de Servicios de Salud ejerzan una posición dominante en la medida que seleccionarán (bajo criterios de preferencia e interés particular) y fijarán las tarifas a partir de las cuales contratarán los servicios de los prestadores públicos y privados en su área de operación.



**4. Creación de una nueva Institucionalidad que no garantiza eficiencia frente a la realidad actual del sistema de salud colombiano: preservar el derecho a la salud no implica la preservación de la actual estructura del sistema**

Una nueva institucionalidad que reemplaza lo existente sin los presupuestos necesarios que garanticen su eficiencia o con cambios que son simplemente cosméticos.

**a. Salud Mía.**

- Esta entidad tendrá que conformarse con un exigente nivel de exigencia y tecnología. La experiencia de COLPENSIONES y el desmonte del ISS puede servir de ilustración, o el de Etesa y Coljuegos. Se ha evidenciado que los cambios de nombre cuando la materia prima con la que debe prestarse el servicio es la misma, no arroja resultados sustanciales. Lo importante es tener buena información. Esta es la que no hay. Hay problemas en la información de afiliados, bases de datos, costos de medicamentos, cartera, costos de servicios, etc. Nada de estas cosas se han ajustado a los estándares que permitan una oportuna y adecuada prestación de servicios de salud.
- Se trata de un megafondo que tendrá a su cargo una enorme carga administrativa, basado en la intermediación con los mismos actores que hoy existen o extendiendo las competencias para los casos en donde mayores problemas e ineficiencias se han tenido. Todo podrá subcontratarse. Basta con ver el proyecto: la afiliación, los pagos, los recaudos, las auditorías, la depuración de la cartera, el pago de licencias de maternidad e indemnizaciones, etc... Será una entidad pública que será blanco de los problemas de corrupción como quiera que dependerá de la información y el saber de los actores de hoy que no fueron sancionados, ajustados o depurados como lo observaba la ley. Al respecto el proyecto en el **artículo 12 ("Objeto")** dice: "La Unidad de Gestión – Salud Mía podrá directamente o a través de terceros desarrollar los procesos operativos y logísticos que requiera para el desarrollo de su objeto". Igualmente se dejará a los Gestores y prestadores la depuración de la información financiera como lo menciona el **parágrafo 2 del artículo 13 ("Funciones de la unidad de gestión")** del proyecto. Con las cotizaciones también habrá subcontratación con lo que actualmente funciona que no está depurado, el



sistema PILA: "... Estas cotizaciones se recaudarán por dicha entidad a través de un sistema de recaudo y transacciones controlado por ella y podrá contratar los servicios financieros o tecnológicos que requiera para su adecuada operación. El sistema de recaudo se integrará con el de los demás administradores del Sistema de Seguridad Social Integral y con el de las Cajas de Compensación Familiar...". En cuanto al pago de beneficios también opera la intermediación: "...**Parágrafo 2°**. El proceso de pago al beneficiario de licencias de maternidad o paternidad e incapacidad por enfermedad general será efectuado por los Gestores de Servicios de Salud con los recursos administrados por la Unidad de Gestión -Salud-Mía."

- Se insisten en trampas presupuestales que han sido costosas en términos financieros y de eficiencias como aquella que considera que por la simple transferencia de los recursos de la salud del Gobierno Nacional a Salud Mia, se entiendan como ejecutados. Lo anterior, en los términos del **artículo 15 ("Recursos que recaudará y administrará la Unidad de Gestión")**, literales g), h), p), **Parágrafo 4**.
- Las disposiciones en cuanto a oportunidad y facilidad para los usuarios parecen también cosméticas. No se requeriría una ley para ello: "... La atención inicial de urgencias no requiere ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y el gestor, en los términos definidos por la ley. El gobierno reglamentará la materia".

**b. Las EPS de hoy versus los Gestores de Servicios de Salud de la reforma.**

- Esto no pasa de ser el reconocimiento de la deformación que los reguladores, supervisores y el ejecutivo en general les permitió a las EPS, relevándolos de su función de aseguradores. Pero este reconocimiento no pasó primero por la exigencia del cumplimiento de la ley. Al permitir que se conviertan en gestores, les permite sanear el incumplimiento de sus funciones y pasar a legalizar sus activos, que no sus pasivos, pues estos serán cubiertos por el Estado a través de los programas de saneamiento de cartera que se mencionan más adelante.
- Hay confusión en los términos y por ello aparece muy desdibujada la diferencia entre las EPS y los nuevos Gestores. Se habla en los principios de "aseguramiento social" y se da a los Gestores de Servicios de Salud el importantísimo papel de la gestión de riesgo en salud y de la representación del usuario.



- Si bien, es necesario en beneficio de los usuarios articular debidamente las relaciones entre el aseguramiento y la prestación de los servicios, la creación de las Gestoras de Servicios de Salud suscita importantes preocupaciones. La intermediación existente, encarnada en las actuales EPS, no ha sido generadora de mayor valor público. Es necesario evitar que las mismas asuman posiciones dominantes; por lo que no es conveniente que conserven la competencia para conformar de forma unilateral las redes de prestadores de servicios.
- En síntesis, lo propuesto en el Proyecto de Ley Ordinaria de Salud como reforma, convertiría a las EPS de hoy en las Gestoras de Salud de mañana, que serían entidades “multipropósito” porque harían aseguramiento, administración, recaudo, recibirían parte de la prima en salud por anticipado, serían quienes definan las redes de prestadores en las regiones y también contratarían con ellas, tendrían la prestación de servicios de primer nivel por la integración vertical aprobada...en fin, ¡harían de todo!

### ***c. Principio de libre elección.***

- El principio de libre elección dada la redacción podrá quedarse en el papel y no romper con la estructura oligopólica generada por la integración vertical. En efecto dice el proyecto **en el artículo 5 (“Principios del sistema”): “ j) Libre elección.** El Sistema permite que los afiliados tengan la libertad de elegir a su Gestor de Servicio de Salud y a los Prestadores de Servicios de Salud dentro de la oferta disponible **del respectivo gestor de servicios de salud**, según las normas de habilitación...”

### **5. Falta de medidas contundentes y necesarias para el saneamiento del sector, sin que el Gobierno utilice las herramientas legales vigentes al respecto.**

- a. El Gobierno viene aduciendo carecer de facultades para poder adoptar medidas que le permitan al Estado sanear entidades una vez el Estado tenga la propiedad sobre aquellas en las que deba intervenir. Esta solución que se implementó en la crisis financiera de 1998, reduciendo en valor la participación privada previa a la capitalización e inyección de recursos públicos para el saneamiento financiero ha sido dejada de lado, según se

ha indicado por falta de competencias legales. Igualmente se ha esgrimido falta de competencia para adoptar medidas sobre los grupos completos a los que pertenecen ciertos actores que a través de la integración vertical han permitido la desviación de cuantiosos recursos de la salud. Ninguno de estos correctivos se adoptan en la Ley. Tampoco los adopta el Gobierno. Se sigue insistiendo en que es suficiente adoptar las medidas de intervención sobre las entidades principales y no sobre las vinculadas o integradas mientras a través de éstas se disminuye la prenda general de los acreedores verdaderos y la garantía para el Estado de la devolución de los recursos que fueron desviados.

- b. Igualmente se continúa con la ambigüedad en torno a la naturaleza de los recursos públicos y parafiscales. Así por ejemplo se sigue considerando que los recursos de copagos y cuotas moderadoras son ingresos de los nuevos Gestores (**artículo 39, “Ingresos de los Gestores de Servicios de Salud”**).
- c. A la par de esto, no se entiende la norma que prohíbe la intervención para administrar de Gestores, prescribiendo sólo la de liquidación. El problema no es éste sino de intervenciones eternas que no solucionen los problemas estructurales, en lugar de adoptar a tiempo una liquidación. Al respecto el texto contempla en el **artículo 56, “Modalidades y duración de la toma de posesión”**: “...La toma de posesión podrá ser ordenada bajo la modalidad de intervención forzosa para administrar o para liquidar. No podrá aplicarse la intervención forzosa administrativa para administrar sobre Salud Mía o sobre los Gestores de Servicios de Salud. Respecto de estas dos entidades sólo procederá la intervención forzosa administrativa para liquidar”.

## 6. La Integración Vertical.

Esta figura, tal como lo ha revelado la CGR, ha sido una de las mayores fuentes de corrupción en el sistema actual y ha permitido la desviación de los recursos públicos de la salud. De igual forma ha sido considerada como una de las causas principales de los problemas de eficiencia, oportunidad e integridad de la prestación de los servicios de salud, y en el proyecto en lugar de ser proscrita, en el **artículo 38 (“Integración vertical”)** se sigue permitiendo injustificadamente para las atenciones del primer nivel de atención.

De otra parte, aunque lo aprobado en la Plenaria del Senado indica que las Gestoras de Salud conocidas hoy como EPS deberán eliminar la integración

vertical en los otros niveles de los servicios de salud (segundo y tercer nivel), de acuerdo con el citado artículo contarán todavía con 3 años más para eliminar dicha práctica, lo que pudiera significar que en ese tiempo se siguiera limitando la libre elección de los usuarios, afectando la libre competencia, se vulnera el libre mercado y favorezca la aparición de hechos de corrupción, como los que se registran actualmente, dado que algunas EPS utilizan esta práctica de la integración vertical para cobrar tarifas elevadas que no están reguladas por el Gobierno.

En este aspecto resulta llamativo que con la reformas propuesta a los Gestores se les permita la integración vertical en el primer nivel de atención pero no se garantice la sostenibilidad financiera del primer nivel de atención prestado por los hospitales públicos, al derogar normas que obligaban justamente al Gobierno al fortalecimiento de manera específica de esas Empresas Sociales del Estado.

### 7. La búsqueda de la calidad y la formación del recurso humano vinculado al sector salud.

Para el país resulta importante la adopción medidas efectivas, concretas y reales para dignificar la profesión de los médicos, quienes son en últimas el recurso humano principal para garantizar a todos los colombianos que el derecho fundamental de la salud sea una realidad social para todos. Lo anterior, será un factor motivador y generador de mejores y mayores especialistas, que redundará en una mejor calidad de la prestación del servicio de salud.

Esta situación no sólo es necesaria para los médicos sino para todo el recurso humano que participan en el proceso mismo de la atención de las personas.

En ese sentido, resulta conveniente lo anunciado por el Gobierno de retirar el articulado del Proyecto de Ley le daba la facultad de formar especialistas de la medicina a las entidades prestadoras de servicios de salud, públicos o privados, que cumplieren con la sólo condición de ser habilitados como hospitales universitarios (**artículo 44, "De la titulación de especializaciones médicas y quirúrgicas en medicina"**), desconociendo que la titulación de las especializaciones médicas son competencia exclusiva de las Instituciones de Educación Superior (IES) con facultades de medicina, como desde el año 1992 lo contempló la Ley 30 aún vigente.

Debe tenerse presente que con condiciones de habilitación como universitarios son muy pocos las entidades prestadoras de servicios de salud que están habilitadas con todos los requisitos que se requieren para ser así categorizados, aunque en este momento se estén desarrollando actividades docente-asistenciales de programas de salud, tanto en pregrado como en postgrado.

Si el problema en Colombia es el déficit de especialistas, para futuras medidas para contrarrestar esa carencia de oferta médica especializada, reducir las exigencias académicas de la profesión médica y sus especialidades, sea una solución efectiva para el problema de escasez de especialistas.

Por el contrario, sería malo para la salud, pues si los profesionales no tienen la formación adecuada, la calidad de su servicio no será eficiente. En cambio sí produciría un aumento de especialistas inadecuadamente formados, favoreciendo tanto a los Gestores que asumirían el aseguramiento, como a los prestadores de servicios de salud, quienes obtendrán así, mano de obra más barata y no necesariamente de calidad.

#### **8. Regulación al mercado y control de precios de medicamentos que aun no corresponde a lo ordenado por la Corte Constitucional al respecto en la Sentencia T-760 de 2008 y los autos de noviembre de 2012**

Así exista la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos o se elimine dicho organismo regulador (**artículo 22, “Regulación de precios de servicios y tecnologías en salud”**), debe haber claridad de que en Colombia ha existido históricamente un sobrecosto en el precio de los medicamentos, comparado con los precios internacionales. Hace unos meses el mismo Ministro de Salud y Protección se pronunció al respecto diciendo que en los últimos ocho (8) años, Colombia a través de su sistema de salud había pagado por lo menos \$3,2 billones por sobrecostos en medicamentos, y confirmó que los medicamentos en este país resultan sin justificación ser mucho más costosos que en otros países del área andina y muchísimo más caros que en otras partes del mundo.

Por ello es de vital importancia, que en este Proyecto de Ley quede incluida la intervención eficaz en los precios en todos los actores intervinientes en la cadena, iniciando dicho control al mismo principio de la cadena, es decir, respecto del productor o de los laboratorios, o la utilización de precios de referencia. En este momento la regulación se aplica al proveedor, lo cual no implica un control efectivo de precios. La misma, por tanto aplica al nivel institucional, debe ser cuidadosamente implementada y aplicada ya que afecta directamente los recobros, los cuales, tal y como se ha afirmado en los últimos días, no obstante las medidas ya adoptadas por el Gobierno, siguen creciendo.

De igual forma, ya que la regulación se alimenta con los precios del SISMED el cual presenta fallas y varios errores en el registro, debe ser mejorado y reformado con el fin de llevar un control estricto.

Por otro lado, es vital que el Ministerio de Salud y Protección Social impulse la compra de genéricos siempre y cuando conserven las mismas características

farmacológicas que las moléculas originales. Sin embargo hay un factor importante que no se puede dejar de lado: las grandes multinacionales farmacéuticas están comprando los laboratorios nacionales, por lo tanto, el precio que inicialmente tenía el genérico, seguramente se pegará al techo del precio de la marca. Es función de la Superintendencia de Sociedades, la Superintendencia de Industria y Comercio e incluso del mismo Ministerio de Salud y Protección Social, vigilar muy de cerca estas adquisiciones con el fin de evitar que el mercado de genéricos desaparezca del panorama. No hay que desconocer que el país todavía se encuentra en medio de la realización de prácticas propias de mercados oligopólicos que otros países ya superaron, por esta razón, se debe incluir en este debate sobre la política pública en cuanto a la regulación de precios de medicamentos, soluciones más estructurales como los mecanismos de compras centralizadas, el manejo de los temas de propiedad intelectual e Investigación y Desarrollo y el avance en pro de una política industrial dirigida a generar mecanismos alternativos de autoabastecimiento.

#### **9. Necesidad de una Red Pública Hospitalaria eficiencia y competitiva para garantizar adecuada atención en salud a los usuarios**

En estos momentos la red pública hospitalaria está devastada financiera y tecnológicamente por diversas causas: desde el desgüeño administrativo, la falta de control en su operación, la alta burocratización de las plantas de personas de estas entidades, e indiscutiblemente por la iliquidez derivada del no pago de las atenciones que realizan a los usuarios tanto del Régimen Contributivo, del Régimen Subsidiado y aquellos que aun no tienen aseguramiento formal en salud y deben ser financiadas sus atenciones con cargo a los entes territoriales.

La nueva política de salud debe establecer mecanismos dirigidos a la recuperación y fortalecimiento de la red pública hospitalaria pero siendo ésta responsable frente a su misión, eficiente en uso de los recursos y productiva en términos de resultados asistenciales y administrativos. La CGR estará atenta a que se recuperen los recursos que se encuentran en las voluminosas carteras hospitalarias y que las mismas representen obligaciones reales y legítimas. En el mismo sentido, será vigilante activa para que las aseguradoras honren los compromisos que tienen con los prestadores de servicios de salud. El saneamiento de los hospitales no podrá dar lugar a la legalización de los malos manejos de los recursos sectoriales. Los colombianos deben tener la seguridad de que la CGR cumplirá con toda diligencia y rigor, el mandato constitucional que posee en la protección de los recursos de la salud.

Resulta llamativo, por demás preocupante, que en el texto aprobado en el Senado, no se contemple para las futuros Gestores, la obligación que hoy tienen las EPS del Régimen Subsidiado de cumplir con una contratación mínima con las Empresas Sociales del Estado (ESE), lo que en últimas contribuiría a la desfinanciación de los hospitales públicos y su consecuente insostenibilidad en el

tiempo, siendo que esta es la oferta de mayor consumo y demanda de servicios que generan los usuarios del Régimen Subsidiado. Ahora bien, si se pretende generar condiciones de competencia, deben adoptarse medidas complementarias para los hospitales públicos cuyas reestructuraciones son recurrentes sin que haya un verdadero saneamiento de los mismos.

Preocupa que en el texto aprobado en el Senado se derogue en el **artículo 98 (“Vigencia y derogatorias”)**, el **artículo 12 de la Ley 1438 del 2011**, que precisamente obligaba al Ministerio de Salud al fortalecimiento de los hospitales de baja complejidad, lo que a todas luces atenta contra la resolutivez actual y la viabilidad financiera del primer nivel de atención que actualmente es prestado precisamente por las ESE de baja complejidad.

En síntesis Colombia requiere de una *política pública de prestación de servicios* que caracterice y articule de debida forma tanto la oferta pública como la concurrencia de los prestadores privados, que en últimas garantice la atención oportuna y de calidad a quienes demanden dichos servicios.

#### **10. Designación de los Gerentes de los Hospitales Públicos.**

Así mismo, regresar a los gobernantes territoriales la posibilidad de designar a los gerentes de las ESE tiene sentido desde la perspectiva de la descentralización; no obstante, es necesario que se hagan más exigentes los requisitos para el desempeño de dicha responsabilidad, así como también, más objetivos y expeditos los mecanismos de evaluación de la gestión de estos funcionarios, contando con una muy cercana vigilancia por parte de la superintendencia Nacional de Salud, entidad que efectivamente debe ser fortalecida; siendo indispensable materializar su presencia directa a nivel regional.

Aunque en el **artículo 81 (“Nombramiento de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado y conformación de juntas directivas”)** se establecieron algunos requisitos mínimos como contar con grado universitario y experiencia mínima de 3 años, así como se agregó la aplicación de una prueba de competencias que será realizada por el Servicio Civil de la Función Pública hay un gran peligro que la designación de los gerentes de los hospitales públicos continúe con el nivel de politización de la red pública hospitalaria y en todo caso contribuirá a desmejorar la prestación del servicio.

Debe igualmente tener el mayor cuidado en la designación de estos gerentes sobre todo en tiempos de procesos electorales, colocando en grave riesgo los recursos públicos de la salud que son manejados por las entidades hospitalarias, su viabilidad financiera, su sostenibilidad operacional, y lo que es más importante, la calidad de la atención que deben recibir los usuarios.

El país más que nunca exige un proceso de designación de gerentes de sus hospitales públicos, que permita que a esos cargos de responsabilidad lleguen las mejores personas que cumplan con las condiciones y cualidades para garantizar el correcto direccionamiento gerencial de estas entidades. Por ello, el proceso que finalmente adopte el Congreso para realizar dichas designaciones no puede ser vulnerable ni a la politiquería que se daba en los procesos a partir de la discrecionalidad del mandatario territorial en turno, o a la corrupción que se ha venido observando en los actuales procesos de meritocracia tan cuestionados en sus diferentes etapas en todo el país.

#### **11. Creación del Fondo de Garantías y el saneamiento de entidades en liquidación.**

El texto aprobado contempla en el **artículo 78 (“Fondo de Garantías para el Sector Salud”)** la creación de un Fondo que tendrá como su objetivo “la protección de la confianza de los agentes del Sistema y asegurar la continuidad en la prestación del servicio de salud, preservando el equilibrio y la equidad económica de dicho Sistema”. Así las cosas, este Fondo se ha dicho que será el encargado, entre otros aspectos, de pagar la deuda que se tiene con las IPS privadas y los hospitales públicos del país, deuda que oscila en los 2 y los 5 billones de pesos. Esta cartera no ha sido depurada y pesa sobre la misma grandes dudas sobre la certeza de las mismas ante los problemas de deficiencias en la contabilidad y los sobrecostos.

Se podría entender entonces que por un mismo concepto se estaría generando un “doble pago”: el primero cuando las EPS recibieron oportunamente los recursos pero no se los pagaron a las clínicas ni a los hospitales, y el segundo ahora con este Fondo aprobado en el Senado.

Si bien para los acreedores la creación de este Fondo y los pagos que finalmente de él reciban, representa una solución tardía a sus problemas financieros derivados de la morosidad en el pago de esta cartera, finalmente esa cartera la terminamos pagando todos los colombianos porque aunque en el **artículo 13 (“Funciones de la unidad de gestión”)** se establece que este Fondo será administrado por “Salud Mía”, la principal fuente de financiación de ese Fondo será el Presupuesto General de la Nación y los recursos de la cotización del régimen contributivo, entre otras fuentes.

Entonces, ¿cómo no afirmar que con todo esto se incentiva el riesgo moral y no hay garantía de no repetición y cómo evitar que se promuevan liquidaciones para que el Estado pague las obligaciones insolutas luego de tanto tiempo en que el Estado no intervino ni controló adecuadamente?

Hay muchas normas que son repetición de normas ya existentes. Por ejemplo el contenido del **artículo 75 (“Aclaración de Cuentas y Saneamiento Contable”)** del proyecto sorprende por su obviedad. Pareciera como si las normas de prudencia contable, provisión, saneamiento, etc., no existieran para justificar la inacción de administradores y supervisores del cumplimiento normativo actual.

De otro lado, la Contraloría quiere llamar la atención de manera particular por lo previsto en el parágrafo del **artículo 78 (“Fondo de garantías para el sector salud”)** que legitima los dobles pagos a los que nos hemos referido: “ ... **Parágrafo.** Hasta la supresión del Fosyga, con cargo a los recursos de la subcuenta de garantías, se podrá comprar cartera reconocida de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud cuyo deudor sean las Entidades Promotoras de Salud. En este caso, la recuperación de los recursos que tendrá que pagar la Entidad Promotora de Salud o quien asuma sus obligaciones podrá darse a través de descuentos de los recursos que a cualquier título les correspondan”.

Igualmente preocupa que se utilicen otras entidades públicas que podrían ser las entidades financieras para comprar esta cartera, que como se ha dicho puede estar representada en acreencias con sobrecostos implícitos o de gastos ya cubiertos con los recursos de la UPC entregados como lo establece el proyecto en el **artículo 94 (“Mecanismos de liquidez para las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud”)**, que establece que: “...Con el objeto de propiciar mecanismos de liquidez para el saneamiento de la cartera a 31 de diciembre de 2012, de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, se faculta al Gobierno Nacional para que a través de entidades públicas o mixtas del orden nacional realice operaciones de compra de cartera y otorgamiento de garantía, de acuerdo con las condiciones, requisitos, mecanismos de coordinación y seguimiento que determine el Gobierno Nacional.

Para estos efectos, el Gobierno Nacional presupuestará los recursos para que las entidades públicas o mixtas del orden nacional que este determine realicen las operaciones de que trata el inciso anterior. El cronograma y monto total de los recursos serán definidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público de manera progresiva a partir del año 2014, y deberán quedar previstos en el Marco Fiscal de Mediano Plazo.”

**12. Aplazamiento de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), debilitamiento de la prevención, la planeación de la salud pública por los Gestores e integración vertical: fórmula que preocupa para la atención en salud**

La Ley 1438 de 2011 contiene un articulado que aborda de manera completa aspectos relacionados con la Atención Primaria en Salud (APS), las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud y los Equipos Básicos de Atención. Desafortunadamente estos aspectos que son fundamentales para poder cumplir con una política pública coherente y efectiva de salud pública, finalmente después de casi tres años de vigencia de dicha Ley, nunca se reglamentaron.

En este Proyecto de Ley no se retoman esos componentes, lo que implica un claro retroceso frente a lo aprobado en esa Ley 1438 y que justamente se basaron en recomendaciones de las autoridades internacionales del sector como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de Salud.

Si bien la estrategia de APS se aborda en el **artículo 8 (“Estrategia de atención primaria en salud”)**, se aplaza en seis (6) meses contados a partir de la sanción de la Ley Ordinaria de Salud, la definición de la Política Pública de la Atención Primaria en salud, esquema de aplazamientos que no ha resultado práctico ni benéfico en el sistema de salud colombiano pues se evidencia como históricamente se dejan muchos aspectos por reglamentar y finalmente éstos no se reglamentan .

Así mismo, desconoce el Proyecto aspectos importantes que han sido los ejes fundamentales en la consolidación de sistemas de salud altamente eficientes y reconocidos como el sistema de salud canadiense, diseñado por el abogado Marc Lalonde y quien fuera Ministro de Salud de ese país en el año 1974, y quien visitó este país en el pasado mes de agosto de 2013. Menciona Lalonde que *si un país desea efectivamente mejorar la salud de sus habitantes y la realidad financiera de su sistema de salud, debe invertir en promoción de la salud y prevención de la enfermedad*. El modelo de salud que propone Lalonde exige que un país adopte los cambios que se dieron en Canadá y luego en los países europeos industrializados cuando por iniciativa del exministro canadiense creó un modelo de salud pública que modificó los presupuestos de salud de esos países, destinando a la salud pública un porcentaje bastante elevado de recursos para la prevención y la educación sanitaria, disminuyendo así los gastos financieros en atención de las enfermedades causadas por los estilos de vidas insanos y la calidad de vida de los habitantes.

¿Y la prevención? No sólo el Estado se desprendió de esta política, sino que no reaccionó oportunamente ante el deterioro de los indicadores de salud. Implementar un nuevo sistema de salud, obliga igualmente a modificar el modelo de atención. Es necesario recuperar la atención primaria como eje fundamental de la organización y prestación de los servicios. En el mismo sentido, la salud pública deberá tener un lugar de privilegio en las políticas y estrategias del nuevo sistema de salud. Genera mucha expectativa e incertidumbre la eficiencia de la estrategia de permitir que sean los Gestores de Servicios de Salud los que en el ámbito territorial sean los autores en conjunto con las autoridades territoriales de los

Planes territoriales de Salud, como lo define el **artículo 7 (“Planeación en salud pública”)**: “...El Plan Territorial de Salud integrará los componentes de intervenciones colectivas construido por el territorio y el de intervenciones individuales elaborado por los Gestores de Servicios de Salud que operen en el respectivo territorio”.

Esta actividad de planeación de la salud pública territorial a cargo de los Gestores de Servicios de Salud, junto con el debilitamiento de la red pública hospitalaria del primer nivel de atención al cesar la obligación legal del Gobierno de fortalecerla y permitir la integración vertical de los Gestores justamente en ese primer nivel de atención, genera preocupación a esta Contraloría por las implicaciones que tendría si estos actores del sistema asumen roles simultáneos en la planeación del servicio, el “aseguramiento social” y la prestación misma de los servicios del primer nivel de atención.

### **13. UPC ajustada por riesgo sin que se conozcan estudios de costeo para su definición**

Este ingreso definido en el **artículo 39 (“Ingresos de los Gestores de Servicios de Salud”)** denominado en la ponencia como “valor per cápita ajustado por riesgo”, correspondería a la UPC del actual modelo de salud, cuyo valor anual para el 2013 fue fijado por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 4480 del 27 de diciembre de 2012, fijándolo en \$568.944 para el Régimen Contributivo y en \$508.993 para el Régimen Subsidiado. En este componente del ingreso no hay diferencia entre las EPS y los nuevos Gestores de Servicios de Salud en la medida que se mantiene el modelo de aseguramiento con dos regímenes, bajo un plan de beneficios individuales (Mi-Plan).

Sin embargo, aún sigue pendiente el mandato de la Corte Constitucional de hacer un real análisis de los costos con los cuales se construyó el valor de la UPC. No se evidencia un mecanismo correctivo a las fórmulas de su cálculo, para que se tomen los valores reales y no inflados, lo cual ha sido advertido y requerido de manera reiterada por la CGR.

### **14. Mantenimiento de los recobros.**

La diferenciación de servicios y tecnologías entre priorizados y no priorizados incide en el flujo de recursos y el trámite de cuentas. Mientras los servicios priorizados tendrían el flujo de pagos estándar en el que el gestor autoriza a Salud-Mía para efectuar el pago, el cobro de los servicios y tecnologías no

priorizados prestados a los afiliados deberán tramitarse de acuerdo con lo que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Se mantiene bajo el control de dicho Ministerio, o de Salud Mía ya que la ley no lo establece, el trámite de las cuentas que se presenten por servicios y tecnologías no priorizadas, lo cual ocasionará considerable desgaste administrativo y represamiento en el flujo de recursos (**artículo 21, “Mecanismo de priorización de Mi-Plan”**). La magnitud de los cobros bajo el sistema propuesto podría ser mayor que los actuales recobros en la medida que los servicios y tecnologías priorizados es una lista limitada.

**15.El saneamiento del desvío de recursos de la subcuenta ECAT del FOSYGA que se dio con la Ley 1393 de 2010 y el Decreto 2529 de 2010 a través de la figura de la condonación de capital e intereses**

Se aprovecha igualmente la reforma para legalizar el “préstamo interfondos” que se autorizó mediante la **Ley 1393 del 12 de julio de 2010** y se reglamentó 24 horas después de sancionada dicha Ley con el **Decreto 2529 del 13 de julio de 2010**, cuando con recursos de la *subcuenta ECAT* -que paga la atención en salud de las víctimas de eventos catastróficos y accidentes tránsito- se le autorizó el préstamo a la *subcuenta de Compensación* del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) -que es la que financia el Régimen Contributivo- la suma de \$800 mil millones, destinándose esos recursos para pagar los recobros presentada por las EPS del Régimen Contributivo al FOSYGA. Al respecto el proyecto en el **artículo 95** establece: “...Condónese el saldo del capital e intereses de los recursos objeto de las operaciones de préstamo interfondos realizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con la facultad otorgada en los artículos 37 de la ley 1393 de 2010, 71 de la ley 1485 de 2011 y 68 de la ley 1593 de 2012, entre las subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito – ECAT y la subcuenta de Compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga.”

**16.Los cambios en competencias de Coljuegos y la Superintendencia Nacional de Salud.**

No acaba el Estado de consolidar la reforma institucional en cuanto a juegos de suerte y azar, pasando de Ecosalud a Etesa, a la DIAN, a Coljuegos, y se sigue reformando y reformando y temas como el control de los recursos de la salud de este monopolio rentístico siguen sin abordarse estructuralmente. No se trata de

cambios de nombres de las instituciones sino de la voluntad real de generar instituciones capaces de ejercer con sus funciones la soberanía del Estado.

**17. Las facultades para regular el régimen especial del Fondo del Magisterio.**

Los temas que gravitan al respecto involucra toda la seguridad social, es decir, pensiones, cesantías y salud. La problemática es diversa y lo que ha podido advertirse más que la necesidad de más disposiciones jurídicas es el cumplimiento de la regulación existente por parte de la Fiduciaria administradora, del Ministerio de Educación, la articulación con las secretarías de educación y adecuados controles en la contratación de los aseguradores velando porque no se distorsionen mediante laudos proferidos sin la adecuada independencia las responsabilidades de los contratistas.

Finalmente, después de consignar las anteriores consideraciones sobre el Proyecto de Ley Ordinaria de Salud que ahora tendrá su trámite legislativo en la Cámara de Representantes, me permito invitar al Gobierno Nacional, al Congreso de la República, a las agremiaciones científicas y de trabajadores de la salud y en general a los usuarios de los servicios, para que con alto sentido de ciudadano en busca de la realización de los principios del Estado Social de Derecho se establezcan las bases jurídicas para construir un sistema de salud que permita al Estado retomar con decisión y competencia la función esencial de dirigir y organizar las instituciones y las acciones sectoriales e intersectoriales encaminadas a garantizar el derecho fundamental a la salud de los colombianos, y proteger los recursos públicos dispuestos para la atención en salud de las personas.



**SANDRA MORELLI RICO**  
Contralora General de la República

Bogotá, 6 de Noviembre de 2013