

Imprimir

Se ha iniciado el trámite de la reforma a la salud que presentó de nuevo el gobierno nacional con 59 artículos, la anterior contenía más de 150 artículos, después de un amplio proceso de concertación que implicó varias mesas técnicas, audiencias públicas, sin contar que el articulado inicial de este proyecto de ley fue trabajado desde hace más de una década por diversas organizaciones de la sociedad civil. Nos proponemos analizar la ponencia que será sometida a discusión de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes.

Gobernanza del Sistema de Salud

En este articulado se construye un Consejo Nacional de Salud como instancia de dirección del sistema de salud adscrito al Ministerio de Salud, con 15 representantes, de los cuales 7 son del gobierno nacional, uno de los gobiernos territoriales y 7 de la sociedad civil, en donde como novedad se incluyeron un representante de las IPS y otro de las gestoras (no incluyen Hospitales Públicos y CAPS). Llama la atención la inclusión de las IPS y Gestoras, que no estaban en los anteriores articulados, dado que estos son organismos regulados dentro del sistema y se buscaba que hubiera independencia de la dirección del sistema respecto a actores que hacen parte de la ejecución de los recursos del mismo. Consideramos se debe adoptar la propuesta inicial.

Fuentes, usos y gestión de los recursos financieros del sistema de salud

Se mantiene la propuesta del ADRES como pagador único, con algunas funciones que tiene en la actualidad, entre ellas recaudar todos los recursos fiscales, parafiscales, administrar los recursos del fondo único, efectuar los pagos a los servicios de mediana y alta complejidad, hacer un seguimiento al gasto público en salud, hacer públicas todas las transacciones y reconocimientos al sector, hacer contratos o convenios con empresas de auditorías médicas, de cuentas y suscribir convenios marcos con la red pública, privada y mixta, tanto de prestadores como de proveedores. Estas son algunas de sus funciones centrales.

En este capítulo se crean nuevas fuentes de financiación del sistema, a partir del 2026 se destinará al sistema el 100% del recaudo de impuestos a las bebidas y alimentos

ultraprocesados, como nuevas fuentes de financiación del sistema.

En cuanto a la destinación de los recursos del ADRES se mantiene de la propuesta inicial, la destinación en cuentas separadas para el fortalecimiento de la red de hospitales públicos y para la Atención Primaria en Salud, lo que implica la financiación por oferta de los centros de atención primaria en salud, lo que implica los equipos territoriales de salud.

Se mantendrá la financiación del sistema mediante el mecanismo de la UPC, Unidad de Pago por Capitación, que se compone de una cápita por oferta para el nivel primario y una por demanda para la mediana y alta complejidad, en donde se deben tener en cuenta ajustes geográficos, etéreos y epidemiológicos.

El articulado define una gestión de pagos a cargo del Ministerio de Salud que debe elaborar un manual tarifario. La red de prestación de servicios debe firmar un acuerdo marco con el ADRES, en donde se debe ajustarse a un manual tarifario, unas formas de pago, un sistema único público de información interoperable.

Se insta un sistema doble de auditorías a los prestadores y proveedores, una que realizan las gestoras de salud y otra que realiza el ADRES sobre las gestoras. Esos controles no existen en la actualidad. En otro artículo se establecen créditos para las instituciones prestadoras de servicios de salud, priorizando a IPS que hayan sido afectados por EPS liquidadas.

En cuanto a las funciones de las gestoras, el articulado establece que las gestoras en conjunto con los entes territoriales van a hacer la gestión del riesgo en salud, validarán la facturación de los prestadores, organizarán en conjunto a los entes territoriales la red de prestación de servicios, conforme a la habilitación del Ministerio de Salud y Protección Social que finalmente es quien autoriza la conformación de la red. Las gestoras también son las encargadas de gestionar la referencia y contrarreferencia de los Centros de Atención Primaria en salud, CAPS, a los centros especializados de salud. Se recalca que no manejarán recursos públicos de la salud, no obstante, quedan con un conjunto de funciones en el marco del proceso de ordenación del gasto, con contrapesos como el ADRES, el Ministerio de Salud y los entes territoriales.

Para que las EPS se transformen en gestoras deben cumplir unos requisitos, entre estos presentar un plan de saneamiento de pasivos en un plazo no superior a 24 meses, el tiempo de transición quedó estipulado en dos años. Por adelantar esas funciones se les reconocerá hasta el 5% de la UPC de la población a su cargo, con posibilidad de descontar el 30% por incumplimiento de funciones.

La ponencia define los centros de atención primaria en salud como los escenarios de adscripción de los ciudadanos para entrar al sistema de salud, que deben articular la referencia y contrarreferencia desde los niveles más altos de complejidad, con una robusta oficina de atención al ciudadano que descargue los trámites de la ciudadanía. A nuestro juicio, este debería ser el articulador de todo el sistema, y por tanto la instancia que represente al ciudadano ante el sistema, lo que supone que sí se interponen tutelas, esta instancia es quien las direcciona a la correspondiente instancia, en donde se encuentre la barrera de acceso, sea una clínica, hospital, gestor farmacéutico o gestora.

El proyecto de ley crea las Instituciones de Salud del Estado, que serían las actuales empresas sociales del estado u hospitales públicos, en donde el director se nombra por el alcalde o gobernador de un listado de aspirantes que aprueben un examen único nacional, en la actualidad los gerentes de los hospitales se nombran a discrecionalidad de las autoridades locales. Se incluye también el examen único nacional para el acceso a las especialidades médico quirúrgicas. La red pública hospitalaria privilegiará a las instituciones de educación superior públicas como centros de prácticas para la formación del personal de la salud.

El capítulo laboral solo considera el régimen laboral especial de formalización para los trabajadores de la salud en lo público, esto es muy limitado, dado que el 80% de los trabajadores de la salud están en el sector privado, el régimen laboral especial debe ser para todo el sector salud. Es importante que el Congreso recupere este artículo. Finalmente, el articulado contiene las disposiciones para realizar una consulta previa del modelo de atención con las comunidades étnicas y establece unas medidas de transición. La ponencia que está para discusión consta de 58 artículos.

En general se mantienen los puntos centrales de la reforma consensuada por la Cámara de Representantes en su primer intento de trámite, se retrocedió desafortunadamente en lo referente al régimen laboral especial para todo el sector salud, en lo público, lo privado y lo mixto, como también en mayores funciones para la Superintendencia de Salud. Esperamos que la Cámara de Representantes que lleva más de año y medio de discusión pueda surtir el proceso en el menor tiempo posible para que le de paso al Senado de la República. Cada día que pasa sin una reforma a fondo del sistema de salud permite que se presenten desfalcos, manejos poco transparentes, demoras en la atención y baja calidad del servicio. La reforma es una necesidad apremiante y el Congreso de la República tiene en sus manos la reforma que permita enfrentar la crisis que padece desde hace ya muchos años nuestro sistema de salud.

Carolina Corcho Mejía, Exministra de salud, médica psiquiatra

Foto tomada de: Radio Nacional