

ISSN 1794-2616

ANIF

Calle 70A No. 7-86
PBX: 601 744 6700
Bogotá D.C.

Mauricio Santa María S.
Presidente de ANIF

Anwar Rodríguez C.
Vicepresidente de ANIF

Camila Ciurlo A.
Investigador Jefe de ANIF

Investigadores

José Antonio Hernández R.
Laura Llano C.
Norberto Rojas D.
Erika Schutt P.
Daniel Franco L.
Fabián Suárez N.
María Camila Carvajal P.
Sarah Garcés A.
Ana María Castiblanco L.

www.anif.com.co

E-mail: anif@anif.com.co



@ANIFCO



AnifOficial



ANIF

No. 1568 | Febrero 27 de 2023

REFORMA A LA SALUD: ¿DESAFÍO O PASOS ATRÁS?

El pasado 13 de febrero, el Gobierno Nacional radicó en el Congreso de la República el Proyecto de Ley No 339 – 2023 por medio del cual presenta la reforma de la salud. El proyecto de ley tiene como pilar el desarrollo de centros de atención primaria en salud, un sistema preventivo, la recuperación del manejo público de los recursos y la regionalización de la atención. Si bien esa es la intención del gobierno, luego de analizar el articulado ciertas preocupaciones saltan a la luz.

En este *Informe Semanal*, analizamos los puntos principales del proyecto de ley y las posibles consecuencias que tendría si se aprueba en el Congreso. Nos enfocamos en tres puntos que son centrales en la discusión: los Centros de Atención Primaria (CAP), el cambio en el flujo de los recursos y el periodo de transición. A modo de conclusión, mostramos cómo la implementación de esta reforma generaría retrocesos importantes en cuanto a la prestación de los servicios de salud. Por eso, la importancia de que la reforma sea discutida en el Congreso como ley estatutaria.

Centros de Atención Primaria (CAP): eje principal de la reforma

El artículo 84 hace alusión a los Centros de Atención Primaria (CAP) Integral Resolutivos en Salud, una de las figuras centrales de la reforma, con la conformación a cargo de las direccio-

Febrero 27 de 2023

nes municipales y distritales de salud. Se espera la creación de 2,500 en todo el país durante los próximos diez años, se definirían por zona de vivienda y ofrecerían servicios básicos como consultas o exámenes generales. Los CAPS serían de carácter público, privados y mixtos, con equipos extramurales y serían la base del modelo de salud preventiva al que aspira el gobierno.

Como es de conocimiento común, el sistema actual se basa en un modelo de aseguramiento, donde las personas se afilian a una EPS, a la que ellos elijan, que es quien gestiona los procesos de atención, redes de servicio de referencia y contrarreferencia, teniendo en cuenta los recursos que gira la ADRES por cada afiliado, correspondientes a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Ahora bien, el enfoque de los CAP implica que la prestación de servicios de salud será responsabilidad de una sola organización. El concepto de afiliación se reemplazará por la adscripción atada al lugar de residencia. En líneas generales, consideramos que la estructura planteada puede generar riesgos en cuatro frentes. En primer lugar, la fragmentación en el servicio de salud para las personas. En segundo lugar, el plan de acción crea una amplia institucionalidad y no hay claridad en cuanto a la coordinación entre los CAP y eso, consideramos puede generar exceso de burocracia y procesos ineficientes que comprometerían la calidad del servicio. En tercer lugar, sobre costos para los usuarios, pues en últimas son quienes asumirían el aumento en términos de tiempo y movilidad. Finalmente, la necesidad de formar talento humano enfocado en atención primaria. Veamos por qué.

Por un lado, no es clara la línea de atención si un usuario no se encuentra en su zona de residencia y debe hacer uso del servicio médico. No solo se acotan las facultades de elección (la escogencia de la EPS), eventualmente habría riesgo en cuanto a costos y fragmentación del servicio, si no se está en el territorio al cual se está vinculado. Ramón Abel Castaño, experto en el sector de salud, hace un análisis donde enfatiza que el 30% de la población es rural y en este caso el uso de silos territoriales sería oportuno, pero no es conveniente comenzar a estructurar un sistema desde cero y dejar de lado aquello que se ha venido construyendo por más de treinta años y que ha demostrado ser efectivo.

Por otro lado, el proyecto de ley tiene como pilar la atención primaria en salud, enfoque que consideramos importante incluir en el sistema de salud, sin embargo, no es clara la vinculación entre atención primaria y especializada. ¿Cómo será el proceso de atención de una persona que ya tiene un diagnóstico claro?, ¿es necesario que pase por CAP para seguir con su tratamiento?, ¿hay posibilidades de que haya un aumento en el número de remisiones a especialistas? Sin saber mucho de lo que pasará luego de que una persona acceda a atención por medio del CAP, podemos decir que la burocracia aumentaría los tiempos de espera y tal vez comprometería la calidad del servicio.

De igual manera, se debe resaltar el hueco en talento humano que no se ha tenido en consideración. Según Paula Acosta, presidenta de ACEMI, uno de los factores imprescindibles es una reforma de la salud es la formación del talento humano. La falta de talento humano no se da solo a nivel de especialistas, también en lo relacionado con lo técnico, tecnólogo

Febrero 27 de 2023

y de otros profesionales (bacteriólogos, químicos, terapeutas, entre otros) que responden por la prestación del servicio médico. Si bien el artículo 126 hace referencia a la Política de formación y educación superior en salud, donde estipula que se busca “orientar las prioridades de formación de personal sanitario y especialidades médicas según las necesidades para el mejoramiento de la calidad de vida y de la salud de la población, las especificidades territoriales y las competencias demandadas por la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS), con enfoque familiar y comunitario”, la mayor parte de trabajadores del sector de salud en Colombia están únicamente capacitados para atención clínica y no es claro de qué manera se piensa suplir el número de profesionales que serían necesarios para proveer los 2,500 CAPS previstos, de forma inmediata.

Los afiliados de la EPS se distribuirían geográficamente entre los CAP. Sin embargo, donde no haya presencia territorial de EPS, la Nueva EPS propiedad del Estado en un 50% y el otro 50% por cajas de compensación, se encargará de esos pacientes, y además acogerá a los afiliados de las EPS liquidadas. De igual manera, se menciona que las cajas de compensación también podrán articularse para prestar servicios a través de los CAP. En este punto, se presenciaría un claro conflicto de intereses y se estaría actuando en contra de los principios de libre competencia, teniendo en cuenta que serían dueños de la Nueva EPS. Lo anterior genera mayor incertidumbre sobre la gestión y funcionamiento del sistema pues no habría un control efectivo.

Ahora bien, la discusión sobre los CAP, como veremos en la siguiente sección, abre interrogantes sobre quién asumirá la responsabilidad y la función de

gestionar el riesgo en salud. De igual manera, queda un cierto número de dudas frente al periodo de transición del cual se hablará en lo corrido del texto. ¿De qué manera planean ser liquidadas las EPS?, ¿cómo se hará la entrega de afiliados a los CAPS?, dado que los núcleos familiares deben estar asociados a la misma EPS, ¿qué hacer dado que no sea este el caso en las familias? Por el momento, no es clara la infraestructura ni los incentivos de las EPS a operar de esta manera.

Cambios en la administración y el flujo de los recursos: el talón de Aquiles

Uno de los principales cambios del proyecto de ley es la transformación en las funciones y el alcance de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). Los cambios que se proponen en su funcionalidad son radicales, ya que pasará de ser un administrador de los recursos de salud, a ser el pagador único dentro del sistema.

El Decreto 1429 de 2016 define para la ADRES la función de administrar las diferentes fuentes de financiación del sistema de salud colombiano, incluyendo las cotizaciones de trabajadores y empresas y los recursos que complementan el financiamiento de la Seguridad Social del Presupuesto General de la Nación. La administración de estos fondos implica la interacción con las EPS como intermediarios, tal que la ADRES gira mensual aproximadamente \$ 6 billones a las EPS tanto del régimen contributivo como subsidiado, y estas pagan todo lo relacionado a la prestación de servicios de salud directamente a clínicas y hospitales.

Febrero 27 de 2023

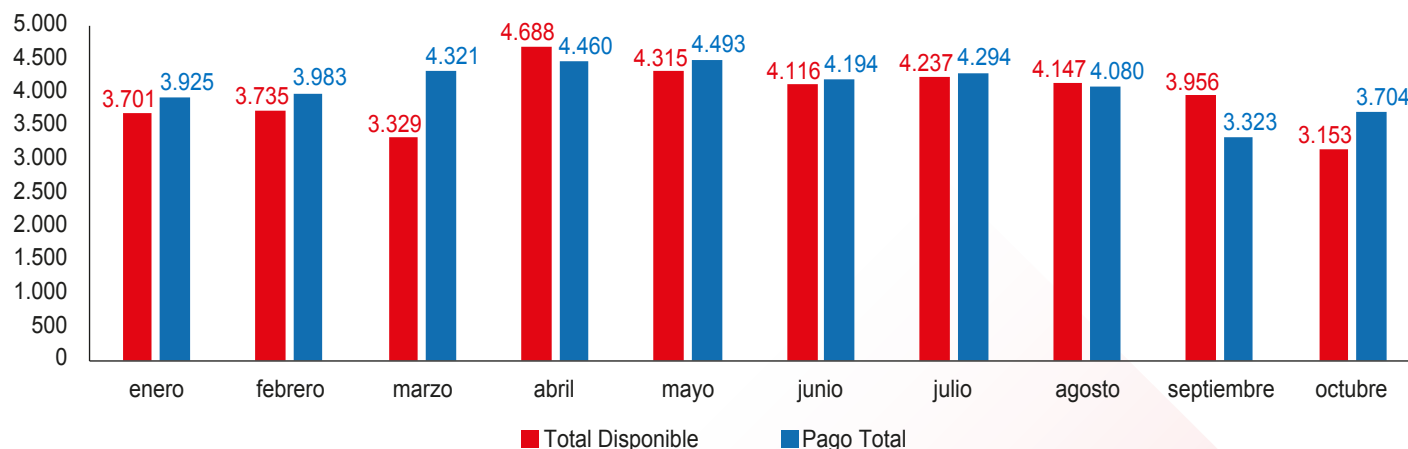
La reforma mantiene la función de recaudación de fondos de la ADRES, introduciendo la Cuenta Única de Recaudo (CUR) como medio para recibir los aportes de cotizaciones de salud a nivel nacional. El cambio recae en que ahora la entidad tendría la potestad de efectuar los giros de fondos directamente a los prestadores de servicios y proveedores de tecnologías. Esto, según lo mencionado por el presidente, busca eliminar la intermediación del recurso público, argumentando que esta ha sido la razón por la que hospitales y consultorios a nivel nacional han entrado en la profunda crisis financiera en la que se encuentran. No obstante, esta propuesta atribuye a la ADRES facultades administrativas que parece no estar en condiciones de asumir, bajo un esquema de pagador único público que, no sobra decir, el país ya ha intentado implementar para ciertos casos con resultados, en palabras del exministro de salud y actual ministro de educación Alejandro Gaviria, “desastrosos” (basta recordar los recobros directos del FOSYGA

en 2001 por la atención de la población desplazada, o el cartel de la hemofilia, entre otros).

Capacidad administrativa

Con respecto a lo anterior, y revisando la capacidad administrativa de la ADRES, la CUR tiene como función recibir los aportes de la totalidad de cotizaciones de salud a nivel nacional. La reforma plantea que ahora ésta sea quien gire los fondos a las IPS, lo que, extralimita las posibilidades con las que la entidad cuenta hoy. En primer lugar, se presenta la cuestión del manejo de las facturas. Actualmente, la ADRES tiene capacidad de resolver 50,000 facturas mensuales, lo que se contrasta con los 2.5 millones de facturas diarias que procesa el sistema de salud, y las cerca de 100 millones de facturas que, según Mario Cruz –presidente de Fasecolda–, las EPS auditan por los servicios prestados cada año (ver Gráfico 1).

**Gráfico 1. Total disponible¹ y pago total por mes de las EPS
(miles de millones, 2020)**



¹ Suma de ingresos operacionales, cambios en el efectivo e inversiones.
Fuente: elaboración ANIF con cifras de la Supersalud.

Febrero 27 de 2023

Además, la ADRES tendría, no solamente que organizar los flujos de recursos y la logística, sino mantener los registros, administrar la información y garantizar la efectividad, transparencia y trazabilidad de los procesos. Lo anterior pone en duda y en riesgo la resolutiveidad de la entidad. Ahora, frente a esta dificultad la reforma propone expandir las capacidades de la institución y simplificar procesos. Dentro de los costos que ha contemplado el gobierno para el robustecimiento de la ADRES, se incluye la creación de una oficina territorial para cada uno de los 32 departamentos y otra para Bogotá, las cuales tendrían la responsabilidad de recaudar, revisar y auditar las cuentas de los hospitales y las clínicas de su territorio. No sobra decir que el cumplimiento de estos objetivos requiere de un gasto adicional significativo en nóminas y plataformas tecnológicas.

El anexo del articulado contiene una estimación del costo de \$ 95 mil millones al año, con una nómina de 819 personas. El pago de los trabajadores tendría que ser elevado, asociado al personal calificado requerido para el análisis del gasto. Por otro lado, se contempla un gasto adicional por la logística asociada al funcionamiento de las oficinas y la inversión necesaria para el desarrollo del software y la plataforma. Así las cosas, se estima un costo total de \$ 1.01 billones anuales, mientras que, el escenario que contempla la revisión manual de la auditoría implica un costo de \$3.07 billones anuales.

La primera preocupación que surge es la disponibilidad de los fondos para realizar una inversión de tal magnitud. La segunda cuestión, gira en torno a la simplificación de procesos necesaria para el uso de las tecnologías propuestas para la realización de

auditorías. Esta simplificación, si bien permite el uso de tecnologías avanzadas y la posibilidad de la automatización, puede implicar riesgos en la calidad de estos procesos.

Auditoría y gestión de riesgo

La ADRES contaría ahora con dos líneas de servicio definidas para su rol como pagador directo. Para los Centros de Atención Primaria (CAP), no se realiza facturación, sino que se harían transferencias directas con un presupuesto fijo y lo mismo ocurriría con los hospitales. Por su parte, para los procesos de mediana y alta complejidad, se generaría un proceso de facturación, con cuentas auditadas por los fondos regionales. El sistema de presupuestos fijos de los CAP simplifica las operaciones de pago de servicios, lo que podría disminuir la carga administrativa y permitir la automatización de los procesos. No obstante, su implementación limita la capacidad de veeduría contable de los gastos específicos en los servicios de salud. Este proceso es hoy responsabilidad de las EPS que, al ser instituciones privadas, tienen incentivos para usar los recursos de forma eficiente. Si bien bajo el nuevo modelo se pueden hacer auditorías, no está claro cuál será el sistema de incentivos para hacerlo. La ADRES, por sus limitaciones administrativas, puede no lograr el mismo nivel de atención en estos procesos.

En cuanto a la veeduría de cuentas para los procesos de mediana y alta complejidad, se propone que el rol lo asuman directamente los fondos regionales. Según la reforma, estos se encargarían de vigilar las desviaciones en el gasto o los gastos inadecuados,

Febrero 27 de 2023

lo que se identificaría mediante sistemas de inteligencia. La vigilancia del giro de fondos se daría, según la reforma, por parte del Consejo Administrador de la Salud, el cual estaría compuesto por empresarios, trabajadores, representantes del Ministerio de Salud, del Ministerio de Hacienda, y de los gobernadores y alcaldes de la región.

Bajo el nuevo modelo propuesto, las EPS pasan de ser gestores integrales de riesgos a ser prestadores de servicios de salud. En este sentido, no hay claridad acerca de quién tomará la responsabilidad y función de gestionar el riesgo en salud, lo que implicaría que el riesgo lo tendrían que asumir directamente los prestadores del servicio. El giro directo de fondos por parte de la ADRES elimina el proceso de aseguramiento que antes realizaban las EPS, reemplazándolo por un sistema de tarifas fijas que definen el valor de cada servicio médico. El uso de este tarifario, según Andrés Vecino –investigador de la universidad John Hopkins–, implica limitaciones importantes para la gestión del riesgo y lleva a que, ante la existencia de complicaciones en los procedimientos, los hospitales y clínicas deban asumir los costos adicionales.

Fondos regionales y fragmentación del servicio

Frente a la preocupación sobre las capacidades administrativas de la ADRES, la reforma propone el manejo de recursos a través de dos subcuentas: la cuenta de Atención Primaria Integral en Salud y la Cuenta de Fortalecimiento Red Pública para la Equidad. La fragmentación del servicio en sub-

cuentas no es algo nuevo, dado que antes de la creación de la ADRES, el manejo de los recursos del sistema se daba por parte del encargo fiduciario FOSYGA. La experiencia con la ejecución de recursos en subcuentas era tan compleja e ineficiente, que llevó a la necesidad de préstamos entre cuentas, para suplir la disparidad de excedentes y carencias entre ellas. La preocupación de que esto vuelva a ocurrir se reafirma al observar la salvedad realizada en el artículo 30 del proyecto, que establece que, exceptuando el dinero del Sistema General de Participaciones y el proveniente de las cotizaciones obligatorias para el aseguramiento social, “los recursos de cuentas podrán ser reasignados en el transcurso de la vigencia fiscal, atendiendo a las prioridades de la atención en salud”.

La segunda solución propuesta para el manejo de los recursos es el giro del dinero hacia los prestadores de servicios a través de los denominados fondos regionales, que funcionarían como sucursales de la ADRES a nivel territorial. La fragmentación territorial del servicio transaccional se propone como un medio para fortalecer la funcionalidad de la ADRES como pagador único, y para facilitar la cercanía de la entidad con las IPS. No obstante, esta decisión ha despertado nuevos miedos en la población, dado que implica a su vez un aumento de los trámites burocráticos y del gasto administrativo y logístico derivado de la descentralización del servicio.

La descentralización funcionaría a través de siete fondos regionales distribuidos en todo el territorio nacional. Los recursos de cada uno de los fondos, según lo estipulado en el artículo 42 del pro-

Febrero 27 de 2023

yecto de ley, serían administrados por un Consejo Administrador de la Salud, encargado de velar por el buen manejo de los recursos de la seguridad social en la región. Dado que el Consejo cuenta con participación de gobernadores y alcaldes distritales de la región, genera preocupación el hecho de que no haya claridad en el articulado acerca de cómo blindar la toma de decisiones de dinámicas propias de los ciclos políticos, pues Alcaldes y Gobernadores tendrán potestad de nombrar el gerente y subgerente de cada uno de los fondos regionales, funcionarios que serán de libre nombramiento y remoción, según lo establecido en el artículo 43.

Según el presidente de la ADRES, la conformación del Consejo es lo suficientemente diversa como para garantizar la participación y el control. No obstante, el proceso de transición e implementación no es claro en la reforma, ni tampoco cómo se abordará el talento humano adicional necesario para llevar los procesos de veeduría digital para hacer uso de sistemas de inteligencia. Los procesos de auditoría médica, según el artículo 47 del proyecto, se sujetan a la autonomía profesional con fundamento en “el conocimiento científico, la ética, la autorregulación y el profesionalismo”, lo cual despierta preocupaciones frente al alcance que puede tener la autorregulación como medio de veeduría.

La contratación y autorización del pago de servicios estará a cargo de cada uno de estos gerentes de los fondos regionales. Sin embargo, en el artículo 47, donde se menciona su función, no hay claridad acerca de los procesos de auditoría en estas contrataciones y pagos.

Ahora, es necesario abordar las inquietudes respecto a la capacidad en los territorios para asumir las responsabilidades que el Estado propone otorgarles. En los artículos 8 y 13 del proyecto, que abordan la implementación de las comisiones departamentales distritales y municipales determinantes de la salud y los consejos territoriales de la salud, respectivamente, no se establece con claridad la evaluación de las capacidades territoriales, ni tampoco las dinámicas de seguimiento y coordinación entre las diferentes entidades.

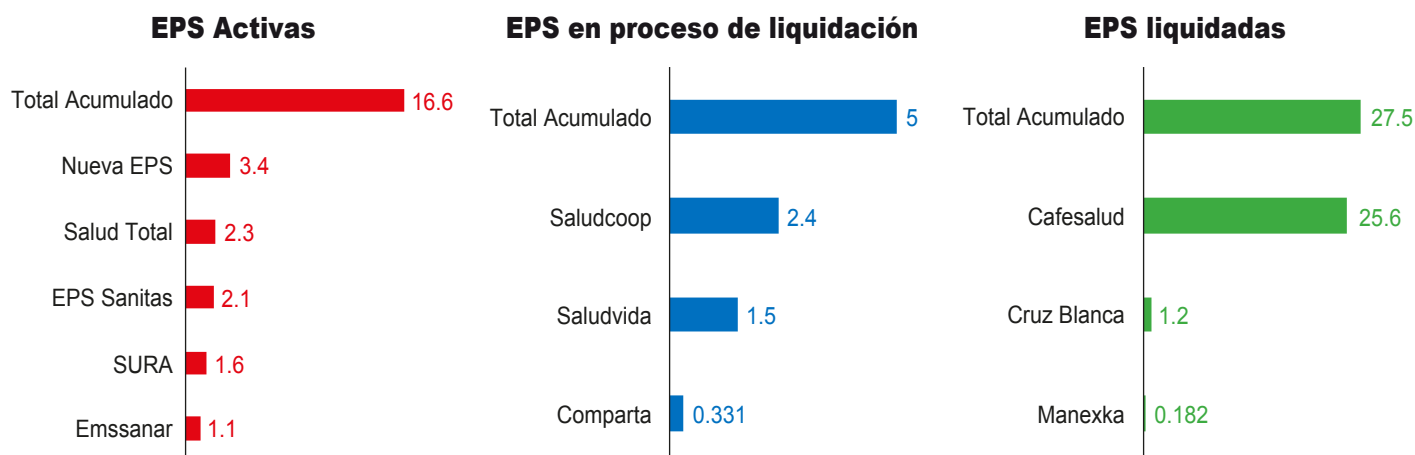
La falta de capacidad de las entidades territoriales no es sólo una conjetura. La evidencia se encuentra en la acumulación de deuda de hasta \$ 1.8 millones (a corte de 2019) por la mala gestión de procesos de las gobernaciones, cuando, antes de la ley 1955 de 2019, se les daba la responsabilidad de hacer auditoría y pago a los recobros del régimen subsidiado.

Facultades otorgadas a la Nueva EPS

La reforma de salud obliga el retiro de las EPS que se encuentren en liquidación por deudas, ante lo cual la Nueva EPS también tendría la posibilidad de atender a sus afiliados. La contradicción que se encuentra es que, según el último informe de la Superintendencia de Salud con corte al 6 de enero de 2023, de la deuda total de \$ 23.2 billones que acumulan las EPS (activas, en proceso de liquidación, o liquidadas), la entidad que más debe dinero es la Nueva EPS, con \$ 3.4 billones, como se observa en el Gráfico 2. Esto remarca las preocupaciones sobre la capacidad financiera de la Nueva EPS de recibir a los hasta 11.5 millones de

Febrero 27 de 2023

Gráfico 2. Deuda acumulada por EPS (billones, 2023)



Fuente: elaboración ANIF con cifras de la Supersalud.

afiliados adicionales de las EPS que tienen hoy riesgo medio y alto de liquidación.

Las nuevas responsabilidades atribuidas a la Nueva EPS llevan a la necesidad de su capitalización. Este costo, según lo estipulado en el anexo del proyecto de ley, no es un costo atribuible a la reforma, siendo incluido en el artículo 78 del Plan Nacional de Desarrollo, donde se establece que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público podrá capitalizar en efectivo o mediante cualquier mecanismo el fortalecimiento patrimonial a las empresas del orden nacional, perspectiva dentro de la cual se fortalecerá la Nueva EPS. Además, dentro de la reforma, se establece una facultad extraordinaria para el presidente, con el fin de que pueda realizar las operaciones presupuestales necesarias para capitalizar a la Nueva EPS en el proceso de transición.

Las facultades casi monopolísticas que se le atribuyen a esta asegurados han despertado críticas por parte de trabajadores del sector salud. Por su parte, Arisides Hernández, presidente de ANTHOC (Asociación Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud y Seguridad Social Integral y Servicios Complementarios de Colombia), asegura que la Nueva EPS no está calificada para la gestión administrativa que se le atribuye en la reforma. Además, recordando la naturaleza mixta, las cajas de compensación tienen la posibilidad de prestar servicios a través de los CAP, dada su infraestructura y redes de prestación de servicio en las regiones. Por lo tanto, si la Nueva EPS consigue prestadores de servicios para sus afiliados con las cajas de compensación que son sus dueñas, se podría dar un problema ético y una práctica que atente contra la libre competencia.

Febrero 27 de 2023

Transición al nuevo modelo de atención: muchas preguntas, pocas respuestas

Otro aspecto que nos genera preocupación luego de analizar el articulado es el proceso de transición que se va a dar luego de la implementación de la reforma. Si bien la ministra Corcho y el presidente en múltiples ocasiones han asegurado que será paulatina e incluyente entre los actores del sistema, aún hay muchos interrogantes en torno a este tema. ¿Qué pasará con el tratamiento de los pacientes de enfermedades de alto costo? El cambio de funciones de las EPS, que se traduce en su marchitamiento paulatino, ¿qué implica para el sistema y la gestión del riesgo?

El primero de los interrogantes se aborda de manera escueta en el artículo 149, donde se estipula que ninguna persona va a quedar desprotegida del goce del derecho a la salud, y afirma que “(serán) atendidos por los prestadores de servicios de salud y los contratos (...) serán subrogados por quien asuma la gestión del riesgo, según las reglas que se establecen en la transición”, sin embargo, teniendo en cuenta lo mencionado en las secciones anteriores, no queda claro cómo será la implementación del cambio en el flujo de recursos y la gestión del riesgo, si se llega a aprobar la reforma.

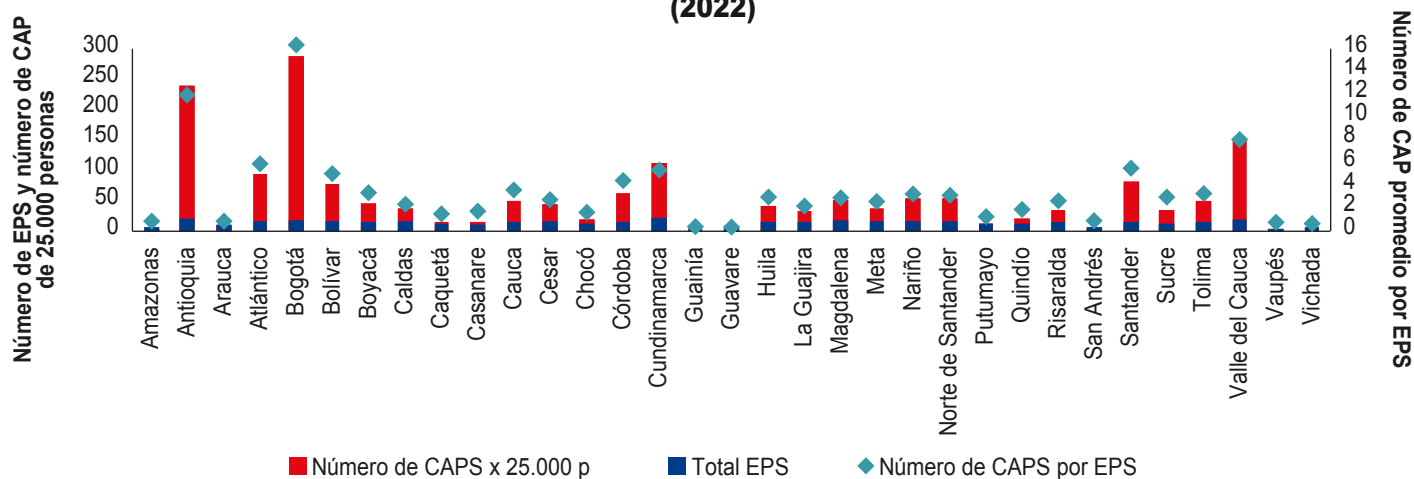
En este apartado también se hace alusión a la armonización de la operación de transición y evolución de las EPS con el nuevo sistema. En cuanto a la infraestructura planteada por el gobierno, aquellas EPS que cumplan con las disposiciones técnicas que establece la ley, podrán crear y administrar CAP

en los territorios asignados, al igual que manejar los sistemas de referencia de las personas vinculadas. Adicionalmente, podrán realizar o ejecutar auditorías contratadas que requiera el sistema. Con esto, el rol de las EPS cambia, migrando de la administración de los recursos del sistema a tener funciones similares a las IPS. Realizamos un ejercicio simple, donde tomamos el número de EPS que operan en cada departamento en azul (incluyendo el régimen contributivo, subsidiado y especial), y considerando que cada CAP debe tener afiliados en promedio 25,000 personas, en rojo se muestra el número de CAP promedio que debería haber por departamento conforme a la población, y el marcador verde indicaría los CAP promedio que deberían crear cada una de las EPS, asumiendo que todas tienen la capacidad de administrar los Centros de Atención Primaria (ver Gráfico 3). En este sentido, es claro ver que los departamentos con menor número de habitantes, a su vez tienen poca oferta de EPS, -porque como lo hemos mencionado en otras ocasiones, no hay incentivos para que más aseguradores lleguen a prestar servicio en estas zonas-, con lo cual, no habrá tanta presión en cuanto al número de CAP, sin embargo, se ignora la capacidad financiera, administrativa y logística que se tienen en estas regiones. Amazonas, San Andrés, Vaupés y Vichada son claro ejemplo de esta situación.

Con respecto al traslado de la atención clínica a la primaria, aparte de las preocupaciones mencionadas en la primera parte del informe, es importante evaluar cómo se va a llevar a cabo el proceso de capacitación a los afiliados al sistema a que cambien sus preferencias por la atención clínica y se movilicen a una atención primaria, basada en la promo-

Febrero 27 de 2023

Gráfico 3. Comparación entre número de EPS, CAP y número de CAP promedio que debería administrar las EPS, por departamento (2022)



Fuente: elaboración ANIF con datos de MinSalud.

ción y prevención de enfermedades, aun cuando históricamente se ha promovido la atención clínica. Es un factor relevante en la discusión que, si bien abordan en el articulado y sus anexos, no especifican quién tendrá este rol, dado el cambio de funciones que tendrían las EPS.

Por otro lado, con respecto al sistema de información, la propuesta que ponen sobre la mesa en los artículos del 102 al 106, es interesante y se muestra bastante útil para la integración de los actores del sistema de salud y la toma de decisiones. No obstante, el proceso para cumplir con los objetivos no tiene claridad, al considerar que los agentes reportan únicamente la información que solicita la autoridad competente, y está codificada de diferentes formas, haciendo que la unificación y análisis integral se entorpezca. Por otro lado, si bien mencionan que el Ministerio de Salud será el encargado acoplar

y centralizar la información, en ningún momento se comenta cómo se va a implementar la tecnología de última generación a la que hacen alusión, que incluye blockchain e inteligencia artificial. En este punto es válido resaltar que el tema de la seguridad informática de los datos no se nombra en el articulado, aspecto que nos parece crucial, pues hemos visto cómo en los últimos años el Ministerio de Salud, el INVIMA y distintas EPS han sido blancos de ataques cibernéticos.

Conclusiones

Con lo anterior, vemos que el discurso de la ministra Corcho de construir sobre lo construido es más palabras que acciones. El análisis de la reforma de salud nos lleva a concluir que sus implicaciones retrasarían el sistema en casi tres décadas, acercán-

Febrero 27 de 2023

donos al contexto de la salud en Colombia antes de la implementación de la ley 100.

El eje central de la reforma gira en torno a los CAP, los cuales tendrían presencia extendida en el territorio y un servicio que cubre de manera transversal a la población. Aunque consideramos que debe fomentarse la atención primaria, y los CAP se muestran como una solución pertinente y necesaria en el sistema de salud colombiano, dentro del articulado del proyecto aún no es clara su implementación y ejecución. A través de la administración de los CAP, la reforma reduce todas las funciones de las EPS, sin contar que hay una falta de incentivos para llevar a las EPS a aceptar y participar de forma activa en esta disminución de su rol dentro del sistema.

La implementación territorial de los CAP resulta similar al antiguo Instituto Seguro Social (ISS), con una concentración de la atención que, según el profesor de la Universidad del Rosario, Paul Rodríguez, tiene sentido en regiones con poca oferta de aseguradores y prestadores de salud, pero interrumpirá la atención de los usuarios en zonas urbanas. El modelo implica que, en ciudades como Bogotá, cada EPS tendría que responder por casi 16 CAP, lo cual hace pensar que la capacidad financiera, administrativa y logística de las regiones podría ser insuficiente para los ambiciosos planes de la reforma.

La segunda posibilidad que se le ofrece a las EPS es la realización de auditorías contratadas por el sistema de salud. Esta opción surge como compensación por la pérdida de facultades como aseguradores del sistema. Ahora, las funciones de revisión de facturas médicas en hospitales y clínicas y la gestión de riesgo pasarían a ser responsabilidad de la

ADRES, asumiendo su rol como el gran banco de la salud en el país.

El modelo direccionado por el Estado y el control centralizado de recursos públicos resulta similar al implementado antes del 93. Este cambio en la gestión de riesgo genera preocupación por dos factores fundamentales. En primer lugar, se pierde el incentivo que antes tenían las EPS, como entidades privadas, para realizar veeduría sobre la gestión los recursos por parte de las entidades prestadoras de servicios de la salud. Más aún, el modelo propuesto del Manual Único Tarifario, aunque implica una útil simplificación de los procesos, elimina los incentivos de cobertura y calidad, lo cual, se puede traducir en mayores gastos en el sector salud. Además, surge la preocupación sobre la extralimitación de las capacidades administrativas de la ADRES al asumir la auditoría de los millones de facturas médicas que pasan cada año por el sistema de salud.

La extensión de las capacidades de entidades como la ADRES y la Nueva EPS (ahora receptor de millones de usuarios de EPS en proceso de liquidación) en términos logísticos, financieros y administrativos, necesitaría de un robustecimiento institucional mediante una extensa capitalización. Aunque las nuevas facultades extraordinarias que se atribuyen al presidente permiten esta inyección de capital, surgen preocupaciones frente a las implicaciones fiscales de este nuevo sistema.

También se detecta una fragmentación del sistema en tres ámbitos: en el manejo de recursos de la ADRES a los fondos regionales, en la atención integrada del servicio y en el manejo de recursos particionado en subcuentas (Atención Primaria Integral

Febrero 27 de 2023

en Salud y Fortalecimiento de Red Pública para la Equidad). La fragmentación en el servicio introduce nuevas preocupaciones sobre la eficiencia, la regulación y la transparencia en el uso de los recursos. Además, se generan inquietudes por la posibilidad de retrocesos en los avances del sistema de salud en gasto de bolsillo y limitaciones de acceso.

Si se revisan las cifras, vemos que, luego de la implementación de la ley 100, el país pasó de una cobertura en salud del 29% al 99% en 2022, y logró una disminución del gasto del bolsillo de los hogares en salud del 50% al 15%. Así mismo, aproximadamente 7 de cada 10 personas se sentían satisfechas con la experiencia global de prestación de servicios de salud por parte de su EPS y, más de 6 calificaban de bueno o muy bueno el acceso a servicios de salud a través de su EPS, con resultados similares para todos los regímenes de afiliación. Estos avances logrados en los últimos años están siendo amenazados con el cambio en el modelo del sistema de salud pues se obstaculiza el acceso y la percepción de satisfacción del servicio, derivado de pérdidas de funciones de la EPS que eventualmente serán costosas para el usuario.

Por otro lado, la gestión y entrega de medicamentos hace parte de una de las 17 funciones que, según Gabriel Mesa Nicholls -director de Ciencias del Cuidado y la Vida de la universidad EAFIT-, en este momento corresponden a las EPS y con la reforma pasarían a no tener autor. La falta de claridad alrededor de la dispensación de medicamentos aumenta el temor por un incremento en el gasto de bolsillo, que hasta el momento ha sido una de las grandes fortalezas del sistema de salud y que, de reversarse, generarían un impacto directo sobre el bienestar de los colombianos.

Para terminar, queremos resaltar la importancia que tiene el cómo se va a llevar a cabo la discusión legislativa en torno a este proyecto de ley. El pasado lunes 20 de febrero, los presidentes de las comisiones constitucionales de la Cámara votaron a favor del estudio y voto del proyecto como una ley ordinaria. La decisión implicaría la eliminación de los artículos que puedan ser considerados estatutarios por generar modificaciones directas sobre el derecho fundamental de la salud. No obstante, si bien en este caso no habría cambios directos sobre artículos de la ley estatutaria, sí se proponen modificaciones que afectan la prestación de los servicios de salud, generando repercusiones directas sobre el derecho a la misma. Algunos congresistas se han manifestado en contra de este hecho, no solo porque las decisiones sobre el trámite de la reforma deben tomarse por la totalidad de la plenaria y no sólo por los presidentes de las comisiones, sino también por la importancia que traen las condiciones de discusión del proyecto de ley.

En contraste, el trámite del proyecto como ley estatutaria disminuye su probabilidad de aprobación, lo cual resulta menos conveniente para el ejecutivo. Esto ocurre dado que una ley estatutaria requiere de un menor tiempo de discusión (un año como estatutaria, frente a 2 años como ordinaria), de mayoría absoluta de votos para su aprobación (frente a aprobación con mayoría simple como ordinaria), e introduce la necesidad de un análisis adicional por parte de la Corte Suprema. Vale la pena cuestionar qué tan simple debe ser el proceso de aprobación de una reforma que, sin lugar a duda, tendría un impacto directo sobre el derecho fundamental a la salud de todos los colombianos.

Febrero 27 de 2023

INDICADORES ECONÓMICOS

\$MM(1) CAMBIO PORCENTUAL ANUAL

		10 febrero 2023	A la última fecha	Un mes atrás	Tres meses atrás	Un año atrás
1. Medios de pago (M1)		178.593	-2.0	2.0	4.1	16.1
2. Base monetaria (B)		146.026	5.1	8.0	9.2	14.5
3. Efectivo		108.303	3.9	7.9	9.3	15.2
4. Cuentas corrientes		70.290	-9.9	-6.1	-2.6	17.4
5. Cuasidineros		532.822	19.5	17.5	19.5	11.4
6. Total ahorro bancos comerciales		282.681	-2.0	0.9	7.3	19.8
7. CDTs		250.141	58.8	49.1	41.2	-1.3
8. Bonos		32.260	-9.2	-8.4	-9.1	8.7
9. M3		765.749	11.8	11.5	13.3	13.0
10. Cartera total		615.387	16.2	17.3	17.8	13.1
11. Cartera moneda legal		593.747	16.1	17.4	17.8	13.0
12. Cartera moneda extranjera		21.640	18.6	14.6	16.5	17.9
13. TES ⁽²⁾		462.715	13.7	12.9	12.8	14.3
14. I.P.C.	Ene		13.25	13.12	12.22	6.94
15. IPC sin alimentos	Ene		10.43	10.00	9.15	4.47
16. IPC de alimentos	Ene		26.18	27.80	27.02	19.94
17. TRM (\$/US\$)	Feb25	4.849.65	23.08	14.29	22.83	10.11

VALORES ABSOLUTOS

18. Reservas internacionales ⁽³⁾		57.587	57.269	56.889	58.189
19. Saldo de TES (\$MM)		462.715	452.281	452.411	407.070
20. Unidad de Valor Real (UVR)	Feb25	\$ 331.7863	\$ 326.9174	321.57	293.16
21. DTF efectiva anual	Feb20-Feb26	14.34	13.88	12.59	4.06
22. Tasa interbancaria efectiva	Feb23	12.78	11.98	10.99	4.11

FECHAS CLAVE

Febrero 27 a marzo 4 de 2023

LUNES 27

COL: Índice de costos de la construcción de edificaciones (ICOCED), enero.
COL: Índice de costos de la construcción de obras civiles (ICOCIV), enero.
EE.UU: Peticiones de bienes duraderos, enero.
Nueva Zelanda: Ventas minoristas, cuarto trimestre 2022.

MARTES 28

COL: Reunión de la junta directiva del Banco de la República, febrero.
COL: Mercado laboral, GEIH, enero.
EE.UU: Confianza del consumidor, febrero.
Canadá: PIB, cuarto trimestre 2022.
Australia: Ventas minoristas, enero.

MIÉRCOLES 1º

EE.UU: ISM manufacturero, febrero.
Reino Unido: PMI manufacturero, febrero.
China: PMI manufacturero y no manufacturero, enero.
Alemania: Índice de precios al consumidor preliminar (IPC), febrero.

JUEVES 2

U.E: Índice de precios al consumidor, febrero.

VIERNES 3

COL: Índice de precios al productor (IPP), febrero.
EE.UU: PMI de servicios, febrero.
Reino Unido: PMI compuesto y de servicios, febrero.

SÁBADO 4

COL: Índice de precios al consumidor (IPC), febrero.

(1) Miles de millones de pesos. (2) Saldo TES del sector público. (3) Millones de dólares.
Fuente: cálculos ANIF con base en el Banco de la República.