

Fundación
para el Estado
de Derecho

Foto: Pixabay

SEMÁFORO DEL ESTADO DE DERECHO No.30

Primer reporte de análisis REFORMAS AL SISTEMA DE SALUD Primer reporte

 Semáforo
del estado
de derecho



comunicaciones@fedecolombia.org
www.fedecolombia.org

La Fundación para el Estado de Derecho agradece a Andrés Vecino, profesor e investigador en la Universidad John Hopkins por su valiosa colaboración en la elaboración de este documento y por sus aportes fundamentales para el análisis de las reformas a la salud.



I. CONTEXTO DE SEMÁFORO

Semáforo del Estado de Derecho

El **Semáforo del Estado de Derecho** (el “**Semáforo**”) es una herramienta que busca alertar sobre los posibles riesgos para el Estado de Derecho y para los principios de la democracia constitucional procedentes de reformas constitucionales, legislativas, actos administrativos y políticas públicas. Las clasifica según los riesgos que representan para la democracia y el orden constitucional del país, utilizando un sistema de alertas basado en colores.

Además de emitir alertas, el Semáforo **formula observaciones y recomendaciones** para mitigar los posibles riesgos, garantizando que se proteja la democracia y el orden constitucional en Colombia.

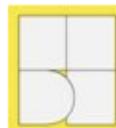


Foto: Pixabay

En el Semáforo, **la Fundación para el Estado de Derecho (FEDe. Colombia)** clasifica los proyectos normativos bajo el color correspondiente, así:



El color verde indica que las iniciativas legislativas (en sentido amplio), los actos administrativos o las políticas públicas son adecuadas, apropiadas o fortalecen los principios e instituciones del Estado de Derecho. **El verde no implica una aprobación absoluta de las iniciativas.** Según sea el caso, la Fundación presentará con otro color (amarillo o rojo) las observaciones específicas en los apartes correspondientes.



El color amarillo implica tanto una **aprobación con reparos como una posible alerta debido a inconveniencias**, inconstitucionalidades o ilegalidades. Se consideran inconvenientes aquellas iniciativas legislativas (en sentido amplio), los actos administrativos o las políticas públicas que, aunque válidas dentro del marco del poder gubernamental o de reforma, resultan perjudiciales por sus consecuencias económicas, sociales y culturales.



El color rojo alerta de las **amenazas reales o altamente probables para el Estado de Derecho.** Para las iniciativas legislativas (en sentido amplio), los actos administrativos o las políticas públicas el color rojo señala graves vicios procedimentales, intentos de sustitución de la Constitución o contradicciones evidentes con normas superiores o los principios del Estado de Derecho. Una clasificación roja debe considerarse una advertencia grave para la opinión pública y las instituciones dada la magnitud de los riesgos que presenta para el Estado de Derecho.



II. CONTEXTO DE SEMÁFORO INDIVIDUAL

Distintos sectores sociales y políticos han señalado la necesidad de reformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sin embargo, a pesar de las distintas iniciativas radicadas ante el Congreso de Colombia en los últimos dos años¹, ninguna ha prosperado debido a la complejidad del debate público respecto de los cambios que se requieren –los cuales abarcan temas de economía, derecho y ética del cuidado.

El sistema de salud en Colombia enfrenta problemas que afectan su efectividad y accesibilidad. Uno de los principales desafíos es la desigualdad en el acceso a los servicios de salud. A pesar de los esfuerzos por mejorar la cobertura, persisten brechas significativas en la distribución de recursos, tanto financieros como humanos, entre las diferentes regiones del país. Las áreas rurales y las poblaciones más vulnerables suelen tener un acceso limitado a servicios de calidad².

Además, existe una marcada diferencia en la atención proporcionada a los usuarios del régimen contributivo, quienes generalmente tienen un mejor acceso a los servicios, frente a los del régimen subsidiado, quienes suelen recibir una atención de menor calidad y con más limitaciones³. Por ejemplo, el régimen subsidiado tiene una menor cobertura de prestaciones en comparación con el régimen contributivo: mientras que el 79,5% de los afiliados al régimen contributivo accedió a servicios de salud en caso de necesidad, sólo el 74,1% de los afiliados al régimen subsidiado pudo hacerlo⁴.

1. Proyecto de ley No. 216 de 2023 Senado, proyecto de ley 339 de 2023 Cámara, acumulado con los proyectos de ley No. 340 de 2023 Cámara, proyecto de Ley No. 341 de 2023 Cámara, y el proyecto de Ley No. 344 de 2023.

2. Karen Lorena Rudas. Análisis de las principales crisis del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia después de la Ley 100 de 1993.

3. Ingrid Vargas Lorenzo, Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia (tesis doctoral, Universitat de Barcelona, 2008), 10803/4651, <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4651/ivl1de1.pdf>.

4. Ingrid Vargas Lorenzo, Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia (tesis doctoral, Universitat Autónoma de Barcelona, 2009), p. 74, <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4651/ivl1de1.pdf>.



Adicionalmente, existen otras barreras relacionadas con copagos y la accesibilidad geográfica. Estas desigualdades estructurales resaltan la fragmentación y las limitaciones del modelo de aseguramiento en Colombia.

Otro problema crítico es la corrupción y, aún más importante, la ineficiente gestión dentro del sistema. Se han identificado casos de mal manejo de los recursos destinados a la salud, tanto en las EPS (Entidades Promotoras de Salud) como en las IPS (Instituciones Prestadoras de Salud) ⁵. Este fenómeno contribuye a la desconfianza de la ciudadanía hacia las instituciones encargadas de la prestación del servicio, además de limitar la efectividad de los recursos públicos. En muchos casos, el dinero destinado a la atención médica se desvía hacia otros fines o es mal administrado, lo que pone en riesgo el derecho a la salud de millones de colombianos ⁶.

En cuanto a la financiación y sostenibilidad, el sistema de salud colombiano se enfrenta a una creciente demanda de servicios de salud, pero los recursos disponibles son insuficientes. Aunque el sistema se financia mediante cotizaciones de los trabajadores y aportes del Estado, los costos de atención continúan aumentando, y la distribución de estos recursos no siempre es eficiente ⁷. Las EPS, que actúan como intermediarios en la prestación de servicios, enfrentan dificultades económicas debido a la falta de pago oportuno por parte de los afiliados o del Estado, lo que genera retrasos en la atención y desabastecimiento de medicamentos ⁸.

⁵. Transparencia por Colombia. Así se mueve la corrupción. Radiografía de los hechos de corrupción en Colombia 2016-2022. 2021. Disponible en <https://www.monitorciudadano.co/asi-se-mueve-la-corrupcion-en-colombia-radiografia-2016-2020/>; Hussmann, Karen. Corrupción en el sector salud: Recomendaciones prácticas para donantes. Bergen: U4 Anti-Corruption Resource Centre, Chr. Michelsen Institute, 2020. U4 Issue 2020:16. Disponible en <https://www.u4.no/publications/corrupcin-en-el-sector-salud>.

⁶. Mendieta González, David, & Jaramillo, Carmen Elena. (2019). El sistema general de seguridad social en salud de Colombia. Universal, pero ineficiente: a propósito de los veinticinco años de su creación. Revista Latinoamericana de Derecho Social. 24 de abril de 2020. <https://doi.org/10.22201/ijj.24487899e.2019.29.13905>

⁷. Banco de la República de Colombia, Sistema de Salud Colombiano: Retos de Eficiencia y Sostenibilidad Financiera, accesado el 12 de diciembre de 2024, <https://investiga.banrep.gov.co/es/espe/espe106>.

⁸. Rodríguez-Páez, Fredy G., Marulanda Restrepo, John A., Pineda Céspedes, José H., Pineda Ospina, Henry S., González Borrero, Jorge Iván. La inviabilidad financiera de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Colombia, 2008 y 2019. Revista Gerencia y Políticas de Salud, 21: 1-31, Enero-Diciembre 2022.



Esta situación empeora la calidad de la atención y ha generado protestas sociales por parte de los profesionales de salud y de los usuarios afectados.

El mecanismo de tutela, respaldado por el artículo 86 de la Constitución y el Decreto 2591 de 1991, se ha consolidado como una herramienta clave para la defensa de derechos fundamentales vulnerados, especialmente el derecho a la salud. En los últimos seis años, su uso ha mostrado un aumento sostenido, evidenciando la incapacidad del sistema de salud para garantizar el acceso oportuno y adecuado a estos servicios ⁹. Este crecimiento responde, en gran parte, a problemas estructurales como la calidad deficiente de la atención, las barreras en la provisión de servicios médicos y el limitado acceso a medicamentos esenciales. De hecho, el derecho a la salud se ha convertido en el segundo más tutelado del país, después del derecho de petición ¹⁰.

En abril de 2024, se registraron 25.862 acciones de tutela, lo que subraya la persistente crisis del sistema ¹¹. Departamentos como Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca lideran los índices de tutelas, reflejando problemáticas comunes como la falta de disponibilidad de citas médicas, retrasos en tratamientos esenciales y desigualdad en el acceso entre regiones. Esto refleja una clara crisis del sistema, que no logra garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, a pesar de la cobertura formalmente universal.

El modelo de mercado del sistema, impulsado por la Ley 100 de 1993, ha sido uno de los principales puntos de crítica ¹².

9. Así Vamos en Salud, Boletín 003: Acceso y Oportunidad, Objetivos de la Calidad en Salud, <https://www.asivamosensalud.org/publicaciones/boletines-virtuales/boletin-003-acceso-y-oportunidad-objetivos-de-la-calidad-en-salud>.

10. Defensoría del Pueblo, Cada 3.5 minutos se presenta una tutela por la salud, <https://www.defensoria.gov.co-/cada-3-5-minutos-se-presenta-una-tutela-por-la-salud>.

11. Así Vamos en Salud, Boletín 003: Acceso y Oportunidad, Objetivos de la Calidad en Salud, <https://www.asivamosensalud.org/publicaciones/boletines-virtuales/boletin-003-acceso-y-oportunidad-objetivos-de-la-calidad-en-salud>

12. Cardona, Alvaro, Mejía O, Luz Mery, Nieto L, Emmanuel, & Restrepo V, Román. (2005). Temas críticos en la reforma de la Ley de seguridad social de Colombia en el capítulo de salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 23(1), 117-133. Retrieved January 03, 2025, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2005000100011&lng=en&tlang=es.



Aunque la ley pretendía mejorar la eficiencia mediante la introducción de la competencia entre entidades públicas y privadas, esta misma ha resultado en un modelo de mercado en el que las EPS han tenido una posición dominante, que genera a su vez una selección discriminatoria en el acceso a los servicios de salud. En este sistema, la fragmentación de responsabilidades y la intervención de actores privados han debilitado el papel del Estado en la gestión de la salud pública ¹³ –problema que, no obstante, también surge en otros sistemas de salud, incluso aquellos centrados en un modelo 100% público.

La Constitución y la Ley 100 de 1993: el reconocimiento del derecho a la salud en Colombia

La Constitución de 1991 representó un cambio significativo en la protección de derechos constitucionales de carácter social, particularmente el derecho a la salud. Posteriormente, la Ley 100 de 1993, inspirada en el modelo chileno –el primer sistema en Latinoamérica en privatizar el sector salud–, sentó las bases para la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia.

Este sistema mixto de competencia regulada, cuyo objetivo era aumentar la cobertura y eliminar el monopolio estatal, mantuvo parte de la antigua estructura del seguro social, mientras privatizaba la otra parte del sistema, incorporando paulatinamente la participación de agentes privados en el aseguramiento y la prestación de servicios de salud, con el compromiso de atender una parte de la población no asegurada laboralmente que estaría asistiendo a los establecimientos privados en calidad de subvencionados.

13. Mario Hernández Álvarez, "25 Años De La Ley 100: ¿Crisis Perpetua?". 2019.

<https://unperiodico.unal.edu.co/pages/detail/25-anos-de-la-ley-100-crisis-perpetua/>



De esta forma, el Estado liberó el mercado para conseguir los mejores resultados sociales, no sin antes advertir que dicha liberación quedaría bajo la regulación, dirección, vigilancia y control estatal. Es decir, que el servicio a la salud adquirió una doble naturaleza: servicio público y derecho social ¹⁴.

La naturaleza jurídica del derecho a la salud está establecida en el artículo 49 de la Constitución como un servicio social perteneciente al grupo de derechos de segunda generación, también conocidos como derechos de atención o programáticos, o derechos económicos, sociales y culturales (cuya naturaleza es principalmente prestacional). Sin embargo, la Corte Constitucional reconoció el derecho a la salud como un derecho fundamental en la Sentencia T-760 en 2008, lo cual implicó un cambio trascendental en la manera en la que se entiende dicho derecho: al elevarlo a la categoría de derecho fundamental, la Corte Constitucional reforzó su protección y exigibilidad. Como consecuencia de este nuevo enfoque, se aprobó la Ley 1751 de 2015, conocida como Ley Estatutaria de Salud. Esta ley estableció el marco regulatorio fundamental del derecho a la salud en Colombia, siguiendo el procedimiento estatutario requerido para la regulación de los derechos fundamentales.

A través de este fallo, la Corte Constitucional no se limitó a aplicar de manera estricta las normas existentes sobre el sistema de salud, sino que adoptó una postura interpretativa más amplia y progresiva. En primer lugar, la Corte determinó que el derecho a la salud debía protegerse de manera efectiva, incluso en casos en los que no existan disposiciones específicas en las leyes o cuando los servicios requeridos no estuvieran cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (POS). Además, la Sentencia ordenó al Gobierno y a las EPS eliminar barreras administrativas y mejorar la prestación de servicios esenciales.

¹⁴. Molina Betancur, Carlos Mario, La tutela y reforma en salud: desencanto de un juez sonñador, 127 *Universitas*, 157-188 (2013) doi:10.1144/Javeriana.VJ127.trsd



La Corte exigió, por ejemplo, que las EPS garantizaran tratamientos, medicamentos y procedimientos necesarios para preservar la vida y la dignidad de los pacientes, aun cuando no estuvieran contemplados dentro de los planes oficiales de beneficios.

Por otro lado, la Corte señaló que las limitaciones presupuestarias no podían ser excusa para incumplir con la garantía de este derecho. Este fallo obligó al Estado a realizar ajustes en su política de salud para responder a las necesidades de la población de manera oportuna y eficaz, lo que generó tensiones entre la necesidad de proteger los derechos fundamentales y las capacidades financieras del sistema. Esto significó que la Corte empezó a intervenir directamente en la toma de decisiones relacionadas con la prestación de los servicios de salud, obligando a las EPS a cumplir con los tratamientos, servicios y medicamentos requeridos por los pacientes, incluso cuando estos no estaban cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (POS) ¹⁵.

La intervención directa de la Corte en la protección del derecho a la salud generó un aumento significativo en el número de acciones de tutela presentadas por los ciudadanos, ¹⁶ quienes, ante la falta de acceso a los servicios o la negativa de las EPS a cumplir con los tratamientos prescritos, recurrían a la justicia. En 2008, las acciones de tutela relacionadas con el derecho a la salud alcanzaron cifras alarmantes ¹⁷, lo que reflejaba un desajuste entre las necesidades de la población y la capacidad del sistema de salud para cubrirlas.

15. Ibidem.

16. Plazas-Gómez, Clara Viviana & Moreno Guzmán, Diego Mauricio, Impacto económico de las acciones de tutela en salud en Colombia, 135 Vniversitas, 325-376 (2017).

<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnijuri/article/view/18934>

17. Oscar Parra-Vera y Alicia Ely Yamin, "Capítulo XCIII: La Sentencia T-760 de 2008, su implementación e impacto: Retos y oportunidades para la justicia dialógica," en Informe Anual de la Corte Interamericana de Derechos Humanos 2023, 2604 (San José, Costa Rica: Corte Interamericana de Derechos Humanos), disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tabcas/r32458.pdf>.

El uso extensivo de este mecanismo judicial provocó un incremento en los costos para el Estado y las EPS, ya que las decisiones judiciales obligaban a las instituciones a financiar tratamientos, procedimientos y medicamentos no contemplados en el Plan de Beneficios en Salud. A modo de ejemplo, por medio de sentencias se obligó al Estado a asumir el pago de pruebas diagnósticas costosas, como las de carga viral y biopsias al considerar su importancia para tratamientos efectivos de enfermedades como el VIH/sida ¹⁸. Además, distintas sentencias han ordenado directamente la provisión de medicamentos y servicios excluidos del POS, cuya financiación ha recaído en el Estado a través del Fosyga.

Para ilustrar la magnitud de este fenómeno, las reclamaciones al Fosyga por medicamentos no incluidos en el POS pasaron de 4.244 millones de pesos en el año 2000 a 1.759.402 millones en 2008, lo que demuestra el impacto sustancial de estas medidas en las finanzas públicas ¹⁹.

A pesar de las reformas como la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1751 de 2015, los problemas estructurales del sistema de salud no han sido resueltos.



La intervención directa de la Corte en la protección del derecho a la salud generó un aumento significativo en el número de acciones de tutela presentadas por los ciudadanos.

¹⁸. Ibidem.

¹⁹. Ver el cuadro evolutivo disponible en <http://static.elespectador.com/archivos/2012/05/de4c014efba65f9920a2ad6bf6e49f8a.jpg>, relacionado con el artículo “lupa a precios de medicamentos”, El Espectador, 21 de mayo de 2012.



Si bien estas leyes intentaron mejorar la eficiencia y la calidad del sistema, los avances han sido limitados y muchas de las soluciones propuestas son solo paliativos que no abordan las causas profundas de los problemas mencionados anteriormente. En este contexto, en la presente legislatura se han radicado tres proyectos de ley con el objetivo de reformar el sistema de salud, que son analizados en este Semáforo ²⁰.

El análisis comenzará con el Proyecto de Ley (PL) 312 de 2024, radicado el 13 de septiembre de 2024 en la Cámara de Representantes, presentado por el Ministro de Salud y Protección Social, Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez, en representación del Gobierno Nacional. Este proyecto, aprobado en primer debate en la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de representantes, propone una reforma estructural al sistema de salud y seguridad social en el país.

Posteriormente, se analizará el Proyecto de Ley 054 de 2024, acumulado con el PL 059 de 2024, ambos radicados en el Senado de la República. El PL 054 de 2024 fue presentado por la bancada de oposición al gobierno, liderada por senadores como Paloma Valencia Laserna y Miguel Uribe Turbay, junto con otros legisladores. Este proyecto busca modificar la Ley 1751 de 2015 con un enfoque en la salud y seguridad social.

Por último, se revisará el Proyecto de Ley 059 de 2024, acumulado con el PL 054 de 2024, presentado por miembros del partido Cambio Radical. Este proyecto tiene como objetivo fortalecer el sistema de seguridad social en salud, aportando una visión diferente desde su enfoque técnico y político.

20. Se excluye de este análisis el Proyecto de Ley 341 - Cámara de Pacientes Colombia, que fue archivado el 19 de junio de 2024. Este proyecto buscaba reorganizar la arquitectura del SGSSS, las competencias y relaciones funcionales de y entre los agentes, enfocándose en fortalecer la gobernanza y rectoría de todo el sistema.

Proyecto de Ley	Autor(es)	Cámara/Senado	Objetivo Principal	Comisión
PL 312/2024	Ministro de Salud y Protección Social - Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez	Cámara	Reforma estructural al sistema de salud y seguridad social.	Comisión Séptima Constitucional Permanente
PL 054/2024 - acumulado con PL 059/2024	Bancada de oposición: Paloma Valencia Laserna, Miguel Uribe Turbay, Paola Andrea Holguín Moreno, Esteban Quintero, etc.	Senado	Modificar la Ley 1751 de 2015 en materia de salud y seguridad social.	Comisión Primera en Senado
PL 059/2024 - acumulado con PL 054/2024	Partido Cambio Radical	Senado	Fortalecer el sistema de seguridad social en salud.	Comisión Primera en Senado

El objetivo de este análisis es proporcionar un panorama completo de las propuestas de reforma al sector salud radicadas recientemente, diferenciándolas por sus autores y sus enfoques estratégicos, para entender mejor las perspectivas políticas que las sustentan, así como los riesgos que pueden implicar frente a los principios e instituciones del Estado de Derecho. En su conjunto, FEDe Colombia clasifica al PL 312 de 2024 como rojo por representar un riesgo para los principios del Estado de Derecho de (i) el sistema democrático, (ii) las libertades individuales y (iii) la estabilidad macroeconómica.

Así mismo, clasifica al PL 054 como rojo por representar un riesgo para los principios del Estado de Derecho de (i) fortalecimiento de las instituciones, democracia representativa y el sistema democrático y (ii) separación de poderes y buen gobierno. Sin embargo, clasifica como verdes algunos artículos por fortalecer los principios de (i) democracia representativa y el sistema democrático.



Finalmente, clasifica el PL 059 como rojo por representar un riesgo para los principios del Estado de Derecho de (i) gobierno constitucional y separación de poderes y (ii) estabilidad macroeconómica. Sin embargo, se clasifican algunos artículos como verdes por fortalecer los principios del Estado de derecho de (i) democracia representativa y sistema democrático.

A. PROYECTO DE LEY 312 DE 2024

Estado del Proyecto: El jueves 13 de febrero de 2025, la Cámara de Representantes aprobó 30 artículos de la reforma a la salud, lo que equivale a casi el 50 % del total de la iniciativa, compuesta por 62 artículos en total.

HISTORIA DEL PROYECTO DE LEY 312 DE 2024

Cuándo fue radicado: 13 de septiembre de 2024 en Cámara ²¹.

Autores y partidos: Gobierno - Ministerio de Salud y Protección social.

El Gobierno Nacional de Colombia radicó ante la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes un Proyecto de Ley que busca reformar el sistema de salud del país. Este documento, titulado "Hacia un sistema de salud garantista, universal, eficiente y solidario que privilegie la vida", plantea transformaciones significativas al modelo actual, con el objetivo de asegurar el derecho fundamental a la salud para toda la población.

Uno de los ejes centrales de esta reforma es el enfoque en la atención primaria como columna vertebral del sistema. Este modelo, basado en la prevención y el acceso equitativo, busca que cada ciudadano perciba beneficios tangibles en términos de cobertura y calidad de atención.

²¹. El Proyecto de Ley se encuentra en: <https://www.camara.gov.co/reforma-a-la-salud-10>



La propuesta rompe con la estructura tradicional centrada en las EPS al promover un sistema en el que el Estado asuma un papel más protagónico en la regulación y provisión de servicios de salud.

La universalidad, otro de los pilares del proyecto, se traduce en la intención de que todos los ciudadanos, independientemente de su condición socioeconómica, geográfica o laboral, tengan garantizado el acceso a los servicios de salud. En este sentido, la reforma se alinea con un principio constitucional que reconoce la salud como un derecho fundamental, lo que justifica la creación de un sistema inclusivo y eficiente.

El carácter solidario de la reforma apunta a fortalecer la equidad en el sistema de salud, buscando corregir las actuales brechas que existen en el acceso y calidad de los servicios. Esto implica una redistribución de los recursos con base en las necesidades reales de la población, favoreciendo a los grupos más vulnerables.

No obstante, la reforma enfrenta desafíos y críticas. Los opositores advierten sobre el impacto financiero que puede tener la transición a este nuevo modelo, cuestionando la viabilidad fiscal de implementar un sistema más centralizado y de mayor cobertura. Además, hay preocupaciones sobre la creación de Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) para acercar los servicios médicos a la población; sobre la transformación de las actuales Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Gestoras de Salud y Vida, que coordinarán la prestación de servicios sin manejar directamente los recursos; y respecto de la centralización de los fondos en la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), que será responsable de los pagos directos a clínicas y hospitales y cómo esto afectará la prestación de servicios en el corto y mediano plazo.



TEST DEL SEMÁFORO

La Fundación aplica el test del Semáforo a los artículos relevantes del PL y alerta los siguientes riesgos:



Rojo

1) Amenaza el principio de sistema democrático

1.1. El antecedente del PL 339 de 2023 y los errores repetidos en la Reforma a la Salud actual

Es importante recordar que la anterior reforma a la salud del gobierno (PL 339 de 2023 Cámara) fue archivada en la Comisión Séptima del Senado el 3 de abril de 2024, tras obtener una votación negativa de nueve congresistas sobre catorce. El PL fue tramitado como ley ordinaria a pesar de regular aspectos fundamentales del derecho a la salud. Este error fue una de las principales razones por las cuales se archivó.

FEDe. Colombia, en su momento, criticó la insistencia en tramitar la reforma de 2023 como ley ordinaria, señalando que esto no solo era una equivocación procedural, sino que también afectaba la legitimidad del debate democrático. Este tipo de reformas, que impactan directamente los derechos fundamentales, deben seguir el proceso especial de las leyes estatutarias, tal como lo dispone el artículo 152 de la Constitución (es decir, conforme a un



procedimiento legislativo cualificado, con aprobación por mayoría absoluta y en una sola legislatura, garantizando así un mayor consenso y protección de las minorías) 22.

El presente PL incurre en el mismo vicio procedural que vulnera el principio democrático. La insistencia en radicar este proyecto como ley ordinaria ante la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, en lugar de tratarlo como ley estatutaria ante la Comisión Primera, desconoce la naturaleza del derecho fundamental a la salud. Al persistir en la radicación del proyecto en la Comisión Séptima, el Gobierno ignora que las materias relacionadas con derechos fundamentales, como la salud, requieren un trámite más riguroso y garantista. Insistir en un procedimiento ordinario para un asunto de esta naturaleza, además de vulnerar el principio democrático, pone en riesgo la viabilidad de la reforma, ya que cualquier eventual aprobación podría ser objeto de demandas de inconstitucionalidad por vicios en el trámite legislativo.

La Corte Constitucional ha sido clara en señalar que, en casos en los que un proyecto tiene un contenido mixto (es decir, aspectos estatutarios y ordinarios), debe optarse por el procedimiento más gravoso, es decir, el de las leyes estatutarias 23. Esto garantiza un debate más amplio, con mayores exigencias democráticas, y evita que reformas estructurales como esta queden a merced de mayorías ocasionales que podrían no reflejar el consenso necesario en asuntos de tanta relevancia para el Estado social de derecho. Adicionalmente, la sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional 24, al revisar la constitucionalidad de la Ley 1751, reafirmó la necesidad del trámite estatutario para las reformas sustanciales al sistema de salud.

22. ~~Sentencia C-756 de 2008 M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra~~ reiterada en sentencias C-818 de 2011 M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub y C-902 de 2011 Jorge Iván Palacio Palacio; Sentencia C-425 de 1994 M.P. José Gregorio Hernández Galindo

23. Corte Constitucional. Sentencia C-019 de 4 de abril de 2018 y más recientemente: Sentencia C-153 de 5 de mayo de 2022.

24. Corte Constitucional, Sentencia C-313 de 2014. M.P: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. Sentencia del 29 de mayo de 2014.



Así pues, cualquier modificación significativa al derecho fundamental a la salud debe seguir este procedimiento especial.

FEDe. Colombia reitera que esta reforma repite los errores que llevaron al archivo del proyecto radicado en 2023. Es indispensable que el Congreso reconsideré el reparto de este proyecto y lo asigne a la Comisión Primera, para que sea tratado como ley estatutaria, respetando así el debido proceso legislativo y el principio de sistema democrático.

2) Amenaza el principio de libertades individuales

La reforma a la salud planteada en este PL propone una transformación profunda del modelo de aseguramiento, buscando centralizar la gestión en manos del Estado. Sin embargo, este enfoque podría vulnerar la libertad de elección de los usuarios al centralizar el sistema en la ADRES y eliminar gradualmente las EPS, restringiendo la posibilidad de escoger entre opciones públicas y privadas. Adicionalmente, la fragmentación en la financiación y la falta de incentivos alineados para garantizar la continuidad del cuidado comprometen la dignidad humana, ya que los pacientes podrían enfrentar demoras y atención incompleta debido a transferencias innecesarias entre niveles. Además, la implementación de un manual tarifario rígido y la ausencia de un modelo claro de evaluación del desempeño en las Gestoras de Salud y Vida podrían reducir la calidad de los servicios al limitar la innovación y generar inequidades en la atención.

2.1. Problemas estructurales del sistema actual

Uno de los mayores problemas del sistema de salud colombiano, tal como lo reconoce la reforma, es el deficiente manejo de los recursos por parte de las EPS e IPS, motivo por el cual el eje fundamental del PL consiste en despojarlas de las funciones primordiales que venían desempeñando.



El texto radicado presenta un análisis de la ineficiencia en el gasto, el desperdicio de recursos y la inestabilidad financiera y operativa de las EPS e IPS. De acuerdo con el documento presentado por el Ministerio de Salud, a lo largo de los últimos 30 años, estas entidades han sido protagonistas de múltiples intervenciones, liquidaciones y reestructuraciones.

El modelo de aseguramiento privado representado por las EPS en Colombia, implementado desde la Ley 100 de 1993, ha logrado avances significativos en términos de cobertura y acceso a la salud, alcanzando el 99,6% de la población en 2022. Sin embargo, este modelo no ha estado exento de críticas debido a problemas estructurales que cuestionan la sostenibilidad y la eficacia del sistema.

Uno de los principales problemas del modelo de aseguramiento privado ha sido la ineficiencia operativa y administrativa de las EPS, especialmente debido a la falta de oportunidad en la prestación de servicios, demoras en los pagos a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), particularmente las no integradas, y a una alta dependencia de mecanismos judiciales, como la acción de tutela, para garantizar tratamientos y procedimientos esenciales.

Además, el modelo de EPS ha fomentado una fragmentación del sistema de salud, con disparidades significativas entre regiones, lo que perpetúa inequidades en la calidad de los servicios ²⁵. Mientras algunas áreas urbanas disfrutan de un acceso relativamente eficiente a dichos servicios, los territorios más alejados y rurales experimentan una grave precariedad en infraestructura y servicios ²⁶.

25. Ocampo-Rodríguez, María Victoria, Víctor Fernando Betancourt Urrutia, Jennifer Paola Montoya-Rojas, y Diana Carolina Bautista-Botton. 2013. «Sistemas Y Modelos De Salud, Su Incidencia En Las Redes Integradas De Servicios De Salud». Gerencia Y Políticas De Salud 12 (24). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp12-24.smsi>.

26. Bran-Piedrahita Lemy, Valencia-Arias Alejandro, Palacios-Moya Lucía, Gómez-Molina Sergio, Acevedo-Correa Yesenia, Arias-Arciniegas Claudia. Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. Hacia promoc. Salud [Internet]. 2020 Dec [cited 2024 Dec 13] ; 25(2): 29-38. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772020000200029&lng=en. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.2.6>.



Este desequilibrio se agrava por la complejidad de las redes de contratación y la discrecionalidad en la asignación de recursos.

Otro punto crítico es la corrupción y los sobrecostos asociados al sistema. Según la Contraloría General de la República, en 2020 se identificaron excedentes operacionales en 26 EPS por un valor de \$6.81 billones, seguidos de \$3.68 billones en 2021 y \$1.08 billones en 2022. Debido a irregularidades en la gestión de recursos públicos por parte de las EPS, con casos de desvíos y fallas en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales ²⁷. La concentración de recursos en actores privados sin mecanismos de control suficientemente robustos ha propiciado un entorno proclive a la opacidad y a la pérdida de confianza pública ²⁸.

El debate sobre la reforma del sistema de salud enfrenta una tensión fundamental: aunque el modelo de aseguramiento privado ha contribuido al aumento de cobertura, su incapacidad para garantizar eficiencia, equidad y transparencia plantea dudas sobre su conveniencia a largo plazo. Mantener este modelo sin una transformación significativa podría perpetuar las fallas actuales, mientras que una transición abrupta hacia un esquema público podría generar riesgos de colapso.

2.2. La propuesta de la reforma a la salud: De EPS a Gestoras de Salud y Vida

Con el propósito de corregir los errores cometidos por los operadores privados en el sistema de salud, así como reducir los efectos de la participación privada en el sistema de salud, la reforma busca que el Estado asuma un rol centralizado en la gestión del subsistema.

27. Contraloría General de la República. Informe de resultados de la actuación especial de fiscalización con enfoque financiero sobre el uso y destino que las eps dieron a los recursos públicos de la salud vigencia 2020. CGR - CDSS N° 022. Fecha de publicación: 12 de julio de 2024

28. Ingrid Vargas Lorenzo, Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia (tesis doctoral, Universitat de Barcelona, 2008), 10803/4651, <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4651/ivl1del.pdf>.

Sin embargo, dicha intervención limita la competencia, disminuyendo potencialmente la eficiencia del sistema y afectando la dinámica del sector²⁹. Este escenario plantea un interrogante clave: ¿podrá el mayor intervencionismo estatal resolver los problemas estructurales del sistema de salud o, por el contrario, agravarlos?

La reforma propone transformar las EPS en Gestoras de Salud y Vida, limitando su rol a la coordinación de servicios sin manejo directo de recursos. Aunque busca garantizar transparencia y supervisión, esta transición enfrenta desafíos críticos:



- Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que deseen transformarse en Gestoras de Salud y Vida (GSV) bajo la reforma a la salud deben presentar un plan de saneamiento aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud, el cual debe implementarse en un máximo de 48 meses. Este plan debe garantizar el pago de todas las deudas, priorizando al talento humano. Sin embargo, muchas EPS carecen de los recursos necesarios para cumplir con las exigencias de la reforma, como saldar pasivos acumulados en un plazo de 2 a 3 años.
- Las EPS deben cumplir con: (i) indicadores de satisfacción al usuario y resultados en salud y (ii) presentar un proyecto de habilitación, según lo establezca el Ministerio de Salud y Protección Social más adelante.

29. Ortiz Castañeda, Gloria Isabel. “La libre competencia en el sector salud. enfoque crítico del proyecto de reforma al sistema de salud colombiano del año 2013”, Revista Contexto, n. ° 40, pp. 129-159.



- Adicionalmente, durante el periodo de transición de dos años, las EPS también deben ajustarse a la prohibición de integración vertical en servicios de mediana y alta complejidad, salvo excepciones para zonas con infraestructura insuficiente, lo que exige una reestructuración significativa de su modelo operativo.
- La reforma a la salud introduce una mayor complejidad administrativa al multiplicar los actores a supervisar. Auditar los nuevos Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y hospitales públicos, que estarán directamente financiados y gestionados por el Estado, implicará un esfuerzo significativamente mayor que supervisar a las 24 EPS actuales. Esto podría aumentar la carga administrativa y la dificultad para garantizar una vigilancia eficiente, especialmente en regiones con capacidades institucionales limitadas. Además, la falta de mecanismos claros de auditoría podría generar brechas en el control del gasto y la calidad de los servicios.
- Las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación se encargarán de analizar y reportar las actividades de los CAPS y redes territoriales, pero esto implica la creación de nuevos mecanismos burocráticos y dependencias técnicas desconcentradas en las direcciones de salud departamentales y distritales.

Con la reforma, las EPS dejarían de manejar dinero y no podrían actuar como aseguradoras (una función que, en la práctica, ya han perdido en su mayoría debido al PND y las intervenciones realizadas por el gobierno actual). En lugar de ello, se encargarán de coordinar los servicios de salud, trabajando con hospitales públicos y privados, y supervisarán que solo se cobren los servicios realmente prestados. A cambio, recibirían entre el 3,5% y el 8% del presupuesto asignado por persona, según sus resultados.

Además, conforme al texto de la reforma, la atención básica de salud será responsabilidad de los nuevos Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). Las Gestoras, junto con las secretarías de salud, organizarán redes de



La transformación de las EPS en Gestoras de Salud y Vida, según lo dispuesto en el artículo 22 del PL, implica que las EPS, en lugar de manejar recursos directamente, se convertirán en coordinadoras de servicios y redes de atención, sujetas a regulaciones estrictas del Estado, lo que limita su capacidad de operar como actores económicos independientes. Aunque las EPS podrán seguir funcionando durante un periodo de transición de dos años bajo condiciones impuestas por el Ministerio de Salud y Protección Social, las restricciones establecidas en la propuesta, como la prohibición de integración vertical y el control estatal más directo sobre la gestión de los recursos a través de la ADRES, reducen significativamente sus incentivos para continuar operando en el sistema.

Bajo estas condiciones, es previsible que, a largo plazo, las EPS terminen desapareciendo del mercado. La eliminación de su función aseguradora y la imposición de un rol meramente administrativo dificultan su sostenibilidad financiera y operativa. Además, al no existir un modelo que permita la recuperación de inversiones ni la gestión autónoma del riesgo financiero, es poco probable que nuevos actores privados deseen ingresar o regresar al sector en el futuro.

Uno de los aspectos más problemáticos del PL es que crea dos Unidades de Pago por Capitación (UPC) ³⁰ distintas: una para los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y otra para la atención de mediana y alta complejidad gestionada por las Gestoras de Salud y Vida (GSV). Esto genera incentivos contrapuestos entre los actores del sistema. Mientras los CAPS buscan remitir rápidamente a los pacientes para reducir costos, las GSV tienen incentivos para mantenerlos el mayor tiempo posible en el nivel básico, ya que su atención en ese nivel no recae sobre su propia UPC. Esto puede resultar en interminables transferencias y contratransferencias, dejando a los pacientes sin una atención integral y oportuna ³¹.

30. Artículo 16 de la Reforma a la Salud

31. Vecino, Andrés. "Cuatro puntos clave para una nueva reforma a la salud." La Silla Vacía. Marzo 13, 2024. <https://www.lasillavacia.com/red-de-expertos/red-social/el-sistema-necesita-otra-reforma-a-la-salud/>.



La combinación de estos factores no solo afecta negativamente la experiencia del paciente y sus desenlaces en salud, sino que también amenaza con revertir avances clave logrados en las últimas décadas en términos de cobertura y protección financiera. Al dispersar la responsabilidad entre múltiples actores sin garantizar su coordinación efectiva, el sistema se vuelve más complejo, menos accesible y más propenso a fallas operativas, especialmente en regiones vulnerables en las que la fragmentación se traduce en barreras adicionales para el acceso a servicios de salud de calidad.

La UPC es un instrumento clave del sistema de salud colombiano, concebido como una prima de seguro que redistribuye el riesgo financiero. Sin embargo, este instrumento enfrenta desafíos estructurales significativos. Su cálculo se basa en proyecciones inflacionarias y frecuencias de uso que a menudo están desactualizadas o incompletas. Por ejemplo, en 2022 y 2023, la inflación fue significativamente subestimada, lo que resultó en una insuficiencia financiera acumulada. Estos desajustes afectan la capacidad del sistema para cubrir los costos reales de los servicios, y dividir la UPC entre CAPS y GSV solo agravaría esta brecha ³².

Otro problema radica en el cálculo de la UPC, que actualmente no incluye ajustes retrospectivos ni considera adecuadamente la inclusión de nuevas tecnologías ³³. A medida que los costos de medicamentos, dispositivos y servicios avanzados crecen, la insuficiencia de la UPC se exacerba. Esto ya ha llevado a situaciones en las que las EPS gastan más de lo que reciben, como en el caso de la Nueva EPS, que enfrenta un déficit de 18 pesos por cada 100 recibidos ³⁴.

32. Vecino, Andres. "La UPC del Sistema de Salud: ¿Qué Es, ¿Cómo Funciona y Qué se Puede Mejorar?" La Silla Vacía, diciembre 16, 2024. <https://www.lasillavacia.com/red-de-expertos/red-social/la-upc-del-sistema-de-salud-que-es-como-funciona-y-que-se-puede-hacer-para-mejorarla/>.

33. Ibidem.

34. Valencia Laserna, Paloma. "Los Pasivos a Septiembre Alcanzaron los ¡17 Billones de Pesos!: La Cifra Histórica Más Alta." X (anteriormente Twitter), noviembre 28, 2024.

<https://x.com/PalomaValencial/status/1862094953997914563>.



La fragmentación propuesta también ignora la necesidad de un flujo de datos actualizado y de alta calidad. Los retrasos en la facturación y reportes contribuyen a proyecciones inexactas, lo que afecta tanto a los CAPS como a las GSV. Además, la falta de una integración robusta entre actores dificulta la implementación de modelos solidarios que permitan distribuir equitativamente los recursos entre pacientes con diferentes necesidades.

Por último, el diseño de una UPC dividida no garantiza que los recursos sean suficientes para atender a las personas de alto costo, como pacientes con enfermedades catastróficas. Actualmente, la UPC redistribuye el riesgo financiero entre quienes consumen menos servicios y aquellos con mayores necesidades de atención. Sin embargo, la fragmentación introducida por este PL amenaza con desarticular este principio solidario, incrementando las desigualdades y comprometiendo la sostenibilidad del sistema.

2.3. La libertad de elección como pilar fundamental y el riesgo de limitar el sistema de salud exclusivamente al ámbito estatal

La libre competencia en el sector salud colombiano, respaldada por el principio de libre elección contenido en la Ley 100 de 1993 y la Ley 1751 de 2015, constituye un elemento clave para promover la eficiencia y la calidad del sistema de aseguramiento en salud. Este modelo fomenta un mercado plural y regulado, en el que las EPS compitan por la preferencia de los usuarios a través de la calidad y oportunidad de los servicios que ofrecen.

La competencia regulada es un modelo en el que el usuario tiene el derecho de seleccionar el proveedor que mejor se adapte a sus necesidades sin que existan barreras impuestas por monopolios gremiales o estructuras estatales centralizadas. Esto promueve un entorno en el que los prestadores de servicios deben competir conforme a su calidad y la satisfacción del cliente. Así, la libertad de elección del usuario no solo empodera al individuo al permitirle tomar decisiones informadas sobre su atención médica, sino que también actúa como un mecanismo de regulación del mercado.



De esta forma, las entidades aseguradoras y prestadoras de los servicios de salud encuentran fuertes incentivos para competir ofreciendo mejores servicios, mayor accesibilidad y precios razonables ³⁵. Esta estructura plural evita los extremos del monopolio estatal y la atomización del sector privado, permitiendo un equilibrio entre los actores del Sistema. El Estado, como modulador del sistema, fija barreras de entrada para garantizar la idoneidad de los participantes, asegurando que solo aquellas EPS que cumplan con estándares financieros y operativos puedan prestar servicios. Sin embargo, el modelo respeta la libertad empresarial, promoviendo la innovación y la mejora continua de los servicios.

El modelo actual de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tiene una naturaleza empresarial, en la medida en que ofrecen servicios de salud a partir de una prima o Unidad de Pago por Capitación (UPC) definida por el Estado, la cual se calcula con base en factores como la región, la edad y el sexo de los afiliados. Esta prima difiere del aporte que efectúan los cotizantes en el régimen contributivo, en el que cada trabajador aporta un porcentaje de su salario. Mientras tanto, en el régimen subsidiado –que cubre aproximadamente a la mitad de la población–, estos recursos provienen del Estado. Además, cabe señalar que en régimen contributivo una parte de la población afiliada no es realmente cotizante (por ejemplo, beneficiarios o personas con ingresos no formales).

En teoría, este modelo busca fomentar competencia entre las EPS para atraer y retener usuarios mediante mejoras en la calidad del servicio. Por su parte, entendiendo que la competencia en salud es un tema muy sensible por su relación con la dignidad humana, el Estado cumple el rol de fijar la UCP. Sin embargo, la prima establecida por el Estado puede generar desajustes cuando esta misma no concuerda con los costos reales o con la composición sociodemográfica de la población atendida.

35. Alain C. Enthoven, "Chapter 3 - Managed Competition," en *Lectures in Economics: Theory, Institutions, Policy: Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, editado por Alain C. Enthoven, Elsevier, 1988, 75-118, <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-70359-0.50008-0>.



A su vez, estos desajustes pueden impactar la sostenibilidad financiera de las EPS y, por ende, su capacidad para garantizar una prestación de servicios eficiente y de calidad ³⁶.

Un claro ejemplo de esta problemática se demuestra con la reciente decisión de la Corte Constitucional, en la que se determinó la insuficiencia de la UPC y las deficiencias en la metodología de su cálculo ³⁷. La Sala ha resaltado que el modelo de aseguramiento en salud enfrenta múltiples obstáculos derivados de la falta de calidad en la información utilizada para calcular la UPC, la ausencia de mecanismos de contraste con fuentes independientes y los errores en la validación de datos. A esto se suma el hecho de que el cálculo de la prima no ha logrado captar adecuadamente las variaciones en la frecuencia de uso de los servicios de salud, lo que ha provocado un desfase estructural en la financiación del sistema.

La Corte ha señalado que, debido a estas deficiencias, la UPC-S (del régimen subsidiado) ha sido calculada con información proveniente exclusivamente de las IPS públicas, sin considerar los datos de las IPS privadas, lo que distorsiona la estimación del gasto real del sistema. Asimismo, en el régimen contributivo, el cálculo de la UPC se ha basado en información de un número reducido de EPS, lo que compromete la representatividad de los datos empleados y afecta la precisión del valor de la prima.

En este contexto, la decisión de la Corte de declarar la insuficiencia de la UPC de 2024 y ordenar su reajuste responde a la necesidad de corregir desbalances estructurales. La Sala ha exigido que el Ministerio de Salud implemente un mecanismo de reajuste ex post de la prima, con el fin de garantizar que su valor refleje adecuadamente las necesidades del sistema y se ajuste a las variaciones en los costos de atención.

36. Ibidem.

37. Corte Constitucional, Sala de Seguimiento. Auto 007 de 2025 del 23 de enero de 2025



Asimismo, se ha ordenado la creación de mesas de trabajo con la participación de actores del sector salud, EPS, IPS, el Ministerio de Hacienda y otros organismos de control, para revisar la metodología de cálculo y definir nuevos ajustadores de riesgo que permitan establecer una UPC suficiente y sostenible en el tiempo.

En conclusión, el modelo de aseguramiento basado en la competencia entre EPS se ha visto comprometido por la falta de una prima ajustada a la realidad del sistema de salud. La intervención de la Corte pone en evidencia las fallas en la definición de la UPC y la necesidad de mejorar la calidad de la información utilizada en su cálculo. Sin un ajuste oportuno de la prima y una mayor transparencia en su determinación, el sistema de salud seguirá enfrentando problemas de sostenibilidad que impactarán directamente la prestación de servicios a la población. La corrección de estos desajustes es fundamental para evitar el retiro masivo de EPS y garantizar la viabilidad del sistema en el largo plazo.

A pesar de estas dificultades, limitar el sistema de salud exclusivamente al ámbito estatal, como pretende hacerlo esta reforma, conlleva riesgos significativos que pueden comprometer tanto la calidad de los servicios como la sostenibilidad del sistema en general. Tal modelo podría generar una concentración de poder y burocracia que obstaculicen la eficiencia y la calidad en la prestación del servicio. Por el contrario, un mercado competitivo y regulado adecuadamente podría incentivar a las EPS a ser más eficientes, mejorando la calidad del servicio y optimizando recursos. Además, la pluralidad de oferentes puede contribuir a que los usuarios tengan opciones reales, fortaleciendo el principio de autodeterminación y dignidad humana que subyace al derecho a la salud.

Además, uno de los principales problemas de un modelo completamente centralizado es la ineficiencia operativa y administrativa.



Los monopolios estatales suelen generar estructuras burocráticas que ralentizan la toma de decisiones y dificultan la implementación de mejoras ³⁸. En estos sistemas, los incentivos para optimizar procesos y reducir costos son menores, ya que no existe la presión competitiva para atraer usuarios ni mejorar continuamente. Esto puede derivar en la prestación de servicios de menor calidad y con costos operativos más elevados ³⁹.

De igual forma, en un sistema exclusivamente estatal existe una ausencia de incentivos para la innovación. Los avances en tecnología, modelos de atención y procesos administrativos suelen surgir de la competencia entre actores que buscan diferenciarse y mejorar su posición en el mercado. Sin esta competencia, el sistema estatal tiende a estancarse, limitando la implementación de soluciones novedosas que podrían mejorar los resultados en salud y la experiencia de los pacientes.

Otro problema crítico es el riesgo de colapso por sobrecarga. Al centralizar la demanda de servicios en una sola entidad, el sistema estatal único corre el peligro de saturarse, lo que podría resultar en tiempos de espera prolongados para procedimientos esenciales ⁴⁰.

Un sistema estatal único también carece de diversidad y adaptabilidad para responder a las necesidades regionales. En un país como Colombia, con significativas diferencias en infraestructura, necesidades y contextos entre sus regiones, un modelo plural permite una mayor capacidad de adaptación a estas particularidades. Los actores públicos y privados pueden complementar las deficiencias del otro, optimizando los servicios para contextos locales específicos.

Además, la concentración de recursos y decisiones en un único ente estatal incrementa el riesgo de corrupción y mala gestión.

38. RICE, T. (2001). Individual autonomy and state involvement in health care. *JOURNAL OF MEDICAL ETHICS*, (27) 240-244. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1733422/pdf/v027p00240.pdf>

39. Grupo de Economía Aplicada y Bioestadística. *El mercado de aseguramiento en salud y la libre elección*. Bogotá: GEABA, 2021.

40. Ibidem.



Aunque la corrupción es un riesgo en cualquier modelo, la descentralización y la existencia de múltiples actores permiten una supervisión cruzada y una competencia que, bien regulada, puede minimizar estos riesgos. Sin estos mecanismos, un modelo estatal único facilita la opacidad en la gestión y dificulta el control ciudadano y administrativo.

Un sistema estatal único limita la libertad de elección de los usuarios, un principio reconocido como fundamental en la Ley 100 de 1993 y la Ley 1751 de 2015, ampliamente desarrollado por la Corte Constitucional. Este principio no solo garantiza la dignidad humana al permitir que las personas tomen decisiones informadas sobre su atención médica, sino que también promueve la eficiencia y calidad en el sistema al incentivar la competencia entre los diferentes actores ⁴¹.

Al respecto, la Corte Constitucional ha establecido que la libertad de escogencia tiene un carácter bidireccional. Por un lado, para los usuarios, implica la facultad de elegir la EPS a la cual afiliarse y la IPS que prestará los servicios de salud ⁴². Esta libertad permite a los usuarios afiliarse a las entidades que demuestren idoneidad, oportunidad y calidad en la prestación de los servicios, como lo destacó la sentencia T-760 de 2008. Por otro lado, para las EPS, representa la potestad de elegir su red prestadora (IPS) y los servicios que se ofrecerán a través de estas. Sin embargo, el margen de acción de las EPS está limitado por obligaciones constitucionales, como garantizar la pluralidad de IPS para que los usuarios puedan escoger, asegurar una prestación integral, idónea y de calidad del servicio de salud, y preservar la calidad de la red prestadora.

La libertad de escogencia no solo es un derecho, sino también un mecanismo que promueve la mejora continua en el sistema de salud.

41. RUIZ, G. (2018). Soberanía del consumidor y libertad de elección en países en desarrollo. REV. DE ECONOMÍA INSTITUCIONAL, 20 (38) 71-95. <https://revistas.uexternado.edu.co/index.php/ecoins/issue/view/501>

42. Corte Constitucional. Sentencia T-136/21. M.P. Alejandro Linares Cantillo.



Según la sentencia T-760 de 2008, esta facultad incentiva a los usuarios a afiliarse a entidades que cumplan con altos estándares de calidad, idoneidad y oportunidad, y desincentiva la permanencia en entidades deficientes. La posibilidad de elegir motiva a las entidades a mejorar continuamente sus servicios y adaptarse a las necesidades de los usuarios. En este sentido, obligar a todos los ciudadanos a depender de un único sistema podría vulnerar este derecho, eliminando la posibilidad de que las personas elijan el servicio que mejor se adapte a sus necesidades y expectativas.

Por otra parte, un modelo estatal exclusivo desaprovecha las capacidades instaladas del sector privado ⁴³. En Colombia, las EPS y otras entidades han desarrollado infraestructuras, modelos de atención y capacidades administrativas que complementan las del sistema público ⁴⁴. Eliminar su participación no solo generaría un desperdicio de recursos, sino que también implicaría un esfuerzo monumental y costoso para que el Estado reemplace estas capacidades, lo cual podría resultar inviable tanto desde el punto de vista financiero como operativo ⁴⁵.

En conclusión, limitar el sistema de salud exclusivamente al ámbito estatal podría comprometer la eficiencia, la innovación, la calidad del servicio, la capacidad de adaptación del sistema y la sostenibilidad financiera. Además, podría vulnerar el principio rector de la libertad de elección y perpetuar riesgos estructurales como la corrupción y la falta de adaptabilidad regional. Un modelo plural y competitivo, basado en la regulación estatal y la complementariedad entre actores públicos y privados, no solo es más viable y sostenible, sino que también está alineado con los principios constitucionales de eficiencia, universalidad y equidad.

43. Fundación Mexicana para la Salud, A.C. Universalidad de los Servicios de Salud: Propuesta de Funsalud. Primera edición. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 2012, p. 103. ISBN: 978-607-7897-11-8.

44. Transparencia por Colombia. "Medidas para Prevenir la Corrupción en la Reforma a la Salud." Transparencia por Colombia, acceso el 13 de diciembre de 2024. <https://transparenciacolombia.org.co/medidas-prevenir-corrupcion-reforma-salud/>.

45. ANIF. "Posibles Impactos del Marchitamiento de las EPS en el Marco de la Reforma a la Salud." ANIF, <https://www.anif.com.co/informe-semanal/posibles-impactos-del-marchitamiento-de-las-eps-en-el-marco-de-la-reforma-a-la-salud/>.



2.4. La imposibilidad práctica de transformar las EPS en gestoras de salud y vida

La reforma a la salud enfrenta un problema estructural crítico: la viabilidad de transformar las EPS en Gestoras de Salud y Vida bajo las condiciones propuestas es prácticamente inalcanzable. La Contraloría ha señalado que los recursos provenientes de la UPC están destinados exclusivamente para cubrir los servicios de salud del año en curso ⁴⁶, lo que imposibilita utilizarlos para saldar deudas acumuladas en años anteriores. Esto supone un obstáculo insalvable, ya que muchas EPS carecen tanto de reservas técnicas como de utilidades para cubrir sus pasivos ⁴⁷.

La exigencia de sanear todas las deudas en un plazo de 2 a 3 años, como lo plantea la reforma del gobierno y las propuestas de independientes, no es realista. Las EPS, que ya operan al límite de los topes administrativos, no tienen capacidad financiera para cumplir con este requisito. Ejemplos como el de Compensar, que ha anunciado que necesitará hasta 10 años para pagar a sus acreedores, evidencian la magnitud del problema ⁴⁸. Si las EPS no pueden cumplir con las condiciones de transformación, el modelo de Gestoras, que es central en la propuesta de reforma, quedaría en el aire.

En conclusión, uno de los principales inconvenientes de esta reforma que el éxito del modelo propuesto depende de una transformación estructural de las EPS que, en las condiciones actuales, es impracticable.

46. Consultor Salud. "24 EPS desviaron 6 billones de la UPC: Contraloría." Última modificación, diciembre 9, 2021. <https://consultorsalud.com/24-eps-desviaron-6-billones-upc-contraloria/>.

47. Contraloría General de la República. "La Contraloría General de la República identificó hallazgos fiscales por 6 billones de pesos en 24 EPS por indebida destinación de los recursos de la UPC durante el año 2020 y 5.3 billones cuya incidencia fiscal será diluida." Última modificación, diciembre 9, 2021. <https://www.contraloria.gov.co/en/w/150-la-contraloría-general-de-la-republíc-identificó-hallazgos-fiscales-por-6-billones-de-pesos-en-24-eps-por-indebida-destinación-de-los-recursos-de-la-upc-durante-el-año-2020-y-5.3-billones-cuya-incidencia-fiscal-será-dilu>

48. Compensar EPS. Carta a prestadores de servicios y proveedores de tecnología en salud sobre el cronograma para el saneamiento de los pasivos. 17 de junio de 2024. Firmada por Hugo Alejandro Gutiérrez Gómez, Gerente de Contratación de Red, Compras y Servicios Administrativos. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/salud/exclusivo-la-carta-que-le-envio-compensar-a-los-hospitales-diciendoles-que-les-pagara-en-11-anos-si-les-aprueban-salir-del-sistema-y-que-genero-disgusto-entre-prestadores-3358644>.



Si las EPS no logran convertirse en Gestoras por su incapacidad para sanear deudas, el sistema de salud propuesto colapsaría antes de consolidarse, dejando un vacío en la prestación de servicios de salud y comprometiendo gravemente la sostenibilidad del sistema 49.

3) Amenaza el principio de estabilidad macroeconómica y políticas a largo plazo

La reforma a la salud introduce cambios profundos en la estructura administrativa y financiera del sistema. Sin embargo, la falta de un diagnóstico exhaustivo de los problemas estructurales y la ausencia de medidas claras para garantizar la sostenibilidad fiscal generan incertidumbre sobre la viabilidad del modelo propuesto.

3.1. Creación del Consejo Nacional de Salud y del Fondo Único Público administrado por la ADRES

El PL pretende crear el Consejo Nacional de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, como órgano directivo del Sistema de Salud en Colombia. Este Consejo estará integrado por representantes del Gobierno Nacional, trabajadores de la salud, profesionales, pacientes, académicos, grupos étnicos y otros sectores, con el fin de recomendar políticas, monitorear el funcionamiento del sistema, proponer mejoras y vigilar el uso adecuado de los recursos. Se reunirá trimestralmente, contará con una Secretaría Técnica independiente y presentará informes anuales al Congreso sobre la implementación de la ley.

Adicionalmente, la reforma a la salud crea un Fondo Único Público administrado por la ADRES y establece dos cuentas independientes para la atención primaria en salud y la red pública hospitalaria. Sin embargo, esto no soluciona los problemas estructurales financieros que han afectado al sistema.

49. García-Ruiz, Johnattan. "La Investigación de la @CGR_Colombia sobre el Uso de la UPC por Parte de las EPS, en Mi Humilde Opinión, Reitera Algo Complejo: Las EPS No Tienen Cómo Volverse Gestoras Como lo Proponen las Reformas del Gobierno y de los Independientes." X (anteriormente Twitter), <https://x.com/garciaruizjo/status/1820596712261460338>.



El Ministerio de Hacienda ya radicó su concepto fiscal al Anteproyecto de Ley en el que proyectó gastos de \$99,6 billones para 2025 y \$156,6 billones para 2034, lo que representa aumentos significativos en un contexto fiscal desafiante.

Si bien se incorporan criterios de progresividad y gradualidad, como los incentivos a la salud y la ampliación de las licencias de maternidad, estas medidas dependen de las disponibilidades presupuestales, lo que introduce incertidumbre sobre su implementación. La ausencia de un mecanismo claro para contener el gasto futuro en salud, combinado con la falta de límites presupuestarios y de estrategias concretas para evitar el desbordamiento de los costos, pone en riesgo la sostenibilidad a largo plazo del sistema de salud.

3.2. La reforma a la salud perpetúa las ineficiencias actuales del sistema

La centralización de los recursos en la ADRES, como pagador directo, y la creación de una unidad de caja para administrar los fondos, aumenta la dependencia del Estado en la gestión del sistema. Esto podría generar ineficiencias y burocracia, comprometiendo la flexibilidad y autonomía del sector privado. Según Paul Rodríguez, director de la escuela doctoral en economía de la Universidad del Rosario, la reforma no enfrenta los problemas financieros de fondo ni ofrece una solución clara sobre el uso adecuado de los recursos, lo que agrava la incertidumbre fiscal ⁵⁰.

La reforma, tal como está planteada, no solo agrava los problemas fiscales existentes, sino que además omite un aspecto crucial para la sostenibilidad financiera del sistema: la asignación clara de quién asumirá los riesgos financieros.

50. Manuel Alejandro Correa, "Ministerio de Hacienda limita aval fiscal a reforma de salud radicada en el Congreso", Diario La República, consultado el 24 de septiembre de 2024, <https://www.larepublica.co/economia/la-reforma-a-la-salud-llega-con-aval-fiscal-3952436>.

Esto resulta especialmente problemático al eliminar la función de gestión del riesgo financiero que actualmente recae en las EPS, dejando al sistema sin un actor responsable de garantizar solvencia frente a posibles déficits. En el modelo actual, las EPS desempeñan un rol fundamental al asumir riesgos financieros asociados al costo médico y al control del gasto.

Las UPC que reciben las EPS no solo cubren los servicios médicos, sino también los costos administrativos y, eventualmente, las utilidades.



En caso de que los costos médicos excedan los porcentajes establecidos (90% en el régimen contributivo y 92% en el subsidiado), las EPS utilizan recursos destinados a otras partidas para cubrir el déficit, haciendo uso de reservas técnicas y mecanismos de solvencia que permiten responder a incrementos inesperados en los costos médicos. Este esquema no solo las obliga a gestionar eficientemente los recursos, sino que también crea incentivos claros para controlar el gasto y buscar eficiencias en la contratación y prestación de servicios.

En contraste, la propuesta de la reforma elimina estas funciones del asegurador privado y las transfiere, en teoría, al Estado a través de la ADRES. Sin embargo, la ADRES no tiene actualmente la capacidad institucional ni la misión de gestionar riesgos financieros. En lugar de convertirse en un verdadero asegurador que administre el riesgo, la ADRES es concebida como una simple entidad administradora de recursos.



No cuenta con reservas técnicas ni con un esquema de control del gasto que asegure la sostenibilidad del sistema. Esto genera una laguna crítica: ante pérdidas financieras o aumentos inesperados en los costos médicos, no queda claro quién asumirá la carga, dejando al sistema expuesto a graves problemas de flujo de recursos ⁵¹.

Además, la eliminación de la función de gestión del riesgo por parte de las EPS elimina los incentivos para controlar el gasto, lo que podría resultar en un incremento significativo del gasto de bolsillo de los pacientes. Sin un actor que gestione eficazmente los riesgos financieros, los costos podrían trasladarse progresivamente a los usuarios mediante seguros voluntarios o pagos directos. Esto contradice el principio de equidad en el acceso a los servicios de salud y aumenta las barreras financieras para los sectores más vulnerables.

El sistema de salud colombiano atraviesa una profunda crisis financiera y administrativa que pone en evidencia sus debilidades estructurales. El alto porcentaje de afiliados al régimen subsidiado (RS), combinado con la creciente demanda de servicios incluidos y no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), ha generado una presión insostenible sobre los recursos del sistema. A esto se suman los costos derivados de la unificación de la prima de aseguramiento entre los regímenes contributivo (RC) y subsidiado, así como la incorporación de migrantes venezolanos al RS ⁵², que ha incrementado significativamente la carga financiera sin un respaldo presupuestal suficiente.

⁵¹. Vecino, Andrés. "¿Por qué la nueva reforma a la salud no es la reforma que necesitamos?" La Silla Vacía. Noviembre 5, 2024. <https://www.lasillavacia.com/red-de-expertos/red-social/por-que-la-nueva-reforma-a-la-salud-no-es-la-reforma-que-necesitamos/>.

⁵². Kathy Ramos Pená, Carlos Eduardo Rodríguez . "Prestaciones asistenciales en salud en Colombia para la población migrante venezolana". Pontificia Universidad Javeriana Facultad De Ciencias Jurídicas Bogotá D.C. 2021. Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/54430/TRABAJO%20DE%20GRADO%20CONSOLIDADO%20FINAL%20PARA%20SUBIR%20A%20FACULTAD.pdf?sequence=1>.



La situación de las EPS es otro indicador del deterioro del sistema. Muchas EPS han sido liquidadas o se encuentran en procesos de intervención y vigilancia especial debido a problemas de solvencia, falta de reservas técnicas y acumulación de deudas. Esta inestabilidad financiera ha afectado directamente la calidad y continuidad en la prestación de servicios, lo que ha incrementado la judicialización de casos a través de tutelas como mecanismo para garantizar el derecho a la salud. Además, el gasto público en salud ya enfrenta una presión significativa. En 2020, el gasto en salud alcanzó el 6,3% del PIB debido a la pandemia, y la estructura fiscal del sector muestra déficits recurrentes.

La centralización del sistema de salud, en los términos propuestos por la reforma, presenta varios problemas que podrían tener consecuencias negativas para su funcionamiento. Por un lado, al concentrar la gestión en una sola entidad central, aumenta el riesgo de que los recursos no se manejen de manera eficiente. Según el Banco de la República, esta concentración de funciones incrementa el riesgo de ineficiencias, discrecionalidad y corrupción en el manejo de los recursos ⁵³. Esto se debe a que la centralización suele generar más costos por el aumento de la burocracia, la contratación de más personal administrativo, y, en muchos casos, no se establecen controles efectivos para garantizar que el sistema funcione correctamente. Además, esta estructura podría generar mayores presiones fiscales, es decir, más gasto público que el Estado tendría que cubrir.

Por otro lado, Colombia es un país con una gran diversidad territorial, cultural y económica, lo que significa que cada región tiene necesidades y desafíos diferentes en materia de salud. Al implementar un modelo centralizado, resulta muy complicado ajustar la gestión de manera que responda eficazmente a las particularidades de cada zona. Esto puede llevar a que las soluciones aplicadas desde un centro de mando no sean adecuadas para todas las regiones ⁵⁴

53. Melo-Becerra, Ligia Alba, coordinadora, Luis E. Arango-Thomas, Óscar Ávila-Montealegre, Jhorland Ayala-García, Leonardo Bonilla-Mejía, Jesús Alonso Botero-García, Manuela Cardona-Badillo, et al. Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia. *Ensayos Sobre Política Económica* (ESPE), núm. 106, octubre de 2023. Banco de la República.

54. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, 2018.



Además, un sistema centralizado tiende a hacer más lentos los procesos de toma de decisiones, ya que deben pasar por muchas etapas burocráticas antes de ser ejecutados. Esto es especialmente problemático en momentos de crisis o en situaciones específicas que requieren respuestas rápidas y adaptadas al contexto local, como brotes de enfermedades o emergencias en zonas rurales⁵⁵.

En conjunto, estos problemas hacen que los costos de operar un sistema centralizado en un país tan diverso puedan superar los beneficios que se esperaban, como el control del gasto. Es decir, el ahorro económico que se busca con la centralización puede no ser suficiente para compensar los costos logísticos, operativos y de adaptación que implica manejar un sistema de salud único para todo el país.

La historia del Sistema Nacional de Salud (SNS) en Colombia antes de la reforma de la Ley 100 de 1993 es un claro ejemplo de cómo la centralización en la gestión del sistema de salud perpetuó ineficiencias estructurales que, en lugar de resolver los problemas existentes, los profundizaron. Este modelo centralizado, implementado bajo el gobierno de Carlos Lleras Restrepo en 1968 y reglamentado en 1975, dejó al Estado como único responsable de garantizar el acceso a la salud, lo que llevó a problemas significativos en términos de equidad, financiamiento e institucionalidad.

Desde el punto de vista financiero, el Estado asumió casi la totalidad de los costos del sistema, generando una enorme carga fiscal. Aunque los trabajadores contribuían con un porcentaje de sus ingresos, estas cotizaciones eran insuficientes para cubrir los gastos operativos del sistema. Adicionalmente, la distribución de los recursos estaba sujeta a presiones políticas, lo que generaba una asignación inequitativa. Por ejemplo, los municipios más ricos y políticamente influyentes recibían mayores recursos, mientras que las regiones más pobres, que requerían más atención, eran frecuentemente ignoradas⁵⁶.

55. Ibidem.

56. Morales, L. G. (1997). EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE COLOMBIA.

Recuperado de CEPAL: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/5263/S9700142_es.pdf



En términos de institucionalidad, el modelo centralizado concentró el poder en el Ministerio de Salud y en las Direcciones Departamentales, pero dejó la responsabilidad de la prestación de servicios en manos de los municipios, donde los alcaldes, sin experiencia en el sector salud, gestionaban los recursos de manera ineficaz ⁵⁷. Esto dio lugar a una total fragmentación del sistema y una falta de control efectivo sobre los servicios ofrecidos. Además, la corrupción en el sistema era rampante, con reportes de peculado, desviación de recursos, y afiliaciones fraudulentas ⁵⁸.

La excesiva concentración del poder y la burocracia dentro del SNS impidieron la capacidad del sistema para responder de manera eficiente a las necesidades de la población. Los procesos administrativos lento y rígidos dificultaban la implementación de soluciones adaptadas a las necesidades locales, perpetuando un modelo desarticulado que no lograba cumplir con sus objetivos. Este contexto subraya cómo la centralización no solo perpetúa ineficiencias, sino que también limita la capacidad de un sistema de salud para adaptarse a las realidades heterogéneas de un país como Colombia ⁵⁹.

En conjunto, en lugar de corregir los problemas existentes, la reforma propuesta por el gobierno perpetúa las ineficiencias del sistema de salud colombiano. La eliminación de funciones clave como la gestión del riesgo financiero, la falta de incentivos para el control del gasto y la incapacidad para adaptar soluciones a las realidades locales son indicios de un modelo que no solo no resuelve las crisis actuales, sino que podría profundizarlas, dejando a la población aún más desprotegida y al sistema en una situación fiscal insostenible.

57. Badel, M. (24 de mayo de 1999). Costos de la Corrupción en Colombia. Recuperado de Departamento de Planeación Nacional: <https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DEE/.../111.pdf>

58. Gideon, Ú., González, L., & Acosta, O. (2001). Efectos de la reforma en salud sobre las conductas irregulares en los hospitales públicos: El caso de Bogotá, Distrito Capital, Colombia. Recuperado de Centro de Documentación e Información MECON: <http://cdi.mecon.gov.ar/biblio/docelec/bid/R426.pdf>

59. González Quiñones, Juan Carlos. 2018. «Resumen: “Estudio Sobre El Modo De Gestionar La Salud En Colombia”». Carta Comunitaria 23 (135):33-40. <https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v23.n135.253>.



3.3. Factores externos que incrementan la presión fiscal: Reformar sin comprometer la estabilidad macroeconómica del Estado.

Según el análisis del Banco de la República, el sistema de salud enfrenta riesgos fiscales crecientes debido a factores como el envejecimiento poblacional, la alta informalidad laboral, el incremento en la demanda de servicios médicos y el uso de tecnologías costosas ⁶⁰. Por ejemplo, la alta informalidad laboral ha resultado en una mayor proporción de la población afiliada al régimen subsidiado, lo que implica una carga financiera desproporcionada para el Estado. Igualmente, las dinámicas demográficas y la prevalencia de enfermedades crónicas continúan incrementando el costo de la atención médica, sin que existan medidas claras para mejorar la eficiencia en el uso de los recursos.

Las reformas que no aborden de manera integral el diseño institucional y el flujo de recursos corren el riesgo de desestabilizar no solo el sistema de salud, sino también las finanzas públicas a largo plazo ⁶¹. Sin una planeación adecuada, la reforma al sistema de salud corre el riesgo de agravar problemas críticos como el desbordamiento de la demanda de servicios, la fragmentación en el manejo de recursos y la insuficiencia financiera de las instituciones encargadas. En lugar de consolidar y mejorar el sistema, un cambio estructural implementado sin los análisis y previsiones necesarias podría desencadenar un mayor caos administrativo, interrumpir la prestación de servicios esenciales y profundizar la desconfianza de la población en el sistema de salud.

60. Melo-Becerra, Ligia Alba, coordinadora, Luis E. Arango-Thomas, Óscar Ávila-Montealegre, Jhorland Ayala-García, Leonardo Bonilla-Mejía, Jesús Alonso Botero-García, Manuela Cardona-Badillo, et al. Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia. *Ensayos Sobre Política Económica* (ESPE), núm. 106, octubre de 2023. Banco de la República.

61. Melo-Becerra, Ligia Alba, coordinadora, Luis E. Arango-Thomas, Óscar Ávila-Montealegre, Jhorland Ayala-García, Leonardo Bonilla-Mejía, Jesús Alonso Botero-García, Manuela Cardona-Badillo, et al. Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia. *Ensayos Sobre Política Económica* (ESPE), núm. 106, octubre de 2023. Banco de la República.



Aunque la necesidad de una reforma es innegable, esta debe estar respaldada por un análisis exhaustivo que identifique las causas estructurales de la crisis actual. La falta de claridad en la planificación financiera y el aumento previsto de los gastos en salud comprometen la estabilidad macroeconómica y podrían generar presiones fiscales insostenibles a largo plazo, afectando tanto el funcionamiento del sistema como la capacidad del Estado para implementar políticas duraderas. Esto se traduciría, adicionalmente, en afectaciones serias al derecho a la salud de los colombianos, especialmente aquellos pertenecientes a poblaciones vulnerables.

3.4. La Reforma a la Salud: Incremento de gastos sin fuentes de financiación

La reforma a la salud propuesta incrementa significativamente los gastos del sistema de salud colombiano sin establecer nuevas fuentes de financiamiento, lo que compromete su sostenibilidad a largo plazo. El sistema de salud colombiano tiene recursos limitados, y la falta de un límite claro para el gasto agrava esta situación.

La reforma a la salud introduce múltiples instancias de gasto adicional, como los Centros de Atención Primaria (CAPS), el Consejo Nacional de Salud (CNS), el fortalecimiento del talento humano en salud, entre otros. A pesar de estas obligaciones adicionales, no se propone ninguna fuente de financiación concreta para respaldarlas. Aunque se mencionan medidas como impuestos saludables, estas no superan los 1,5 billones de pesos anuales, una cifra insuficiente para cubrir las necesidades crecientes del sistema. Además, la reforma elimina estrategias actuales de control de gasto que han sido clave para mantener el gasto de bolsillo en salud más bajo de América Latina ⁶².

62. Pérez-Valbuena, Gerson Javier, y Alejandro Silva-Ureña. Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia. Documentos de Trabajo sobre Economía Regional, núm. 218. Cartagena: Banco de la República, Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER), abril de 2015.

https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_218.pdf



Este desmonte, combinado con el pago individualizado por servicios, en lugar de modelos integrados más económicos, incrementará aún más los costos operativos.

Un factor determinante en el crecimiento de los gastos, que no es analizado por la reforma, es el acceso ilimitado a tecnologías y procedimientos sin una evaluación previa de su costo-efectividad ⁶³. Aunque en otros países, como el Reino Unido, existen agencias de evaluación de tecnologías sanitarias que garantizan el uso eficiente de los recursos públicos, Colombia no cuenta con una regulación robusta que permita gestionar este crecimiento de forma sostenible. Actualmente, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) actúa como la autoridad que decide qué tecnologías son financiadas por el sistema, sin un análisis integral de su costo-efectividad o impacto en la salud.

Al respecto, aunque Colombia cuenta con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), su limitada capacidad y financiación actual no le permiten desempeñar el papel estratégico que podría tener en la sostenibilidad del sistema. El fortalecimiento de esta entidad, acompañado de la reglamentación del artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, permitiría evaluar de manera rigurosa qué tecnologías deberían ser financiadas con recursos públicos, asegurando un uso eficiente de los recursos ⁶⁴.

La importancia de esta labor se evidencia en el crecimiento sostenido de los costos en salud, impulsado por tecnologías importadas y tratamientos avanzados que generan una presión significativa sobre la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

63. Vecino, Andrés. "Cuatro puntos clave para una nueva reforma a la salud." La Silla Vacía. Marzo 13, 2024. <https://www.lasillavacia.com/red-de-expertos/red-social/el-sistema-necesita-otra-reforma-a-la-salud/>.

64. Vecino, Andrés. "¿Por qué la nueva reforma a la salud no es la reforma que necesitamos?" La Silla Vacía. Noviembre 5, 2024. <https://www.lasillavacia.com/red-de-expertos/red-social/por-que-la-nueva-reforma-a-la-salud-no-es-la-reforma-que-necesitamos/>



Actualmente, la falta de una evaluación integral permite que casi cualquier tecnología con registro sanitario sea financiada por el sistema, lo que agrava la insuficiencia financiera. La experiencia internacional, como en el Reino Unido con el National Institute for Health and Care Excellence (NICE), demuestra cómo estas entidades pueden racionalizar el gasto público al evaluar efectividad y valor de las tecnologías ⁶⁶.

El fortalecimiento del IETS permitiría a Colombia avanzar hacia un sistema más eficiente y sostenible, garantizando que los recursos públicos se utilicen para tecnologías que realmente generen desenlaces positivos en salud. Esto también reduciría la carga de costos que actualmente recae sobre la UPC, evitando la acumulación de déficits financieros y fortaleciendo la equidad en el acceso a servicios ⁶⁷.

Finalmente, la reforma no contempla un aumento proporcional del financiamiento que permita solventar estos gastos adicionales. La propuesta de adicionar un punto del PIB al sistema de salud sería una medida alineada con los estándares de la OCDE, donde el gasto promedio en salud equivale al 9% del PIB ⁶⁸. Sin este ajuste, el sistema no podrá sostener las nuevas obligaciones ni garantizar la calidad y equidad en la atención médica. En conclusión, la reforma carece de un esquema claro de financiación y control de gastos, lo que pone en riesgo la estabilidad financiera del sistema de salud colombiano.

66. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). "Developing NICE Guidelines: The Manual." Disponible en: <https://www.nice.org.uk/process/pmg36>.

67. Vecino, Andres. "La UPC del Sistema de Salud: ¿Qué Es, Cómo Funciona y Qué se Puede Mejorar?" La Silla Vacía, diciembre 16, 2024. <https://www.lasillavacia.com/red-de-expertos/red-social/la-upc-del-sistema-de-salud-que-es-como-funciona-y-que-se-puede-hacer-para-mejorarla/>. OECD. Panorama de la Salud 2017: Indicadores de la OCDE.

68. Health at a Glance 2017: OECD Indicators. París: OECD Publishing, 2017.

https://www.oecd.org/content/dam/oecd/es/publications/reports/2017/11/health-at-a-glance-2017_g1g800d8/9789264306035-es.pdf.



CONCLUSIÓN

El PL 312/2024 presenta serias amenazas a principios fundamentales del sistema democrático colombiano. Primero, al tramitarlo como ley ordinaria y no como ley estatutaria, se vulnera el procedimiento constitucional para regular derechos fundamentales como la salud, lo que pone en riesgo su legitimidad y expone el proyecto a inconstitucionalidad por vicios en el trámite legislativo.

Segundo, al transformar las EPS en Gestoras de Salud y Vida y limitar su función económica, se restringe la libertad de actividad económica y la iniciativa privada. Esto podría conducir a un monopolio estatal en la coordinación de la salud, afectando negativamente la competencia, capacidad de innovación y eficiencia en el sistema. Al impactar seriamente la eficiencia operativa y la calidad de los servicios ofrecidos, la reforma podría afectar gravemente la posibilidad de garantizar el derecho fundamental a la salud. Además, sin un análisis detallado de los impactos económicos y operativos de la reforma, la propuesta podría desestabilizar aún más un sistema que ya enfrenta múltiples desafíos financieros y administrativos.

Tercero, la reforma amenaza la estabilidad macroeconómica y las políticas a largo plazo al proyectar un incremento significativo en el gasto en salud sin ofrecer soluciones claras a los problemas financieros existentes ni mecanismos efectivos para contener el gasto futuro. La centralización de recursos en la ADRES y la dependencia de disponibilidades presupuestales generan incertidumbre y pueden comprometer la sostenibilidad fiscal del país.



No obstante, el proyecto fortalece las instituciones al adoptar un enfoque territorial que busca cerrar brechas de salud entre diferentes regiones, promoviendo una mayor gobernanza y capacidad administrativa en el sistema de salud. Sin embargo, es indispensable reevaluar la reforma para garantizar que respete los principios constitucionales, proteja las libertades individuales y asegure la viabilidad económica y democrática del sistema de salud a largo plazo.



II. PROYECTO DE LEY 054 DE 2024:

Estado: Pendiente discutir ponencia para primer debate en senado.

HISTORIA DEL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA 054 DE 2024

Cuándo fue radicado: 30 de julio de 2024 en Senado ⁶⁹.

Autores y partidos: Partido de oposición del gobierno.

Este PL amplía las obligaciones del Estado en materia de salud. Entre estas nuevas responsabilidades, se incluye garantizar a los ciudadanos la libertad de elegir entre diferentes entidades aseguradoras y ajustar el valor de la UPC para asegurar la adecuada prestación de los servicios de salud. Además, busca adoptar medidas específicas para promover la equidad en la salud, especialmente en zonas marginadas o de baja densidad poblacional, considerando las particularidades geográficas, sociodemográficas y culturales de cada territorio.

Otra disposición relevante es la organización de la prestación de servicios de salud en redes integrales e integradas, que pueden ser públicas, privadas o mixtas, y que deben adaptarse a las necesidades de la población en cada territorio. En cuanto a la disponibilidad de servicios en zonas marginadas, el proyecto subraya la obligación del Estado de garantizar el acceso a estos servicios, priorizando la rentabilidad social sobre la económica. Se establece que el modelo de aseguramiento en estas zonas debe basarse en principios de reconocimiento de las condiciones locales y puede incluir asociaciones público-privadas para gestionar el riesgo y prestar servicios de salud.

⁶⁹. El Proyecto de Ley se encuentra en: <https://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/proyectos-ley/cuatrenio-2022-2026/2024-2025/article/54-por-la-cual-se-modifica-la-ley-1751-de-2015-y-se-dictan-otras-disposiciones-en-materia-de-salud-y-seguridad-social-en-salud>



El proyecto también introduce cambios en la actualización del valor de la UPC, estableciendo la obligación al Ministerio de Salud y Protección Social de realizar esta actualización al menos una vez al año. Si no se aprueba un incremento para el 31 de diciembre, el valor de la UPC se ajustará automáticamente según la inflación. Además, se incorporan nuevos factores, como las condiciones de salud de la población y los perfiles epidemiológicos, para el cálculo de la UPC. Adicionalmente, este PL establece que el gobierno nacional determinará un piso mínimo salarial para el personal médico, financiado a partir de la UPC.

Por último, se propone que el giro directo se aplicará a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que no cumplan con las normas financieras o se encuentren bajo medidas especiales.

TEST DEL SEMÁFORO

La Fundación aplica el test del Semáforo a los artículos relevantes del PL y alerta los siguientes riesgos:



Rojo

1) Amenaza el principio de fortalecimiento de las instituciones.

El artículo 7 del PL propone que el Gobierno Nacional establezca el porcentaje máximo de la UPC que la ADRES debe girar directamente a prestadores y proveedores de salud, basándose en la situación financiera de las EPS. Esto incluye a aquellas EPS que no cumplan con las normas financieras, estén bajo vigilancia especial, intervención o en proceso de liquidación. Esta medida se toma con el propósito de garantizar la continuidad en la prestación de servicios de salud en contextos en los que las Empresas Promotoras de Salud (EPS) presentan dificultades financieras o administrativas con el fin de proteger el flujo de recursos y asegurar el acceso a los servicios médicos, especialmente en casos de incumplimiento con normas financieras o sujeción a procesos de vigilancia especial, intervención o liquidación.



Dado que la UPC es una herramienta financiera clave para la prestación de servicios de salud, este control directo por parte de la ADRES tiene como objetivo centralizar el uso de los recursos. Sin embargo, la implementación de esta medida plantea retos significativos, como la posible sobrecarga de funciones en la ADRES y la necesidad de fortalecer su capacidad operativa y de auditoría para manejar esta responsabilidad eficazmente.

1.1. Implicaciones del Giro Directo en el Sistema de Salud

Es importante señalar que, aunque el giro directo desde la ADRES busca mejorar la liquidez de las EPS y garantizar la prestación de servicios de salud al agilizar los pagos, no resuelve directamente la potencial insuficiencia de los recursos financieros. La solvencia de las empresas del sector salud sigue dependiendo de su capacidad para gestionar sus activos a largo plazo y enfrentar compromisos financieros significativos, como préstamos o inversiones en infraestructura. Esta medida implica riesgos importantes al fortalecimiento de las instituciones de salud por varias razones.

En primer lugar, el giro directo ha demostrado no ser una solución efectiva para mejorar el flujo de recursos en el sistema de salud ⁷⁰. En lugar de fortalecer a las EPS para que gestionen mejor los recursos y el riesgo financiero, el PL las debilitaría al despojarlas de esta función clave, lo que puede llevar a una mayor inestabilidad y a una disminución de la capacidad de las EPS para cumplir con sus obligaciones.

El debilitamiento de las EPS tiene implicaciones serias para el sistema de salud. Las EPS han expresado su vulnerabilidad ante el Ministerio de Salud y Protección Social, señalando que la UPC no es suficiente para cubrir los costos de los servicios de salud demandados por los usuarios ⁷¹.

70. Concepto jurídico de la asociación de empresas de medicina integral al informe de la subcomisión accidental al proyecto de ley número 10 de 2020 senado, 425 de 2020 cámara.

71. Jaimes Román, Jazmín. Efectos del giro directo del régimen subsidiado en los Hospitales Públicos de Bogotá. Universidad Nacional de Colombia Sede Bogotá Facultad de Ciencias Económicas Escuela de Economía. 2017



Esto ha llevado a que varias EPS se retiren de la administración del aseguramiento, lo que podría traducirse en una menor oferta de aseguramiento y, por ende, en una disminución de la competencia y calidad en la prestación de servicios de salud.

Incluso, la mayoría de las empresas del sector salud no pueden continuar prestando el servicio por no controlar su liquidez. La cartera elevada o deudas históricas sin resolver son un indicador indirecto de insuficiencia en las fuentes de financiamiento, como la UPC y los Presupuestos Máximos. Estos problemas son consecuencia de discrepancias en la facturación, retrasos en los pagos y una asignación inadecuada de recursos.

2) Amenaza el principio de separación de poderes y buen gobierno

El PL 054 otorga al Gobierno Nacional un amplio margen de maniobra en aspectos fundamentales del sistema de salud. Esto incluye: a) determinar el porcentaje máximo de la UPC que se girará directamente de la ADRES a los prestadores, b) definir el modelo de aseguramiento y prestación de servicios en zonas marginadas o de baja densidad, c) establecer el valor de la UPC, d) determinar el porcentaje de recursos del Sistema General de Participaciones que las entidades territoriales deben destinar a estos modelos, e) establecer un piso mínimo de salarios para el personal médico.

Esta delegación extensiva de funciones al ejecutivo podría interpretarse como un desequilibrio en la separación de poderes. Estas decisiones fundamentales sobre política pública deberían ser determinadas por el legislativo, con la participación de diversos sectores de la sociedad. El proyecto de ley, en lugar de proporcionar un marco detallado y específico para la reforma del sistema de salud, se limita a delegar estas responsabilidades al ejecutivo. Al depender tanto de las decisiones del Gobierno Nacional de turno, el sistema de salud podría volverse vulnerable a cambios drásticos con cada cambio de administración. Esto podría generar inestabilidad y falta de continuidad en las políticas de salud.



2.1. Concentración de poderes y consecuencias para el sistema de salud: falta de rendición de cuentas y transparencia, riesgos de centralización y politización

Estas amplias facultades concedidas al Ejecutivo, combinadas con un marco legal que carece de especificidad en sus disposiciones, otorgan al Gobierno de turno un control prácticamente absoluto sobre aspectos fundamentales del sistema de salud. Esto es, de la prestación de los servicios necesarios para garantizar el derecho fundamental de la salud. Tal enfoque podría entenderse como una transferencia permanente de funciones legislativas hacia el Ejecutivo, lo que plantea riesgos significativos para el sistema de pesos y contrapesos y, por ende, para el principio de separación de poderes consagrado en el artículo 113 de la Constitución.

Un sistema con tales características está expuesto a cambios abruptos en cada administración, afectando la estabilidad y continuidad de las políticas públicas en salud. Esto se traduce no solo en incertidumbre para los actores del sistema, incluidos pacientes y prestadores, sino también en un aumento del riesgo de politización en la asignación de recursos y prioridades del sector. Adicionalmente, los artículos que delegan estas funciones tampoco definen mecanismos claros de rendición de cuentas para garantizar que las decisiones tomadas por el Ejecutivo sean transparentes y basadas en criterios técnicos.

El riesgo de una concentración de poder de este tipo no es menor. La experiencia internacional y local demuestra que las decisiones centralizadas en el Ejecutivo, sin controles legislativos efectivos, tienden a ser más susceptibles a influencias políticas y a generar inequidades en la asignación de recursos .

72. Valencia-Tello, Diana Carolina, & Karam De Chueiri, Vera. (2014). Descentralización y re-centralización del poder en Colombia: la búsqueda de equilibrios entre la nación y las entidades territoriales. *Díkaion*, 23(1), 171-194. [Https://doi.org/10.5294/dika.2014.23.1.7](https://doi.org/10.5294/dika.2014.23.1.7)



Por ejemplo, en Brasil, aunque el Sistema Único de Saúde (SUS) busca garantizar la equidad, los programas centralizados han favorecido a municipios con mayor capacidad administrativa, dejando desatendidas áreas rurales y menos desarrolladas ⁷³. De manera similar, en India, los programas centralizados de salud han beneficiado a los estados de mayor desarrollo económico, mientras que las regiones más pobres quedan marginadas ⁷⁴.

En el contexto local, el Sistema Nacional de Salud (SNS) antes de 1993 mostró cómo la concentración de decisiones en el Ministerio de Salud y las Direcciones Departamentales resultó en una asignación inequitativa de recursos. Regiones ricas y políticamente influyentes recibieron mayores presupuestos, mientras que las zonas rurales más vulnerables fueron desatendidas, lo que exacerbó las desigualdades en el acceso a servicios básicos ⁷⁵.

Un ejemplo claro de este riesgo en el Proyecto de Ley 054 es la ambigüedad en el articulado respecto de los criterios para determinar el porcentaje de la UPC destinado a los prestadores. Esta falta de claridad podría abrir la puerta a decisiones discrecionales influenciadas por intereses políticos, que no necesariamente favorecerían la sostenibilidad del sistema ni la equidad en el acceso a los servicios de salud. Las lecciones del pasado y de otros contextos internacionales refuerzan la importancia de establecer controles claros y criterios objetivos para evitar que la concentración de poder genere más inequidades en el sistema.

3) Amenaza el principio de políticas a largo plazo

El PL propone que el Gobierno Nacional establezca un piso mínimo de salarios para el personal médico en salud, con un escalafón basado en el grado de especialización de los profesionales.

73. Atkinson, Sarah, y Mariangela Haran. "Back to Basics: Does Decentralization Improve Health System Performance? Evidence from Ceará in North-East Brazil." *Bulletin of the World Health Organization* 82, no. 11 (2004): 822-827.

74. Das Gupta, Monica, Varun Gauri, y Stuti Khemani. *Decentralized Delivery of Primary Health Services in India: Governance of the District Health System*. Washington, DC: World Bank, 2004.

75. Ministerio de Salud. *Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia*. Bogotá: 2018.



Aunque esta medida busca garantizar una remuneración justa y predecible, alineándose con la protección de los derechos laborales, también podría comprometer la sostenibilidad del sistema de salud a largo plazo.

3.1. Impactos de un piso salarial uniforme

El PL propone un piso salarial mínimo para el personal médico, acompañado de un escalafón que considera la especialización de los profesionales. Esta medida busca dignificar la labor médica y garantizar una remuneración justa. Sin embargo, la implementación de este esquema plantea riesgos significativos para la sostenibilidad del sistema de salud. En particular, la falta de flexibilidad en la propuesta podría agravar las desigualdades regionales y generar tensiones en la contratación y retención del talento médico en Colombia.

Una de las críticas principales a la propuesta es su falta de adaptabilidad a las disparidades económicas y operativas regionales. Colombia es un país con profundas desigualdades entre áreas urbanas y rurales, con grandes variaciones en las capacidades económicas y los costos de vida. La imposición de un salario mínimo uniforme ignora estas diferencias y podría impactar desproporcionadamente a las instituciones de salud en zonas rurales y menos favorecidas, muchas de las cuales ya operan con márgenes financieros ajustados. Según la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), las instituciones médicas en estas áreas enfrentan limitaciones de recursos que dificultan su capacidad para implementar aumentos salariales significativos sin comprometer la calidad o continuidad de los servicios ⁷⁶.

Un aspecto crítico de la propuesta es su potencial impacto en la distribución y retención del talento médico. Aunque el escalafón salarial considera los niveles de especialización, no aborda adecuadamente las necesidades específicas de las zonas rurales o de difícil acceso. Esto podría incentivar la concentración de médicos en áreas urbanas donde los recursos y las oportunidades son mayores, dejando aún más desatendidas a las regiones que más necesitan servicios de salud.

76. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC). Informe de la situación hospitalaria en Colombia. Bogotá: ACHC, 2021.



En contraste, en países como Canadá, no existe un salario uniforme para el personal médico; los ingresos varían según factores como la provincia o territorio, la especialidad médica y la modalidad de pago. Cada provincia gestiona sus propios sistemas de salud y contratos, lo que genera diferencias significativas en las compensaciones entre regiones. Además, muchas provincias utilizan el modelo de pago por servicio (fee-for-service). En regiones rurales o de difícil acceso, se complementan los ingresos con incentivos específicos, como subsidios para vivienda o reembolsos de deudas estudiantiles, diseñados para atraer y retener a los profesionales de la salud. Este sistema flexible y descentralizado es considerado más efectivo para abordar las desigualdades regionales y garantizar la sostenibilidad en la atención médica ⁷⁷.

En conclusión, aunque el establecimiento de un piso salarial mínimo representa un avance hacia la justicia laboral, su implementación sin considerar las disparidades regionales y la viabilidad financiera de las instituciones podría generar consecuencias adversas para el sistema de salud. Es fundamental diseñar una estrategia más flexible que contemple bandas salariales ajustadas a las condiciones regionales, incentivos específicos para zonas desatendidas y mecanismos claros de financiación para las instituciones.

3.2. Experiencias internacionales de privatización y tercerización

Diversos estudios han demostrado que la privatización y la tercerización de los servicios de salud, implementadas en varios países como respuesta a la crisis financiera de los hospitales, no solo han fallado en mejorar la eficiencia, sino que han generado consecuencias negativas en la estabilidad laboral, la calidad de los servicios y la capacidad de retener personal cualificado ⁷⁸.

77. Gillespie, Jennifer, Carol Cosgrave, y Carmel Malatzky. "Making the Case for Place-Based Governance in Rural Health Workforce Recruitment and Retention: Lessons from Canada and Australia." *Social Sciences & Humanities Open* 6, no. 1 (2022): 100356. <https://doi.org/10.1016/j.ssho.2022.100356>.

78. Goodair, Benjamin, y Aaron Reeves. "The Effect of Health-Care Privatisation on the Quality of Care." *The Lancet Public Health* 9, no. 3 (2024): e199-206. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00003-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00003-3).



Por ejemplo, estudios en Estados Unidos sobre hospitales que se convirtieron en instituciones privadas con fines de lucro han mostrado que estos mismos optaron por reducir personal, especialmente enfermeras cualificadas, para maximizar ganancias ⁷⁹. Adicionalmente, estos hospitales priorizaron a los pacientes con los seguros más rentables, como Medicare, dejando de lado a quienes dependían de Medicaid. Esta estrategia financiera pudo aliviar los costos inmediatos, pero también deterioró la capacidad de atención, contribuyendo a una mayor precariedad laboral y menor retención de personal cualificado. En este sentido, la búsqueda de eficiencia financiera puede traducirse en decisiones que no abordan las causas profundas de la crisis de liquidez y que afectan la capacidad y calidad de los servicios de salud.

Por otro lado, estudios sobre la privatización de hospitales públicos en Alemania han indicado una disminución significativa en los niveles de personal tras la privatización ⁸⁰. Aunque se lograron aparentes mejoras en "eficiencia" (entendida como costos por tratamiento), esta reducción afectó tanto las condiciones laborales como la calidad del servicio.

Otro ejemplo relevante es el caso de Inglaterra, en el que se ha encontrado una relación entre el outsourcing de servicios hospitalarios a empresas privadas con peores resultados de salud, tales como mayores tasas de mortalidad evitable ⁸¹. Estas reformas, implementadas con la intención de reducir costos, condujeron a la disminución del personal en áreas clave y a condiciones laborales menos favorables, afectando la sostenibilidad del sistema a largo plazo.

79. Ramamonjarivelo, Zelnak K., Robert Weech-Maldonado, Lourdes McRoy, Jules P. Epané, Ferhat D. Zengul, y Lloyd F. Hearld. "Do Medicare and Medicaid Payer-Mix Change After the Privatization of Public Hospitals?" *Medical Care Research and Review* 78, no. 4 (2021): 361-70. <https://doi.org/10.1177/1077558720923603>.

80. Heimeshoff, Max, Jonas Schreyögg, y Oliver Tiemann. "Employment Effects of Hospital Privatization in Germany." *European Journal of Health Economics* 15, no. 7 (2014): 747-57. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0514-8>.

81. Goodair, Benjamin, y Aaron Reeves. "Outsourcing Health-Care Services to the Private Sector and Treatable Mortality Rates in England, 2013-20: An Observational Study of NHS Privatisation." *The Lancet Public Health* 7, no. 8 (2022): e638-46. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00156-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00156-8)

En conjunto, estos estudios demuestran que la tercerización y las estrategias privatizadoras, lejos de resolver los problemas financieros de los hospitales públicos, agravan las condiciones laborales y reducen la capacidad de atraer personal cualificado, lo que perpetúa la crisis de liquidez. La alta proporción de pagos de seguridad social dentro de los pasivos de los hospitales evidencia una presión financiera estructural que no puede ser aliviada únicamente mediante recortes de costos, sino que requiere soluciones integrales que fortalezcan la capacidad financiera y operacional de las instituciones públicas.

3.3. Impacto del aumento salarial vinculado a la UPC: precarización y deterioro de las condiciones laborales

El PL plantea vincular el aumento salarial para el personal médico a la UPC, que es el recurso principal utilizado para financiar los servicios de salud. Este aumento tiene como objetivo garantizar una remuneración más justa para los profesionales de la salud, alineándose con los principios de seguridad jurídica y protección de derechos laborales. Sin embargo, el PL no establece cómo se financiaría este incremento salarial, ni considera las implicaciones financieras y operativas para el sistema de salud.

Actualmente, Los profesionales de la salud se enfrentan a jornadas extensas, una gran cantidad de pacientes por hora y la asignación de tareas administrativas que exceden sus funciones clínicas ⁸². Estas condiciones no solo afectan su calidad de vida, sino también la calidad de los servicios que reciben los pacientes. Además, persisten brechas salariales y diferencias significativas en las condiciones laborales dentro del sector. Por ejemplo, los auxiliares de enfermería son quienes soportan las jornadas más largas y las remuneraciones más bajas.

Vincular el aumento salarial a la UPC podría agravar los problemas financieros del sistema de salud. Este recurso ya financia una amplia gama de costos, incluyendo servicios médicos, administrativos y operativos.

82. López L, Ochoa J, Valencia J. Impacto de la reforma en salud en el mercado laboral médico. Cuadernos del CIDE 1998; (4): 75-110.



Si se desvían fondos de la UPC hacia salarios sin un incremento proporcional en su valor, se corre el riesgo de afectar áreas esenciales de la atención médica, como la infraestructura, los insumos y la contratación de personal adicional. Esto podría traducirse en una disminución en la calidad del servicio, impactando tanto a los profesionales como a los pacientes.

Aunque el PL busca dignificar las condiciones laborales del personal médico, la vinculación del aumento salarial a la UPC no resuelve los problemas de precarización existentes. Para garantizar que esta medida sea efectiva, es necesario un enfoque más integral que contemple fuentes de financiación alternativas y ajuste la UPC para reflejar las crecientes demandas del sistema. Además, se requiere una redistribución equitativa de los recursos que priorice tanto la calidad del servicio como el bienestar de los trabajadores de la salud, asegurando que el sistema sea sostenible y eficiente a largo plazo.

La Fundación rescata las siguientes ventajas:



Verde

1) Fortalece la democracia representativa y el sistema democrático

El PL 054 de 2024 fortalece el sistema democrático y la democracia representativa al ser tratado como una ley estatutaria, cumpliendo con las exigencias constitucionales que aseguran un proceso legislativo riguroso y transparente. Como se explicó anteriormente, la Constitución establece que el Congreso debe regular, mediante leyes estatutarias, los derechos fundamentales y los procedimientos y recursos para su protección.



El procedimiento legislativo es un pilar fundamental del sistema democrático, diseñado para regular, a través de disposiciones procesales, las funciones, instancias, debates y mayorías necesarias para la toma de decisiones. En nuestro sistema, basado en los principios de democracia participativa y representativa, el respeto a estos procedimientos garantiza su legitimidad y eficacia. En particular, el trámite de una ley estatutaria, que incluye una revisión previa por parte de la Corte Constitucional, no solo exige mayores estándares legales, sino que reduce el riesgo de cuestionamientos constitucionales.

La Fundación celebra que se hayan tenido en cuenta sus comentarios y que el PL 054 haya sido radicado respetando la reserva de ley estatutaria. Como lo ha destacado FEDe. Colombia, esto refleja el compromiso con el debido proceso legislativo, un pilar fundamental de nuestro sistema democrático.

CONCLUSIÓN

El Proyecto de Ley 054 presenta aspectos positivos y negativos en su intento de reformar el sistema de salud colombiano. Por un lado, fortalece la democracia representativa al tramitarse como ley estatutaria y garantiza ciertos principios de derechos humanos y libertades individuales. Sin embargo, también amenaza el fortalecimiento de las instituciones de salud, el principio de separación de poderes y la implementación de políticas a largo plazo.

El PL otorga excesivo poder al Gobierno Nacional en decisiones clave del sistema de salud, lo que podría generar inestabilidad y falta de continuidad en las políticas. Además, la propuesta de establecer un piso salarial para el personal médico, aunque busca mejorar sus condiciones laborales, podría comprometer la sostenibilidad financiera del sistema a largo plazo.

En resumen, mientras el proyecto avanza en algunos aspectos democráticos y de derechos, presenta riesgos significativos en cuanto a sostenibilidad del sistema de salud que deben ser cuidadosamente considerados.



III. PROYECTO DE LEY 059 de 2024

Estado: Pendiente discutir ponencia para primer debate en senado.

HISTORIA DEL PROYECTO DE LEY 059 DE 2024

Cuándo fue radicado: 31 de julio de 2024 en Senado ⁸³.

Autores y partidos: Cambio Radical.

El PL 059 aborda diversos aspectos relacionados con la gestión del sistema de salud. El texto propuesto busca garantizar el pago oportuno a las aseguradoras y prestadoras, la equidad en salud para poblaciones marginadas, y la atención primaria en salud con un enfoque familiar y comunitario. En primer lugar, propone la prohibición de la tercerización laboral para el personal de salud, con el objetivo de garantizar condiciones laborales más estables y justas. En segundo lugar, se contempla la creación de un sistema de información enfocado en la gestión eficiente del talento humano, permitiendo una mejor planificación y distribución de los recursos humanos en el sector.

Además, introduce el principio de territorialización, que obliga al Estado a considerar las interacciones entre las personas y su entorno geográfico en la prestación de servicios de salud.

⁸³. El Proyecto de Ley se encuentra en: <https://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/proyectos-ley/cuatrenio-2022-2026/2024-2025/article/59-por-medio-de-la-cual-se-modifica-la-ley-1751-de-2015-y-se-dictan-otras-disposiciones-orientadas-a-fortalecer-el-sistema-de-seguridad-social-en-salud>

Crea el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como un órgano asesor para la gobernanza del SGSSS, encargado de recomendar políticas públicas y evaluar las existentes. Este Consejo estará compuesto por 15 miembros representativos de diversos sectores, incluyendo la academia, asociaciones de pacientes y usuarios, y entidades gubernamentales. Así mismo, establece directrices sobre el cálculo y ajuste de la UPC, que incluyen un componente fijo basado en estudios actuariales y un componente variable de incentivos por la gestión y resultados en salud.



La intervención directa de la Corte en la protección del derecho a la salud generó un aumento significativo en el número de acciones de tutela presentadas por los ciudadanos.

Además, se propone que la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud realice giros directos del 90% de los recursos de la UPC para el pago de servicios de salud.

En cuanto a la administración de las Empresas Sociales del Estado (ESE), la reforma sugiere que los gerentes o directores sean seleccionados a través de concursos de méritos, lo que busca fortalecer la transparencia y profesionalización en la toma de decisiones. Por último, se plantea la creación de un Fondo de Garantías del Sector Salud, destinado a garantizar la continuidad de los servicios de salud en casos de dificultades financieras que puedan afectar a las EPS, contribuyendo así a la estabilidad del sistema en escenarios críticos.



TEST DEL SEMÁFORO

La Fundación aplica el test del Semáforo a los artículos relevantes del PL y alerta los siguientes riesgos:



Rojo

1. Amenaza el principio de gobierno constitucional y separación de poderes.

El PL crea el Fondo de Garantías del Sector Salud como una entidad del nivel descentralizado, de naturaleza única, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente, sometida al derecho público y vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con su objeto y naturaleza. El Fondo tiene por objeto garantizar la continuidad en la prestación de servicios de salud al usuario cuando esta pueda verse amenazada por la imposibilidad de pago de obligaciones por parte de las EPS o prestadores de servicios como resultado de problemas financieros.

El principal riesgo financiero asociado al Fondo de Garantías del Sector Salud radica en que podría incrementar las tensiones financieras del sistema al no abordar las causas estructurales del déficit, como los desajustes en el cálculo de la UPC y la ausencia de mecanismos eficaces para controlar los costos de servicios y tecnologías. Sin una adecuada integración de datos financieros y evaluaciones rigurosas, este fondo podría convertirse en un mecanismo reactivo que asuma pasivos sin garantizar la sostenibilidad a largo plazo del sistema.

1.1. Requisitos constitucionales para la creación de entidades administrativas:

La modificación de la estructura de la administración nacional, en este caso por creación de una entidad, tiene exigencias específicas consagradas en la Constitución.



El segundo inciso del artículo 154 de la Constitución establece que, entre otras, las descritas en el numeral 7º del artículo 150 de la Constitución “sólo podrán ser dictadas o reformadas por iniciativa del Gobierno”. Por estas razones, al analizar la adecuación constitucional del artículo 19 del proyecto en estudio debe verificarse que el mismo haya sido consecuencia de la iniciativa gubernamental, como lo ha confirmado la Corte Constitucional⁸⁴.

Sin embargo, en el caso de este PL, la iniciativa no fue del Gobierno, sino del partido legislativo Cambio Radical.

La creación del Fondo de Garantías del Sector Salud, que se encargaría de garantizar la continuidad de los servicios de salud en casos de dificultades financieras conforme a este PL, implica una reestructuración significativa en la administración pública. Esta reestructuración exige la participación activa del Ejecutivo, ya que involucra decisiones sobre la ubicación de organismos dentro de la estructura del Estado y la definición de sus funciones y relaciones con otras entidades. La falta de iniciativa gubernamental no solo constituye un vicio procedimental, sino que también vulnera el principio de separación de poderes, al despojar al Ejecutivo de su función constitucional de liderar y coordinar la estructura administrativa del Estado.

La ausencia de iniciativa legislativa por parte del Gobierno nacional constituye un vicio procedimental cuya consecuencia sería la declaratoria de inexequibilidad. Esto, a menos que se subsane dicho vicio durante el trámite legislativo mediante una de dos formas⁸⁵: i) obteniendo el aval o coadyuvancia del Gobierno para la tramitación de la iniciativa, o ii) mediante la aquiescencia del Gobierno, aceptando que se tramite una propuesta que, aunque reservada a su iniciativa, fue presentada por un partido diferente⁸⁶.

84. Corte Constitucional. Sentencia C-043 de 2023 Corte Constitucional de Colombia. M.P: Paola Andrea Meneses Mosquera. Sentencia del 1 de marzo de 2023.

85. Corte Constitucional. Sentencia C-862. M.P: Alexei Julio Estrada. Sentencia del 25 de octubre de 2012

86. Respecto del aval o la aquiescencia pueden consultarse las sentencias C-482 de 2002; C-078 de 2003; C-570 de 2004; y C-889 de 2006, entre otras.



2) Amenaza el principio de estabilidad macroeconómica y políticas de largo plazo

El Proyecto de Ley (PL) introduce cambios significativos como la creación del Fondo de Garantías del Sector Salud y la ampliación de la cobertura de la UPC. Si bien estas medidas buscan mejorar el sistema de salud, su implementación carece de un análisis fiscal riguroso que permita prever su impacto financiero. Esta omisión pone en riesgo la estabilidad macroeconómica del país y compromete la sostenibilidad de las políticas a largo plazo.

2.1. Fondo de garantías del sector salud: costos operativos y financieros

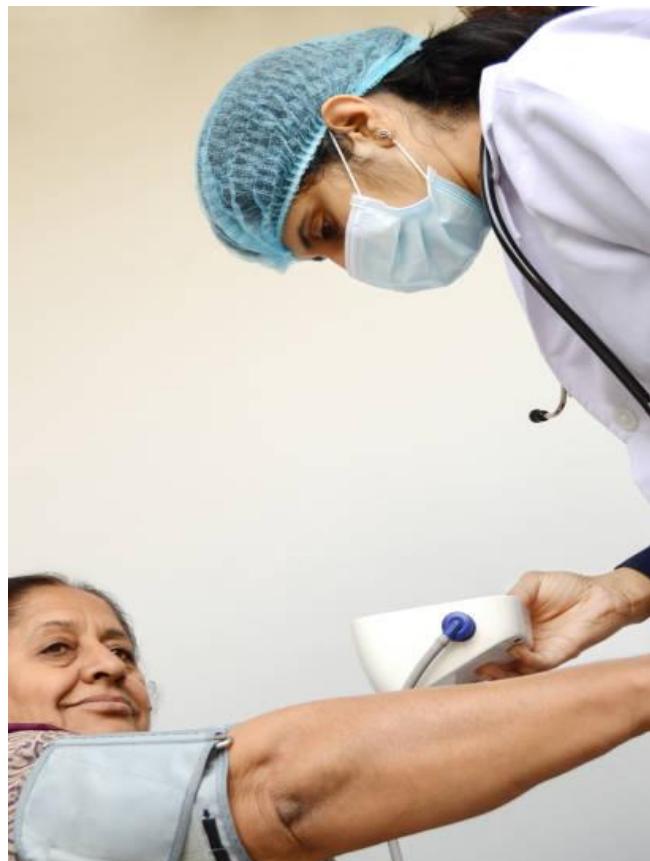
La creación del Fondo de Garantías del Sector Salud implica una estructura compleja y costosa, que requerirá recursos significativos para su operación. Sin un análisis fiscal adecuado, es imposible determinar cómo se financiarán estos gastos adicionales y cuál será su impacto en el presupuesto nacional. La ausencia de este análisis pone en riesgo la estabilidad financiera del Estado, ya que los costos asociados a la creación y operación de nuevas entidades podrían exceder la capacidad fiscal del país, llevando a un déficit presupuestario, especialmente dadas las difíciles condiciones financieras del sistema de salud, como se ha mencionado en las secciones anteriores.

2.2. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud: falta de claridad en su diseño

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, según el PL 059, enfrenta críticas debido a su falta de claridad funcional y estructural. Este organismo, compuesto por 15 miembros de diversas organizaciones, tendría amplias responsabilidades en la definición y evaluación de políticas públicas en salud, incluidas la fijación de la UPC y el monitoreo del sistema. Sin embargo, carece de criterios claros para su composición, mecanismos de rendición de cuentas y una visión estructurada de cómo cumplir sus funciones de manera efectiva.

Esto genera incertidumbre respecto a su capacidad para operar como un órgano independiente y técnico, en lugar de un espacio de presión política.

La composición del Consejo refuerza estas preocupaciones. Actualmente, se propone que sea liderado por el Ministro de Salud, lo que podría limitar su carácter intersectorial y abrir la puerta a presiones políticas, dado que otros cuatro ministros también formarían parte del organismo.



Comparado con el anterior Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y la desaparecida Comisión de Regulación en Salud (CRES), que fueron objeto de críticas similares, este nuevo Consejo corre el riesgo de tener las mismas falencias: influencia política desmedida, falta de independencia y dificultad para representar los intereses de los usuarios y trabajadores de la salud.

Otro desafío clave es su funcionalidad y financiamiento. Aunque el PL establece responsabilidades amplias, como la definición de la UPC, no incluye un análisis claro de los costos asociados al funcionamiento del Consejo ni de las fuentes de financiación para sostenerlo. Esto recuerda las dificultades enfrentadas por la CRES, que, a pesar de ser un organismo técnico, vio limitada su capacidad operativa debido a decisiones políticas y una financiación insuficiente. El actual diseño del Consejo podría convertirlo en un mecanismo costoso e ineficaz, incapaz de responder a las demandas del sistema de salud. Adicionalmente, el Consejo, en los términos propuestos por la reforma, repite el CNSSS previo a la Ley 1122 de 2007, donde las decisiones estuvieron influenciadas por intereses gubernamentales y privados.



En el caso de la CRES, su falta de autonomía frente al Ministerio de Salud y Protección Social generó inconsistencias en la definición de la UPC y problemas en la actualización del Plan Obligatorio de Salud (POS), dificultando la sostenibilidad del sistema.

La determinación de la UPC requiere de una capacidad técnica especializada para lograr financiar los servicios y tecnologías en salud de los regímenes contributivo y subsidiado. La determinación de este valor ha sido responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a estudios técnicos y análisis actuariales, teniendo en cuenta variables como el perfil epidemiológico de la población, los costos de prestación de servicios y las proyecciones financieras del sistema. El Ministerio de Salud y Protección Social cuenta con la infraestructura y el personal capacitado para realizar estos análisis de manera objetiva y fundamentada. Existen dudas sobre la capacidad del Consejo propuesto por la reforma para realizar este tipo de análisis.

Para que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud sea verdaderamente funcional y sostenible, se requiere un rediseño que garantice su independencia técnica, la pluralidad en su composición y una financiación adecuada. Esto implica que su liderazgo sea intersectorial y que se establezcan mecanismos transparentes de rendición de cuentas. Sin estas reformas, el Consejo no solo incrementará los costos administrativos, sino que también perpetuará problemas estructurales, comprometiendo la sostenibilidad y efectividad del sistema de salud en Colombia.

Adicionalmente, la Ley 819 de 2003 establece la obligación de realizar un análisis de impacto fiscal para cualquier proyecto de ley que implique gastos del erario público, con el fin de asegurar la racionalidad legislativa y evitar la desestabilización de las finanzas públicas. Este análisis es esencial para garantizar que las políticas propuestas sean compatibles con las proyecciones económicas y que puedan ser implementadas de manera efectiva sin poner en



riesgo otros aspectos del funcionamiento del Estado. La falta de este análisis fiscal limita la capacidad del Congreso para deliberar adecuadamente sobre las implicaciones económicas del PL.

La responsabilidad de estimar el impacto fiscal recae no solo en los miembros del Congreso, sino también en el Poder Ejecutivo, especialmente el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, que dispone de los elementos técnicos necesarios para evaluar correctamente el impacto financiero de las propuestas legislativas. Por ende, FEDe. Colombia sugiere que en el curso del debate legislativo se solicite concepto jurídico sobre el impacto fiscal de este PL.

La omisión de este análisis impide una evaluación completa y justificada del PL, lo que podría llevar a decisiones legislativas que comprometan la estabilidad macroeconómica del país y la sostenibilidad de las políticas a largo plazo. Se debe analizar el impacto fiscal de las medidas a través de una deliberación que, cuando menos, involucre los elementos básicos para comprender adecuadamente el contenido y las implicaciones de la norma.

2.3. UPC como fuente de financiación insuficiente: Aumento de costos por incorporación de nuevas tecnologías.

El artículo 8, parágrafo 2 del PL plantea una amenaza significativa para la viabilidad financiera del sistema de salud colombiano al establecer que la UPC debe financiar todos los servicios y tecnologías en salud incluidos en el Plan Básico de Salud, tanto del régimen contributivo como del subsidiado. Si bien esta disposición busca garantizar la equidad en la prestación de servicios de salud, no considera la realidad financiera del sistema y podría llevar a una crisis aún más profunda ⁸⁷.

La UPC es un recurso per cápita destinado a financiar los servicios de salud, calculado con base en criterios como los costos promedio esperados y las características demográficas de la población. Sin embargo, el PL no considera si los montos actuales de la UPC son suficientes para abarcar todos los servicios y tecnologías que propone incluir.

87. Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral. “La UPC aprobada para 2024 es insuficiente, profundiza la crisis del Sistema de Salud y lo hace inviable financieramente”, 2 de enero de 2024.



En la práctica, este mandato podría generar una brecha significativa entre el costo real de los servicios y los recursos disponibles, ya que no se han contemplado ajustes necesarios en el cálculo de la UPC que reflejen las crecientes demandas de cobertura y el incremento de costos asociados a nuevas tecnologías y tratamientos.

La incorporación de tecnologías avanzadas y servicios más complejos al Plan Básico de Salud tiende a incrementar los costos operativos. Sin una actualización paralela y adecuada de la UPC, las entidades responsables (EPS y prestadores) podrían enfrentar una insuficiencia crónica de recursos, llevando al riesgo de quiebra o deterioro de la calidad de los servicios.

Este problema se agrava en el régimen subsidiado, en el que la población atendida tiende a requerir más servicios por sus condiciones socioeconómicas y de salud ⁸⁸. La homogeneización de la cobertura entre ambos regímenes, sin un ajuste proporcional de los recursos, podría generar desigualdades y tensiones en la prestación.

Adicionalmente, el PL, así como los demás proyectos de ley radicados ante el Congreso, no incluye un análisis robusto de los costos asociados a esta ampliación de las obligaciones de la UPC, ni tampoco plantea fuentes de financiación alternativas que puedan respaldar la medida. La ausencia de este análisis podría llevar a una implementación desbalanceada y desfinanciada, exacerbando la crisis económica que ya enfrenta el sistema de salud.

Aunque el artículo 8, parágrafo 2, busca garantizar la equidad en la prestación de servicios, su implementación sin un ajuste integral de los recursos disponibles representa un riesgo para la estabilidad del sistema de salud. Es crucial que cualquier medida de este tipo esté respaldada por un análisis técnico exhaustivo que considere las capacidades financieras actuales, los costos proyectados y las alternativas de financiación sostenible.

88. Urdinola, P., Bejarano-Salcedo, V., Espinosa, O., & Silva, P. (2023). Estudio de caracterización socioeconómica y demográfica de los afiliados al régimen subsidiado de salud, Colombia 2019-2020. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/ede.v33n63.104918>



El cambio tecnológico en el sector salud, aunque beneficioso para mejorar la capacidad de diagnóstico y tratamiento, es también el principal factor detrás del incremento constante en los costos médicos ⁸⁹. Los avances tecnológicos introducen nuevos procedimientos y tratamientos que, aunque efectivos, son costosos y requieren una mayor inversión por parte del sistema de salud.

Uno de los cambios principales que propone este PL es la incorporación de nuevas tecnologías dentro del Plan Básico de Salud, lo que implica cubrir servicios avanzados como equipos de diagnóstico de alta precisión (resonancias magnéticas y tomografías computarizadas), tratamientos de alta complejidad (incluidos medicamentos biotecnológicos) y procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos que requieren tecnología especializada, como la robótica. Estos elementos son costosos y demandan mayores recursos del sistema de salud.

Adicionalmente, el proyecto resalta la necesidad de fortalecer herramientas digitales para la gestión integral del riesgo en salud (GIRS) y el monitoreo del sistema. Esto incluye el desarrollo de sistemas interoperables para la administración de información médica, la expansión de la telemedicina en zonas rurales y de difícil acceso, y la implementación de tecnologías basadas en inteligencia artificial (IA) para optimizar diagnósticos y tratamientos. Estas innovaciones tienen el potencial de transformar el sistema, pero también representan un desafío económico y técnico debido a los altos costos de implementación, mantenimiento y capacitación del personal.

Otro aspecto relevante del proyecto es la introducción de tratamientos avanzados e innovadores, como terapias génicas y celulares, que se consideran un hito en el tratamiento de enfermedades raras o genéticas. Asimismo, se menciona la medicina personalizada, que utiliza datos genómicos para diseñar tratamientos específicos para cada paciente. Aunque estos avances ofrecen beneficios significativos en términos de efectividad, también están asociados con costos elevados que el sistema de salud puede no estar preparado para

⁸⁹. Rodríguez-Páez, Fredy G., Marulanda Restrepo, John A., Pineda Céspedes, José H., Pineda Ospina, Henry S., González Borrero, Jorge Iván. La inviabilidad financiera de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud, Enero-Diciembre 2022.



asumir en su totalidad, especialmente si no se realizan ajustes proporcionales en la financiación de la UPC.

El impacto financiero de estos avances tecnológicos es innegable. La adquisición y mantenimiento de equipos, la implementación de plataformas digitales, y la adopción de nuevos tratamientos requerirán una inversión considerable. Además, las disparidades regionales en infraestructura y recursos humanos podrían dificultar la adopción uniforme de estas tecnologías, profundizando las inequidades en el acceso a los servicios de salud entre las áreas urbanas y rurales.

2.4. Impacto desigual en regiones rurales

Un aspecto crucial del impacto financiero de estas propuestas es la disparidad regional. Las zonas rurales, que a menudo tienen menos infraestructura y acceso limitado a personal capacitado, enfrentan mayores desafíos para beneficiarse de las nuevas tecnologías. Esto podría requerir inversiones adicionales para garantizar una distribución equitativa, aumentando aún más los costos generales del sistema. Sin estas medidas, existe el riesgo de profundizar las inequidades existentes en la atención médica entre las áreas urbanas y rurales.

El impacto financiero del cambio tecnológico propuesto por el PL 059 es significativo y multifacético, ya que la incorporación de avances en diagnóstico, tratamiento y sistemas de información requiere inversiones considerables, tanto iniciales como a largo plazo. Una de las medidas planteadas en el PL es que la UPC se base en estudios actuariales que reflejen las condiciones de salud, demografía y perfiles epidemiológicos de la población. Este enfoque tiene como objetivo garantizar una distribución equitativa de los recursos y reforzar la legitimidad de las decisiones financieras. Sin embargo, la implementación de tecnologías avanzadas, que suelen implicar costos elevados de adquisición y operación, ejerce una presión significativa sobre la UPC. Esto podría requerir ajustes continuos en su cálculo para cubrir estas innovaciones, lo que plantea desafíos importantes para la sostenibilidad del sistema.



2.5. Impacto fiscal por la prohibición de la tercerización laboral

El Proyecto de Ley 059 propone la prohibición de la tercerización en el sector salud y establece que el personal asistencial debe ser contratado bajo un contrato laboral conforme a lo dispuesto en el Código Sustantivo del Trabajo, garantizando condiciones laborales estables y dignas. Si bien esta medida busca proteger los derechos laborales de los trabajadores y responder a los pronunciamientos jurisprudenciales que cuestionan las prácticas de tercerización, su implementación enfrenta desafíos significativos.

En primer lugar, los procesos de tercerización no implican, en sí mismos, una vulneración de los derechos de los trabajadores. La garantía de estos derechos recae plenamente en la organización que presta los servicios. Además, en casos donde se sospeche que la tercerización encubre una práctica de intermediación laboral, los trabajadores pueden acudir a las autoridades judiciales para exigir responsabilidad solidaria de las organizaciones involucradas. Este mecanismo ha sido respaldado por la jurisprudencia, como se evidencia en la Sentencia C-901 de 2011, donde se prohíbe que el personal misional permanente sea vinculado a través de cooperativas de trabajo asociado o modalidades que afecten sus derechos laborales.

En segundo lugar, la contratación directa de todo el personal implicaría un incremento considerable en los costos laborales, lo que podría afectar la sostenibilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y del Estado en el caso de empresas públicas. El PL no ofrece un análisis claro del impacto fiscal asociado, por lo que el Estado carece de una estimación precisa de los costos adicionales que deberá asumir, incluyendo los



recursos necesarios para garantizar el pago de la seguridad social de los trabajadores y el presupuesto requerido para sostener estas obligaciones largo plazo.

La tercerización, especialmente en servicios no misionales como aseo, vigilancia, alimentación y lavandería, es una herramienta clave para garantizar la sostenibilidad financiera y operativa de las empresas públicas y privadas en el sector de salud. Para el 2012, el 100 % de las IPS tercerizaban servicios como vigilancia y seguridad, el 92 % aseo y sostenimiento, el 84 % alimentación y el 77 % lavandería ⁹⁰. Al prohibir totalmente la tercerización, como plantea el Proyecto de Ley 059, se debe asumir costos adicionales y una carga administrativa que podría comprometer su sostenibilidad. La tercerización, cuando se gestiona adecuadamente, permite que las instituciones se concentren en sus actividades misionales asistenciales, mientras que los servicios de apoyo son manejados por empresas especializadas que garantizan estándares de calidad y eficiencia.

Otro aspecto crucial es la flexibilidad que ofrecen las contrataciones temporales o por prestación de servicios, especialmente en un sector como el de la salud, donde las necesidades de personal varían según la demanda de servicios y las emergencias sanitarias. Un modelo completamente basado en contratos laborales directos podría limitar esta adaptabilidad y comprometer la capacidad de respuesta del sistema ante situaciones críticas.

2.6. Incremento de los costos derivados de la Reforma Laboral y la Reforma a la Salud

El Proyecto de Ley 059 y la Reforma Laboral coinciden en su intención de combatir las prácticas abusivas de tercerización y garantizar condiciones laborales dignas. Sin embargo, en el sector salud –en el que la tercerización tiene razones objetivas como la especialización, la eficiencia y la reducción de costos–, las implicaciones de estas medidas requieren un análisis más detallado.

⁹⁰. Bernal Rincón, Carolina, María Clara García Blair, Claudia Cecilia Gómez Arbeláez, Ruth Estella Marín Quiceno, y José Bareño. "Tercerización en salud: ¿tendencia o necesidad?" Artículo de investigación presentado para especialización en Gerencia de IPS. Universidad CES, Medellín, 2012.



Por ejemplo, la tercerización de servicios no misionales, como seguridad, aseo, alimentación y lavandería, no solo permite optimizar recursos, sino que también mejora la calidad y la oportunidad en la prestación de estos servicios. De hecho, el 84 % de las IPS terceriza servicios para especializarlos y garantizar estándares más altos de calidad ⁹¹. Por el contrario, obligar a las IPS a contratar directamente a todo el personal implicaría mayores costos prestacionales y administrativos, comprometiendo su sostenibilidad financiera.

Además, la Reforma Laboral, que también se discute en el congreso en su tercer debate, introduce importantes salvaguardas para evitar abusos en la tercerización. Establece que los contratistas y subcontratistas deben cumplir requisitos de organización y especialización, y que, en caso contrario, la empresa principal será solidariamente responsable de los derechos laborales de los trabajadores. Estas disposiciones ya ofrecen herramientas para proteger a los trabajadores y limitar las prácticas abusivas sin necesidad de una prohibición absoluta de la tercerización.

En el sector salud, es crucial encontrar un equilibrio entre garantizar los derechos laborales del personal misional permanente, como lo establece la Ley 1438 de 2011, y permitir la tercerización de servicios de apoyo que son esenciales para el funcionamiento eficiente de las IPS. Una reforma equilibrada debería entender que la tercerización no necesariamente implica precarización laboral. Más bien, cuando se regula y supervisa adecuadamente, permite una gestión más eficiente y competitiva.

⁹¹. Bernal Rincón, Carolina, María Clara García Blair, Claudia Cecilia Gómez Arbeláez, Ruth Estella Marín Quiceno, y José Bareño. "Tercerización en salud: ¿tendencia o necesidad?" Artículo de investigación presentado para especialización en Gerencia de IPS. Universidad CES, Medellín, 2012.

La Fundación rescata las siguientes ventajas:



Verde

1) Fortalece la democracia representativa y el sistema democrático.

La Fundación celebra que el PL 059 haya sido tratado como una ley estatutaria, reflejando el compromiso con el debido proceso legislativo y el respeto a la reserva de ley estatutaria, tal como lo establece el artículo 152 de la Constitución. Este procedimiento, más riguroso que el de las leyes ordinarias, asegura un debate más amplio y una mayor participación, fortaleciendo así el sistema democrático y la democracia representativa.

2) Consolida el principio de buen gobierno y separación de poderes

El PL también introduce un componente variable de incentivos, que se basa en la gestión y los resultados obtenidos por las entidades promotoras de salud en sus respectivos territorios. Este enfoque no solo promueve la eficiencia y la calidad en la prestación de servicios de salud, sino que también fomenta la responsabilidad y la rendición de cuentas por parte de las entidades involucradas.

El respeto por el principio de separación de poderes se ve reflejado en el hecho de que el PL establece un marco robusto sobre la fijación del valor anual de la UPC y deja al Ministerio de Salud y Protección Social la tarea de reglamentar estos detalles, respetando las competencias específicas de cada rama del poder público. El marco normativo proporciona una base sólida para la acción ejecutiva, sin interferir en las atribuciones del legislador, lo que garantiza que las decisiones se tomen de manera informada y coherente con las políticas públicas.



En resumen, la propuesta del PL fortalece el principio de buen gobierno al proporcionar un marco normativo claro y basado en datos técnicos, que permite a las autoridades actuar de manera transparente y eficiente.

Este enfoque no solo asegura una distribución equitativa y eficaz de los recursos, sino que también promueve la responsabilidad y la rendición de cuentas, esenciales para el funcionamiento de un sistema de salud que garantice el derecho a la salud.

3) Fortalece el principio de derechos humanos y libertades individuales

El PL introduce dos medidas fundamentales para mejorar la gestión y condiciones laborales en el sector salud: la selección de gerentes y directores de Empresas Sociales del Estado (ESE) mediante concursos de méritos. Estas disposiciones buscan fortalecer la profesionalidad en la administración pública y garantizar condiciones laborales dignas y justas para los trabajadores del sector salud, alineándose con principios constitucionales y reformas laborales en curso.

3.1. Principio de mérito en la selección de gerentes de las ESE:

El PL propone que el nombramiento de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado, sea previo concurso de méritos. Este enfoque asegura que los cargos más importantes en la administración pública sean ocupados por personas altamente competentes, seleccionadas a través de un proceso transparente y basado en la idoneidad y capacidad profesional.

El principio de mérito, consagrado en el artículo 125 de la Constitución Política de Colombia, establece que el acceso a los cargos públicos debe basarse en competencias y calificaciones objetivas. Esto se garantiza mediante concursos públicos, que evalúan conocimientos, experiencia y habilidades, promoviendo una administración profesional y eficiente, libre de influencias políticas o personales ⁹².

^{92.} Nely Sánchez Vargas. La gerencia pública y el sistema de mérito en el empleo público en Colombia. Universidad Externado de Colombia. 2019

La Corte Constitucional ha enfatizado que el mérito es el criterio rector para acceder a la función pública, asegurando que los servidores posean las calidades necesarias para desempeñar sus funciones, fortaleciendo así la confianza ciudadana en las instituciones estatales ⁹³.

Además, este proceso de selección basado en el mérito garantiza la igualdad de oportunidades para todos los ciudadanos que aspiren a ingresar al servicio público.



Al establecer el mérito como el criterio predominante, se asegura que el acceso a estos cargos sea equitativo, siguiendo principios de publicidad, imparcialidad y transparencia. Esto fortalece la confianza en las instituciones y asegura que el proceso sea justo y accesible para todos, independientemente de su origen o conexiones.

El principio de mérito no solo fortalece la profesionalidad dentro de la función pública, sino que también actúa como un mecanismo para proteger los derechos fundamentales de los ciudadanos ⁹⁴. Al asegurar que los funcionarios seleccionados mediante este proceso sean los más calificados, se promueve la eficacia y eficiencia en la prestación de servicios públicos, contribuyendo al buen funcionamiento del Estado.

93. Corte Constitucional. Sentencia C-172/21. M.P. Diana Fajardo Rivera y Jorge Enrique Ibáñez Najar. <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2021/C-172-21.htm>

94. Vergara Mesa, H.D. (2011). Principio del mérito y derechos fundamentales: elementos para el diseño institucional de un sistema de carrera administrativa en la perspectiva de los derechos fundamentales. *Estudios de Derecho*, Vol. LXVIII (152), 113-136.



CONCLUSIÓN

En conclusión, el Proyecto de Ley 059 de 2024 representa un intento ambicioso por transformar el sistema de salud colombiano mediante la introducción de principios y estructuras que buscan mayor equidad, eficiencia y sostenibilidad. Sin embargo, su diseño enfrenta desafíos significativos que amenazan su viabilidad jurídica, financiera y operativa.

Por un lado, el proyecto propone avances notables como la creación de un marco de incentivos basado en resultados, la profesionalización de los cargos de dirección en el sector salud mediante concursos de méritos, y la prohibición de la tercerización laboral, fortaleciendo así los derechos laborales y la calidad del servicio. Estas medidas son coherentes con principios de buen gobierno, democracia representativa y derechos humanos, ofreciendo una oportunidad para corregir problemáticas estructurales en el sistema.

No obstante, existen riesgos críticos. La creación del Fondo de Garantías del Sector Salud sin la iniciativa gubernamental vulnera la separación de poderes y puede conducir a su inexistencia. Adicionalmente, la falta de un análisis fiscal riguroso y de mecanismos de financiación sostenible para implementar cambios como la territorialización, la ampliación de beneficios de la UPC y la incorporación de tecnologías avanzadas pone en peligro la estabilidad macroeconómica y la sostenibilidad del sistema a largo plazo. Estos vacíos evidencian una desconexión entre los objetivos propuestos y la capacidad operativa y financiera del Estado para alcanzarlos.

Para garantizar el éxito del proyecto, es imperativo subsanar los vicios procedimentales relacionados con la iniciativa gubernamental y realizar un análisis técnico y fiscal exhaustivo que respalde las medidas propuestas. De no abordarse estos aspectos, el PL corre el riesgo de convertirse en un esfuerzo legislativo loable, pero impracticable, que podría agravar las inequidades y crisis del sistema de salud colombiano en lugar de solucionarlas.



Foto: Pixabay

ANÁLISIS FINAL

Semáforo de reformas al sistema de salud: Impacto y desafíos

El análisis del Semáforo de los tres proyectos de ley (PL 312 de 2024, PL 054 de 2024 y PL 059 de 2024) de reforma al sistema de salud evidencia falencias estructurales que generan riesgos significativos para la sostenibilidad de este sistema. Aunque cada iniciativa aborda la reforma desde un enfoque diferente, comparten problemas fundamentales que reflejan la ausencia de una visión integral y técnicamente fundamentada.

Los tres proyectos carecen de medidas efectivas para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema, lo que podría traducirse en una reducción del acceso a los servicios de salud, especialmente en poblaciones vulnerables. Todos los proyectos proponen cambios estructurales que incrementan los costos sin establecer fuentes claras de financiamiento. La ausencia de un análisis fiscal riguroso y de estrategias para contener el gasto puede derivar en una crisis financiera que afecte la prestación de servicios de salud, especialmente en las regiones más vulnerables.

Además del riesgo financiero, otro problema estructural es la fragmentación y la falta de coordinación en la gestión de los recursos. Si bien los tres proyectos buscan afrontar este problema, ninguno ofrece una solución integral.



El PL 312 apuesta por una centralización excesiva del financiamiento a través de la ADRES, eliminando la función aseguradora de las EPS. Por su parte, el PL 054 restringe la autonomía de las EPS sin resolver sus problemas de solvencia y flujo de recursos. Finalmente, el PL 059 propone la creación de un Fondo de Garantías del Sector Salud sin asegurar su viabilidad fiscal, lo que podría aumentar las tensiones financieras del sistema. En lugar de fortalecer la eficiencia y continuidad del sistema, estas estrategias generan incertidumbre y posibles interrupciones en la prestación de servicios.

Otra deficiencia común es la omisión del fortalecimiento del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS) y la ausencia de mecanismos para evaluar la costo-efectividad de las tecnologías médicas. La falta de un control riguroso en este aspecto agrava los riesgos financieros ya mencionados, pues el sistema podría verse obligado a cubrir tratamientos de alto costo sin criterios claros de costo-efectividad. En un contexto donde el gasto en salud ha aumentado por la incorporación de nuevas tecnologías y medicamentos innovadores, esta omisión representa una grave deficiencia en los proyectos analizados.

La concentración de poder en el Ejecutivo y la ausencia de mecanismos claros de rendición de cuentas también constituyen un desafío importante. Tanto el PL 312 como el PL 054 otorgan amplias facultades al Gobierno Nacional para definir aspectos clave del sistema de salud sin establecer límites ni criterios objetivos. Esta concentración de poder puede derivar en decisiones discretionales que comprometan la estabilidad del sistema y generen ineficiencias en la asignación de recursos.

En términos operativos, los proyectos tampoco ofrecen soluciones viables a los desafíos estructurales del sistema de salud. La transformación de las EPS en Gestoras de Salud y Vida, como plantea el PL 312, es impracticable en las condiciones actuales, ya que muchas EPS carecen de la capacidad financiera para cumplir con los requisitos de saneamiento fiscal. Asimismo, la prohibición de la tercerización laboral en el PL 059 incrementaría los costos del sistema sin un esquema claro de financiación, lo que podría comprometer la estabilidad de las instituciones prestadoras de salud.



En este sentido, los tres proyectos de ley analizados en este Semáforo presentan deficiencias estructurales que comprometen la sostenibilidad y eficiencia del sistema de salud en Colombia, perpetuando su crisis sin generar un cambio efectivo. La ausencia de una estrategia financiera viable, la fragmentación en la gestión de recursos, la omisión del fortalecimiento del IETS y la concentración de poder en el Ejecutivo ponen en riesgo la viabilidad de estas iniciativas. Para que una reforma del sistema de salud sea efectiva, es fundamental adoptar un enfoque integral que garantice la sostenibilidad fiscal, fortalezca las instituciones y establezca mecanismos sólidos de evaluación de tecnologías. Sin estos elementos, cualquier intento de reforma solo prolongará los problemas existentes.