

Bogotá D.C., 28 octubre de 2019

Honorables Representantes  
**JOSÉ LUIS CORREA LÓPEZ**  
Cámara de Representantes  
Congreso de la República de Colombia  
Ciudad

ASUNTO: Comentarios de ASOCAPITALES al Proyecto de Ley 62/18 Cámara “Por la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

Respetados Representantes,

Atendiendo al proyecto de Ley indicado en el asunto, la Asociación Colombiana de Ciudades Capitales, ASOCAPITALES, se permite conceptuar sobre la conveniencia del articulado bajo estudio.

## **1. COMENTARIOS GENERALES**

Durante el periodo 1992-2017 el crecimiento de la cobertura del sistema de salud ha sido acelerado, pasando de una cobertura del 25% en 1992 a otra del 95% en 2017, según datos del *Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO)*. El hecho de que actualmente el sistema de salud colombiano haya alcanzado cobertura universal debe entenderse como una importante materialización del derecho a la salud de la población, ya que la reforma de la Ley 100 de 1993 permitió a millones de ciudadanos acceder a servicios de salud que antes estaban restringidos a una minoría de privilegiados. Como lo estableció el fallo de la Corte Constitucional, T-760 de 2008, la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud requiere que el Estado garantice acceso al sistema de salud a toda la población, sin que medie ningún tipo de distinciones.

Sin embargo, son muchas las variables regulatorias, financieras y de política que explican que, pese la alta cobertura del sistema de salud, los colombianos no tengan acceso igualitario a la misma canasta de servicios de salud. Aunque muchas personas cuentan con cobertura formal, su acceso material al sistema de salud es muy limitado. Adicionalmente, un porcentaje que oscila entre el 3 y 5 % de la población no está asegurada o cubierta por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En este segmento demográfico,

también conocido como *población pobre no asegurada*, encontraríamos alrededor de 2,4 a 2,7 millones de personas, según datos de la más reciente Encuesta de Calidad de Vida del DANE.

Por otra parte, mientras en centros urbanos de ingresos medios los afiliados pueden acceder a servicios y tecnologías en salud de calidad, en otras partes del país muchos ciudadanos deben enfrentar grandes obstáculos para tener acceso aún a servicios básicos de salud. En áreas como mortalidad materno-infantil, el número per cápita de hospitales, clínicas, unidades de cuidados intensivos y de quimioterapia, quirófanos y ambulancias, tiene variaciones marcadas entre regiones, departamentos y ciudades.

En efecto, como lo muestra un estudio reciente, en los departamentos con mayores ingresos el número de mujeres que fallecen debido a complicaciones en el parto es de 40 por cada 100.000 nacimientos, mientras que en los departamentos más pobres el número se eleva a 205 muertes.<sup>1</sup> De manera similar, el número de niños menores a cinco años que fallecen en los departamentos más pobres del país es 2.8 veces mayor que en los departamentos ricos.

Finalmente, los malos manejos financieros, el desgüeño administrativo y la poca capacidad institucional han conducido al SGSSS a una profunda crisis. Por ejemplo, la Contraloría General de la República mostró que pese a que durante el periodo 2011-2013 el Gobierno Nacional transfirió más de 242 millones de dólares a 17 departamentos para inversiones en infraestructura hospitalarios, dichos departamentos sólo invirtieron 97 millones de dólares.<sup>2</sup> Adicionalmente, el sistema de salud colombiano no ha hecho un esfuerzo para generar un modelo de aseguramiento y atención en salud diferencial para las regiones y zonas dispersas del país. Por ejemplo, en departamentos como el Guainía, donde hay 0,56 habitantes por kilómetro cuadrado, el sistema de aseguramiento en salud sigue el mismo modelo de las zonas más densas del país, donde hay una proporción promedio de 43 habitantes por kilómetro cuadrado.

### 3. COMENTARIOS PARTICULARES

El proyecto de ley bajo estudio tiene como finalidad general reestructurar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y las funciones de administración de los recursos financieros de éste, con objeto de garantizar el acceso a los servicios de salud, el adecuado flujo de recursos y su correcta destinación.

---

1 Lamprea, Everaldo, and Johnattan García. "Closing The Gap Between Formal and Material Health Care Coverage in Colombia." *Health and Human Rights* 18.2 (December 2016).

2 Contraloría General de la República, Política Pública de Salud PND 2010-2014, (Bogotá: Contraloría General de la República, 2014). Disponible en [http://www.contraloria.gov.co/documents/10136/188941280/01\\_Salud.pdf/eb57e224-6fdc-4b8b-839e-f25efde60344?version=1.1](http://www.contraloria.gov.co/documents/10136/188941280/01_Salud.pdf/eb57e224-6fdc-4b8b-839e-f25efde60344?version=1.1).

Dentro de las reformas al SGSSS que se incluyen en el proyecto de ley encontramos las siguientes:

**a) No habrá intermediación financiera.** Los pagos por los servicios de salud prestados serán girados oportuna y directamente por parte de la ADRES a las Redes Integradas RIIS, a los hospitales públicos y a las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, privadas o mixtas, previo aval de las cuentas por parte de la respectiva GIS, el valor correspondiente al pago de los servicios de salud prestados. En este sentido, la ADRES se constituye como el administrador de recursos único del sistema de salud, con lo cual se elimina la intermediación que actualmente realizan las EPS (Art. 6).

**b) Flujo de recursos.** El proyecto de Ley redefine la forma en la que el Estado coordina la prestación del servicio de salud (Art. 2) y establece, en concordancia, un nuevo flujo de recursos. Más concretamente, a través de la ADRES, se girará a las Gestoras Integrales de Salud (GIS), el valor correspondiente al resultado de su gestión, de conformidad con los criterios descritos en el proyecto de Ley. Adicionalmente, la ADRES también gira a las IPS y a las redes RIIS (Arts. 6 y 12).

**c) Población pobre no asegurada.** La atención en salud y los costos respectivos de la población pobre no afiliada, corresponde a la entidad territorial respectiva con recursos de oferta, preferencialmente en los hospitales públicos y en las RIIS públicas, privadas o mixtas que se requieran para garantizar el derecho a la salud (Art. 6). Las entidades territoriales y las GIS harán la gestión para afiliar a toda la población. En ningún caso se podrá argumentar la falta de afiliación como excusa para negar la atención a una persona. Sin embargo, el proyecto de Ley no crea ningún tipo de concurrencia para que la nación apoye a las entidades territoriales para vincular a la población pobre no afiliada.

**d) Piso tarifario.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud, dispondrá de un piso tarifario el cual deberá tener un enfoque que garantice precios diferenciados según la región y que aplicará para todos los actores del Sistema, es decir para las RIIS, los prestadores de servicios públicos, privados o mixtos y los grupos de profesionales independientes.

**e) No habrá integración vertical.** Las GIS no podrán prestar servicios de salud directamente a sus usuarios, sino que lo harán a través de contratación con Instituciones Prestadoras de Salud -IPS, públicas, mixtas o privadas, o con profesionales independientes debidamente habilitados (Art.6).

**f) Modelo diferenciado.** Para las zonas dispersas o deshabitadas el proyecto de Ley contempla subsidios a la oferta y pagos por evento a través de un esquema en el cual la ADRES hace giros directos a IPS territoriales (Art. 6).

#### **4. CONCLUSIÓN**

El proyecto de Ley 62/18 C incluye disposiciones importantes para enfrentar algunos de los problemas más apremiantes que afectan al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Destacamos, por ejemplo, su énfasis en la población pobre no asegurada y en los subsidios a la oferta para garantizar que el sistema de salud pueda no solo afiliar, sino garantizar acceso a los ciudadanos que habitan zonas dispersas y despobladas.

No obstante, desde la perspectiva de las entidades territoriales, en general, y de las ciudades capitales, en particular, consideramos que el proyecto de Ley debería incorporar un arreglo institucional más robusto que permita garantizar la viabilidad legal y financiera de la ADRES como administrador único del sistema de salud. Así mismo, un proyecto de Ley que aspire a reformar estructuralmente el SGSSS debería considerar fortalecer el modelo de aseguramiento previsto actualmente, garantizando verdaderos incentivos económicos a las entidades articuladoras (ya sean éstas EPS o GIS) para prestar el servicio de salud y gestionar los riesgos financieros y sociales derivados de la misma, tales como los de la integración vertical (la cual la Corte Constitucional limitó, pero no eliminó, como sí lo hace este proyecto de Ley).

Cordialmente,

**LUZ MARÍA ZAPATA ZAPATA**  
Directora Ejecutiva

Bogotá D.C., 28 octubre de 2019

Honorables Representantes  
**JUAN CARLOS REINALES AGUDELO**  
Cámara de Representantes  
Congreso de la República de Colombia  
Ciudad

ASUNTO: Comentarios de ASOCAPITALES al Proyecto de Ley 62/18 Cámara “Por la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

Respetados Representantes,

Atendiendo al proyecto de Ley indicado en el asunto, la Asociación Colombiana de Ciudades Capitales, ASOCAPITALES, se permite conceptuar sobre la conveniencia del articulado bajo estudio.

## **2. COMENTARIOS GENERALES**

Durante el periodo 1992-2017 el crecimiento de la cobertura del sistema de salud ha sido acelerado, pasando de una cobertura del 25% en 1992 a otra del 95% en 2017, según datos del *Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO)*. El hecho de que actualmente el sistema de salud colombiano haya alcanzado cobertura universal debe entenderse como una importante materialización del derecho a la salud de la población, ya que la reforma de la Ley 100 de 1993 permitió a millones de ciudadanos acceder a servicios de salud que antes estaban restringidos a una minoría de privilegiados. Como lo estableció el fallo de la Corte Constitucional, T-760 de 2008, la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud requiere que el Estado garantice acceso al sistema de salud a toda la población, sin que medie ningún tipo de distinciones.

Sin embargo, son muchas las variables regulatorias, financieras y de política que explican que, pese la alta cobertura del sistema de salud, los colombianos no tengan acceso igualitario a la misma canasta de servicios de salud. Aunque muchas personas cuentan con cobertura formal, su acceso material al sistema de salud es muy limitado. Adicionalmente, un porcentaje que oscila entre el 3 y 5 % de la población no está asegurada o cubierta por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En este segmento demográfico,

también conocido como *población pobre no asegurada*, encontraríamos alrededor de 2,4 a 2,7 millones de personas, según datos de la más reciente Encuesta de Calidad de Vida del DANE.

Por otra parte, mientras en centros urbanos de ingresos medios los afiliados pueden acceder a servicios y tecnologías en salud de calidad, en otras partes del país muchos ciudadanos deben enfrentar grandes obstáculos para tener acceso aún a servicios básicos de salud. En áreas como mortalidad materno-infantil, el número per cápita de hospitales, clínicas, unidades de cuidados intensivos y de quimioterapia, quirófanos y ambulancias, tiene variaciones marcadas entre regiones, departamentos y ciudades.

En efecto, como lo muestra un estudio reciente, en los departamentos con mayores ingresos el número de mujeres que fallecen debido a complicaciones en el parto es de 40 por cada 100.000 nacimientos, mientras que en los departamentos más pobres el número se eleva a 205 muertes.<sup>3</sup> De manera similar, el número de niños menores a cinco años que fallecen en los departamentos más pobres del país es 2.8 veces mayor que en los departamentos ricos.

Finalmente, los malos manejos financieros, el desgreño administrativo y la poca capacidad institucional han conducido al SGSSS a una profunda crisis. Por ejemplo, la Contraloría General de la República mostró que pese a que durante el periodo 2011-2013 el Gobierno Nacional transfirió más de 242 millones de dólares a 17 departamentos para inversiones en infraestructura hospitalarios, dichos departamentos sólo invirtieron 97 millones de dólares.<sup>4</sup> Adicionalmente, el sistema de salud colombiano no ha hecho un esfuerzo para generar un modelo de aseguramiento y atención en salud diferencial para las regiones y zonas dispersas del país. Por ejemplo, en departamentos como el Guainía, donde hay 0,56 habitantes por kilómetro cuadrado, el sistema de aseguramiento en salud sigue el mismo modelo de las zonas más densas del país, donde hay una proporción promedio de 43 habitantes por kilómetro cuadrado.

## 5. COMENTARIOS PARTICULARES

El proyecto de ley bajo estudio tiene como finalidad general reestructurar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y las funciones de administración de los recursos financieros de éste, con objeto de garantizar el acceso a los servicios de salud, el adecuado flujo de recursos y su correcta destinación.

---

3 Lamprea, Everaldo, and Johnattan García. "Closing The Gap Between Formal and Material Health Care Coverage in Colombia." *Health and Human Rights* 18.2 (December 2016).

4 Contraloría General de la República, Política Pública de Salud PND 2010-2014, (Bogotá: Contraloría General de la República, 2014). Disponible en [http://www.contraloria.gov.co/documents/10136/188941280/01\\_Salud.pdf/eb57e224-6fdc-4b8b-839e-f25efde60344?version=1.1](http://www.contraloria.gov.co/documents/10136/188941280/01_Salud.pdf/eb57e224-6fdc-4b8b-839e-f25efde60344?version=1.1).

Dentro de las reformas al SGSSS que se incluyen en el proyecto de ley encontramos las siguientes:

**a) No habrá intermediación financiera.** Los pagos por los servicios de salud prestados serán girados oportuna y directamente por parte de la ADRES a las Redes Integradas RIIS, a los hospitales públicos y a las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, privadas o mixtas, previo aval de las cuentas por parte de la respectiva GIS, el valor correspondiente al pago de los servicios de salud prestados. En este sentido, la ADRES se constituye como el administrador de recursos único del sistema de salud, con lo cual se elimina la intermediación que actualmente realizan las EPS (Art. 6).

**b) Flujo de recursos.** El proyecto de Ley redefine la forma en la que el Estado coordina la prestación del servicio de salud (Art. 2) y establece, en concordancia, un nuevo flujo de recursos. Más concretamente, a través de la ADRES, se girará a las Gestoras Integrales de Salud (GIS), el valor correspondiente al resultado de su gestión, de conformidad con los criterios descritos en el proyecto de Ley. Adicionalmente, la ADRES también gira a las IPS y a las redes RIIS (Arts. 6 y 12).

**c) Población pobre no asegurada.** La atención en salud y los costos respectivos de la población pobre no afiliada, corresponde a la entidad territorial respectiva con recursos de oferta, preferencialmente en los hospitales públicos y en las RIIS públicas, privadas o mixtas que se requieran para garantizar el derecho a la salud (Art. 6). Las entidades territoriales y las GIS harán la gestión para afiliar a toda la población. En ningún caso se podrá argumentar la falta de afiliación como excusa para negar la atención a una persona. Sin embargo, el proyecto de Ley no crea ningún tipo de concurrencia para que la nación apoye a las entidades territoriales para vincular a la población pobre no afiliada.

**d) Piso tarifario.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud, dispondrá de un piso tarifario el cual deberá tener un enfoque que garantice precios diferenciados según la región y que aplicará para todos los actores del Sistema, es decir para las RIIS, los prestadores de servicios públicos, privados o mixtos y los grupos de profesionales independientes.

**e) No habrá integración vertical.** Las GIS no podrán prestar servicios de salud directamente a sus usuarios, sino que lo harán a través de contratación con Instituciones Prestadoras de Salud -IPS, públicas, mixtas o privadas, o con profesionales independientes debidamente habilitados (Art.6).

**f) Modelo diferenciado.** Para las zonas dispersas o deshabitadas el proyecto de Ley contempla subsidios a la oferta y pagos por evento a través de un esquema en el cual la ADRES hace giros directos a IPS territoriales (Art. 6).

## **6. CONCLUSIÓN**

El proyecto de Ley 62/18 C incluye disposiciones importantes para enfrentar algunos de los problemas más apremiantes que afectan al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Destacamos, por ejemplo, su énfasis en la población pobre no asegurada y en los subsidios a la oferta para garantizar que el sistema de salud pueda no solo afiliar, sino garantizar acceso a los ciudadanos que habitan zonas dispersas y despobladas.

No obstante, desde la perspectiva de las entidades territoriales, en general, y de las ciudades capitales, en particular, consideramos que el proyecto de Ley debería incorporar un arreglo institucional más robusto que permita garantizar la viabilidad legal y financiera de la ADRES como administrador único del sistema de salud. Así mismo, un proyecto de Ley que aspire a reformar estructuralmente el SGSSS debería considerar fortalecer el modelo de aseguramiento previsto actualmente, garantizando verdaderos incentivos económicos a las entidades articuladoras (ya sean éstas EPS o GIS) para prestar el servicio de salud y gestionar los riesgos financieros y sociales derivados de la misma, tales como los de la integración vertical (la cual la Corte Constitucional limitó, pero no eliminó, como sí lo hace este proyecto de Ley).

Cordialmente,

**LUZ MARÍA ZAPATA ZAPATA**  
Directora Ejecutiva



Bogotá D.C., 28 octubre de 2019

Honorables Representantes  
**JAIRO GIOVANY CRISTANCHO TARACHE**  
Cámara de Representantes  
Congreso de la República de Colombia  
Ciudad

ASUNTO: Comentarios de ASOCAPITALES al Proyecto de Ley 62/18 Cámara “Por la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

Respetados Representantes,

Atendiendo al proyecto de Ley indicado en el asunto, la Asociación Colombiana de Ciudades Capitales, ASOCAPITALES, se permite conceptuar sobre la conveniencia del articulado bajo estudio.

### **3. COMENTARIOS GENERALES**

Durante el periodo 1992-2017 el crecimiento de la cobertura del sistema de salud ha sido acelerado, pasando de una cobertura del 25% en 1992 a otra del 95% en 2017, según datos del *Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO)*. El hecho de que actualmente el sistema de salud colombiano haya alcanzado cobertura universal debe entenderse como una importante materialización del derecho a la salud de la población, ya que la reforma de la Ley 100 de 1993 permitió a millones de ciudadanos acceder a servicios de salud que antes estaban restringidos a una minoría de privilegiados. Como lo estableció el fallo de la Corte Constitucional, T-760 de 2008, la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud requiere que el Estado garantice acceso al sistema de salud a toda la población, sin que medie ningún tipo de distinciones.

Sin embargo, son muchas las variables regulatorias, financieras y de política que explican que, pese la alta cobertura del sistema de salud, los colombianos no tengan acceso igualitario a la misma canasta de servicios de salud. Aunque muchas personas cuentan con cobertura formal, su acceso material al sistema de salud es muy limitado. Adicionalmente, un porcentaje que oscila entre el 3 y 5 % de la población no está asegurada o cubierta por el

Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En este segmento demográfico, también conocido como *población pobre no asegurada*, encontraríamos alrededor de 2,4 a 2,7 millones de personas, según datos de la más reciente Encuesta de Calidad de Vida del DANE.

Por otra parte, mientras en centros urbanos de ingresos medios los afiliados pueden acceder a servicios y tecnologías en salud de calidad, en otras partes del país muchos ciudadanos deben enfrentar grandes obstáculos para tener acceso aún a servicios básicos de salud. En áreas como mortalidad materno-infantil, el número per cápita de hospitales, clínicas, unidades de cuidados intensivos y de quimioterapia, quirófanos y ambulancias, tiene variaciones marcadas entre regiones, departamentos y ciudades.

En efecto, como lo muestra un estudio reciente, en los departamentos con mayores ingresos el número de mujeres que fallecen debido a complicaciones en el parto es de 40 por cada 100.000 nacimientos, mientras que en los departamentos más pobres el número se eleva a 205 muertes.<sup>5</sup> De manera similar, el número de niños menores a cinco años que fallecen en los departamentos más pobres del país es 2.8 veces mayor que en los departamentos ricos.

Finalmente, los malos manejos financieros, el desgreño administrativo y la poca capacidad institucional han conducido al SGSSS a una profunda crisis. Por ejemplo, la Contraloría General de la República mostró que pese a que durante el periodo 2011-2013 el Gobierno Nacional transfirió más de 242 millones de dólares a 17 departamentos para inversiones en infraestructura hospitalarios, dichos departamentos sólo invirtieron 97 millones de dólares.<sup>6</sup> Adicionalmente, el sistema de salud colombiano no ha hecho un esfuerzo para generar un modelo de aseguramiento y atención en salud diferencial para las regiones y zonas dispersas del país. Por ejemplo, en departamentos como el Guainía, donde hay 0,56 habitantes por kilómetro cuadrado, el sistema de aseguramiento en salud sigue el mismo modelo de las zonas más densas del país, donde hay una proporción promedio de 43 habitantes por kilómetro cuadrado.

## 7. COMENTARIOS PARTICULARES

El proyecto de ley bajo estudio tiene como finalidad general reestructurar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y las funciones de administración de los recursos

---

5 Lamprea, Everaldo, and Johnattan García. "Closing The Gap Between Formal and Material Health Care Coverage in Colombia." *Health and Human Rights* 18.2 (December 2016).

6 Contraloría General de la República, Política Pública de Salud PND 2010-2014, (Bogotá: Contraloría General de la República, 2014). Disponible en [http://www.contraloria.gov.co/documents/10136/188941280/01\\_Salud.pdf/eb57e224-6fdc-4b8b-839e-f25efde60344?version=1.1](http://www.contraloria.gov.co/documents/10136/188941280/01_Salud.pdf/eb57e224-6fdc-4b8b-839e-f25efde60344?version=1.1).

financieros de éste, con objeto de garantizar el acceso a los servicios de salud, el adecuado flujo de recursos y su correcta destinación.

Dentro de las reformas al SGSSS que se incluyen en el proyecto de ley encontramos las siguientes:

**a) No habrá intermediación financiera.** Los pagos por los servicios de salud prestados serán girados oportuna y directamente por parte de la ADRES a las Redes Integradas RISS, a los hospitales públicos y a las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, privadas o mixtas, previo aval de las cuentas por parte de la respectiva GIS, el valor correspondiente al pago de los servicios de salud prestados. En este sentido, la ADRES se constituye como el administrador de recursos único del sistema de salud, con lo cual se elimina la intermediación que actualmente realizan las EPS (Art. 6).

**b) Flujo de recursos.** El proyecto de Ley redefine la forma en la que el Estado coordina la prestación del servicio de salud (Art. 2) y establece, en concordancia, un nuevo flujo de recursos. Más concretamente, a través de la ADRES, se girará a las Gestoras Integrales de Salud (GIS), el valor correspondiente al resultado de su gestión, de conformidad con los criterios descritos en el proyecto de Ley. Adicionalmente, la ADRES también gira a las IPS y a las redes RIIS (Arts. 6 y 12).

**c) Población pobre no asegurada.** La atención en salud y los costos respectivos de la población pobre no afiliada, corresponde a la entidad territorial respectiva con recursos de oferta, preferencialmente en los hospitales públicos y en las RIIS públicas, privadas o mixtas que se requieran para garantizar el derecho a la salud (Art. 6). Las entidades territoriales y las GIS harán la gestión para afiliar a toda la población. En ningún caso se podrá argumentar la falta de afiliación como excusa para negar la atención a una persona. Sin embargo, el proyecto de Ley no crea ningún tipo de concurrencia para que la nación apoye a las entidades territoriales para vincular a la población pobre no afiliada.

**d) Piso tarifario.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud, dispondrá de un piso tarifario el cual deberá tener un enfoque que garantice precios diferenciados según la región y que aplicará para todos los actores del Sistema, es decir para las RIIS, los prestadores de servicios públicos, privados o mixtos y los grupos de profesionales independientes.

**e) No habrá integración vertical.** Las GIS no podrán prestar servicios de salud directamente a sus usuarios, sino que lo harán a través de contratación con Instituciones Prestadoras de Salud -IPS, públicas, mixtas o privadas, o con profesionales independientes debidamente habilitados (Art.6).

**f) Modelo diferenciado.** Para las zonas dispersas o deshabitadas el proyecto de Ley contempla subsidios a la oferta y pagos por evento a través de un esquema en el cual la ADRES hace giros directos a IPS territoriales (Art. 6).

## **8. CONCLUSIÓN**

El proyecto de Ley 62/18 C incluye disposiciones importantes para enfrentar algunos de los problemas más apremiantes que afectan al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Destacamos, por ejemplo, su énfasis en la población pobre no asegurada y en los subsidios a la oferta para garantizar que el sistema de salud pueda no solo afiliar, sino garantizar acceso a los ciudadanos que habitan zonas dispersas y despobladas.

No obstante, desde la perspectiva de las entidades territoriales, en general, y de las ciudades capitales, en particular, consideramos que el proyecto de Ley debería incorporar un arreglo institucional más robusto que permita garantizar la viabilidad legal y financiera de la ADRES como administrador único del sistema de salud. Así mismo, un proyecto de Ley que aspire a reformar estructuralmente el SGSSS debería considerar fortalecer el modelo de aseguramiento previsto actualmente, garantizando verdaderos incentivos económicos a las entidades articuladoras (ya sean éstas EPS o GIS) para prestar el servicio de salud y gestionar los riesgos financieros y sociales derivados de la misma, tales como los de la integración vertical (la cual la Corte Constitucional limitó, pero no eliminó, como sí lo hace este proyecto de Ley).

Cordialmente,

**LUZ MARÍA ZAPATA ZAPATA**  
Directora Ejecutiva

Bogotá D.C., 28 octubre de 2019

Honorables Representantes  
**CARLOS EDUARDO ACOSTA LOZANO**  
Cámara de Representantes  
Congreso de la República de Colombia  
Ciudad

ASUNTO: Comentarios de ASOCAPITALES al Proyecto de Ley 62/18 Cámara “Por la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

Respetados Representantes,

Atendiendo al proyecto de Ley indicado en el asunto, la Asociación Colombiana de Ciudades Capitales, ASOCAPITALES, se permite conceptuar sobre la conveniencia del articulado bajo estudio.

#### **4. COMENTARIOS GENERALES**

Durante el periodo 1992-2017 el crecimiento de la cobertura del sistema de salud ha sido acelerado, pasando de una cobertura del 25% en 1992 a otra del 95% en 2017, según datos del *Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO)*. El hecho de que actualmente el sistema de salud colombiano haya alcanzado cobertura universal debe entenderse como una importante materialización del derecho a la salud de la población, ya que la reforma de la Ley 100 de 1993 permitió a millones de ciudadanos acceder a servicios de salud que antes estaban restringidos a una minoría de privilegiados. Como lo estableció el fallo de la Corte Constitucional, T-760 de 2008, la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud requiere que el Estado garantice acceso al sistema de salud a toda la población, sin que medie ningún tipo de distinciones.

Sin embargo, son muchas las variables regulatorias, financieras y de política que explican que, pese la alta cobertura del sistema de salud, los colombianos no tengan acceso igualitario a la misma canasta de servicios de salud. Aunque muchas personas cuentan con cobertura formal, su acceso material al sistema de salud es muy limitado. Adicionalmente, un porcentaje que oscila entre el 3 y 5 % de la población no está asegurada o cubierta por el

Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En este segmento demográfico, también conocido como *población pobre no asegurada*, encontraríamos alrededor de 2,4 a 2,7 millones de personas, según datos de la más reciente Encuesta de Calidad de Vida del DANE.

Por otra parte, mientras en centros urbanos de ingresos medios los afiliados pueden acceder a servicios y tecnologías en salud de calidad, en otras partes del país muchos ciudadanos deben enfrentar grandes obstáculos para tener acceso aún a servicios básicos de salud. En áreas como mortalidad materno-infantil, el número per cápita de hospitales, clínicas, unidades de cuidados intensivos y de quimioterapia, quirófanos y ambulancias, tiene variaciones marcadas entre regiones, departamentos y ciudades.

En efecto, como lo muestra un estudio reciente, en los departamentos con mayores ingresos el número de mujeres que fallecen debido a complicaciones en el parto es de 40 por cada 100.000 nacimientos, mientras que en los departamentos más pobres el número se eleva a 205 muertes.<sup>7</sup> De manera similar, el número de niños menores a cinco años que fallecen en los departamentos más pobres del país es 2.8 veces mayor que en los departamentos ricos.

Finalmente, los malos manejos financieros, el desgreño administrativo y la poca capacidad institucional han conducido al SGSSS a una profunda crisis. Por ejemplo, la Contraloría General de la República mostró que pese a que durante el periodo 2011-2013 el Gobierno Nacional transfirió más de 242 millones de dólares a 17 departamentos para inversiones en infraestructura hospitalarios, dichos departamentos sólo invirtieron 97 millones de dólares.<sup>8</sup> Adicionalmente, el sistema de salud colombiano no ha hecho un esfuerzo para generar un modelo de aseguramiento y atención en salud diferencial para las regiones y zonas dispersas del país. Por ejemplo, en departamentos como el Guainía, donde hay 0,56 habitantes por kilómetro cuadrado, el sistema de aseguramiento en salud sigue el mismo modelo de las zonas más densas del país, donde hay una proporción promedio de 43 habitantes por kilómetro cuadrado.

## 9. COMENTARIOS PARTICULARES

El proyecto de ley bajo estudio tiene como finalidad general reestructurar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y las funciones de administración de los recursos

---

7 Lamprea, Everaldo, and Johnattan García. "Closing The Gap Between Formal and Material Health Care Coverage in Colombia." *Health and Human Rights* 18.2 (December 2016).

8 Contraloría General de la República, Política Pública de Salud PND 2010-2014, (Bogotá: Contraloría General de la República, 2014). Disponible en [http://www.contraloria.gov.co/documents/10136/188941280/01\\_Salud.pdf/eb57e224-6fdc-4b8b-839e-f25efde60344?version=1.1](http://www.contraloria.gov.co/documents/10136/188941280/01_Salud.pdf/eb57e224-6fdc-4b8b-839e-f25efde60344?version=1.1).

financieros de éste, con objeto de garantizar el acceso a los servicios de salud, el adecuado flujo de recursos y su correcta destinación.

Dentro de las reformas al SGSSS que se incluyen en el proyecto de ley encontramos las siguientes:

**a) No habrá intermediación financiera.** Los pagos por los servicios de salud prestados serán girados oportuna y directamente por parte de la ADRES a las Redes Integradas RISS, a los hospitales públicos y a las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, privadas o mixtas, previo aval de las cuentas por parte de la respectiva GIS, el valor correspondiente al pago de los servicios de salud prestados. En este sentido, la ADRES se constituye como el administrador de recursos único del sistema de salud, con lo cual se elimina la intermediación que actualmente realizan las EPS (Art. 6).

**b) Flujo de recursos.** El proyecto de Ley redefine la forma en la que el Estado coordina la prestación del servicio de salud (Art. 2) y establece, en concordancia, un nuevo flujo de recursos. Más concretamente, a través de la ADRES, se girará a las Gestoras Integrales de Salud (GIS), el valor correspondiente al resultado de su gestión, de conformidad con los criterios descritos en el proyecto de Ley. Adicionalmente, la ADRES también gira a las IPS y a las redes RIIS (Arts. 6 y 12).

**c) Población pobre no asegurada.** La atención en salud y los costos respectivos de la población pobre no afiliada, corresponde a la entidad territorial respectiva con recursos de oferta, preferencialmente en los hospitales públicos y en las RIIS públicas, privadas o mixtas que se requieran para garantizar el derecho a la salud (Art. 6). Las entidades territoriales y las GIS harán la gestión para afiliar a toda la población. En ningún caso se podrá argumentar la falta de afiliación como excusa para negar la atención a una persona. Sin embargo, el proyecto de Ley no crea ningún tipo de concurrencia para que la nación apoye a las entidades territoriales para vincular a la población pobre no afiliada.

**d) Piso tarifario.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud, dispondrá de un piso tarifario el cual deberá tener un enfoque que garantice precios diferenciados según la región y que aplicará para todos los actores del Sistema, es decir para las RIIS, los prestadores de servicios públicos, privados o mixtos y los grupos de profesionales independientes.

**e) No habrá integración vertical.** Las GIS no podrán prestar servicios de salud directamente a sus usuarios, sino que lo harán a través de contratación con Instituciones Prestadoras de Salud -IPS, públicas, mixtas o privadas, o con profesionales independientes debidamente habilitados (Art.6).

**f) Modelo diferenciado.** Para las zonas dispersas o deshabitadas el proyecto de Ley contempla subsidios a la oferta y pagos por evento a través de un esquema en el cual la ADRES hace giros directos a IPS territoriales (Art. 6).

## **10. CONCLUSIÓN**

El proyecto de Ley 62/18 C incluye disposiciones importantes para enfrentar algunos de los problemas más apremiantes que afectan al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Destacamos, por ejemplo, su énfasis en la población pobre no asegurada y en los subsidios a la oferta para garantizar que el sistema de salud pueda no solo afiliar, sino garantizar acceso a los ciudadanos que habitan zonas dispersas y despobladas.

No obstante, desde la perspectiva de las entidades territoriales, en general, y de las ciudades capitales, en particular, consideramos que el proyecto de Ley debería incorporar un arreglo institucional más robusto que permita garantizar la viabilidad legal y financiera de la ADRES como administrador único del sistema de salud. Así mismo, un proyecto de Ley que aspire a reformar estructuralmente el SGSSS debería considerar fortalecer el modelo de aseguramiento previsto actualmente, garantizando verdaderos incentivos económicos a las entidades articuladoras (ya sean éstas EPS o GIS) para prestar el servicio de salud y gestionar los riesgos financieros y sociales derivados de la misma, tales como los de la integración vertical (la cual la Corte Constitucional limitó, pero no eliminó, como sí lo hace este proyecto de Ley).

Cordialmente,

**LUZ MARÍA ZAPATA ZAPATA**  
Directora Ejecutiva



Bogotá D.C., 28 octubre de 2019

Honorables Representantes  
**JHON ARLEY MURILLO BENITEZ**  
Cámara de Representantes  
Congreso de la República de Colombia  
Ciudad

ASUNTO: Comentarios de ASOCAPITALES al Proyecto de Ley 62/18 Cámara “Por la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

Respetados Representantes,

Atendiendo al proyecto de Ley indicado en el asunto, la Asociación Colombiana de Ciudades Capitales, ASOCAPITALES, se permite conceptuar sobre la conveniencia del articulado bajo estudio.

## **5. COMENTARIOS GENERALES**

Durante el periodo 1992-2017 el crecimiento de la cobertura del sistema de salud ha sido acelerado, pasando de una cobertura del 25% en 1992 a otra del 95% en 2017, según datos del *Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO)*. El hecho de que actualmente el sistema de salud colombiano haya alcanzado cobertura universal debe entenderse como una importante materialización del derecho a la salud de la población, ya que la reforma de la Ley 100 de 1993 permitió a millones de ciudadanos acceder a servicios de salud que antes estaban restringidos a una minoría de privilegiados. Como lo estableció el fallo de la Corte Constitucional, T-760 de 2008, la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud requiere que el Estado garantice acceso al sistema de salud a toda la población, sin que medie ningún tipo de distinciones.

Sin embargo, son muchas las variables regulatorias, financieras y de política que explican que, pese la alta cobertura del sistema de salud, los colombianos no tengan acceso igualitario a la misma canasta de servicios de salud. Aunque muchas personas cuentan con cobertura formal, su acceso material al sistema de salud es muy limitado. Adicionalmente, un porcentaje que oscila entre el 3 y 5 % de la población no está asegurada o cubierta por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En este segmento demográfico,

también conocido como *población pobre no asegurada*, encontraríamos alrededor de 2,4 a 2,7 millones de personas, según datos de la más reciente Encuesta de Calidad de Vida del DANE.

Por otra parte, mientras en centros urbanos de ingresos medios los afiliados pueden acceder a servicios y tecnologías en salud de calidad, en otras partes del país muchos ciudadanos deben enfrentar grandes obstáculos para tener acceso aún a servicios básicos de salud. En áreas como mortalidad materno-infantil, el número per cápita de hospitales, clínicas, unidades de cuidados intensivos y de quimioterapia, quirófanos y ambulancias, tiene variaciones marcadas entre regiones, departamentos y ciudades.

En efecto, como lo muestra un estudio reciente, en los departamentos con mayores ingresos el número de mujeres que fallecen debido a complicaciones en el parto es de 40 por cada 100.000 nacimientos, mientras que en los departamentos más pobres el número se eleva a 205 muertes.<sup>9</sup> De manera similar, el número de niños menores a cinco años que fallecen en los departamentos más pobres del país es 2.8 veces mayor que en los departamentos ricos.

Finalmente, los malos manejos financieros, el desgreño administrativo y la poca capacidad institucional han conducido al SGSSS a una profunda crisis. Por ejemplo, la Contraloría General de la República mostró que pese a que durante el periodo 2011-2013 el Gobierno Nacional transfirió más de 242 millones de dólares a 17 departamentos para inversiones en infraestructura hospitalarios, dichos departamentos sólo invirtieron 97 millones de dólares.<sup>10</sup> Adicionalmente, el sistema de salud colombiano no ha hecho un esfuerzo para generar un modelo de aseguramiento y atención en salud diferencial para las regiones y zonas dispersas del país. Por ejemplo, en departamentos como el Guainía, donde hay 0,56 habitantes por kilómetro cuadrado, el sistema de aseguramiento en salud sigue el mismo modelo de las zonas más densas del país, donde hay una proporción promedio de 43 habitantes por kilómetro cuadrado.

## 11. COMENTARIOS PARTICULARES

El proyecto de ley bajo estudio tiene como finalidad general reestructurar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y las funciones de administración de los recursos financieros de éste, con objeto de garantizar el acceso a los servicios de salud, el adecuado flujo de recursos y su correcta destinación.

---

9 Lamprea, Everaldo, and Johnattan García. "Closing The Gap Between Formal and Material Health Care Coverage in Colombia." *Health and Human Rights* 18.2 (December 2016).

10 Contraloría General de la República, Política Pública de Salud PND 2010-2014, (Bogotá: Contraloría General de la República, 2014). Disponible en [http://www.contraloria.gov.co/documents/10136/188941280/01\\_Salud.pdf/eb57e224-6fdc-4b8b-839e-f25efde60344?version=1.1](http://www.contraloria.gov.co/documents/10136/188941280/01_Salud.pdf/eb57e224-6fdc-4b8b-839e-f25efde60344?version=1.1).

Dentro de las reformas al SGSSS que se incluyen en el proyecto de ley encontramos las siguientes:

**a) No habrá intermediación financiera.** Los pagos por los servicios de salud prestados serán girados oportuna y directamente por parte de la ADRES a las Redes Integradas RIIS, a los hospitales públicos y a las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, privadas o mixtas, previo aval de las cuentas por parte de la respectiva GIS, el valor correspondiente al pago de los servicios de salud prestados. En este sentido, la ADRES se constituye como el administrador de recursos único del sistema de salud, con lo cual se elimina la intermediación que actualmente realizan las EPS (Art. 6).

**b) Flujo de recursos.** El proyecto de Ley redefine la forma en la que el Estado coordina la prestación del servicio de salud (Art. 2) y establece, en concordancia, un nuevo flujo de recursos. Más concretamente, a través de la ADRES, se girará a las Gestoras Integrales de Salud (GIS), el valor correspondiente al resultado de su gestión, de conformidad con los criterios descritos en el proyecto de Ley. Adicionalmente, la ADRES también gira a las IPS y a las redes RIIS (Arts. 6 y 12).

**c) Población pobre no asegurada.** La atención en salud y los costos respectivos de la población pobre no afiliada, corresponde a la entidad territorial respectiva con recursos de oferta, preferencialmente en los hospitales públicos y en las RIIS públicas, privadas o mixtas que se requieran para garantizar el derecho a la salud (Art. 6). Las entidades territoriales y las GIS harán la gestión para afiliar a toda la población. En ningún caso se podrá argumentar la falta de afiliación como excusa para negar la atención a una persona. Sin embargo, el proyecto de Ley no crea ningún tipo de concurrencia para que la nación apoye a las entidades territoriales para vincular a la población pobre no afiliada.

**d) Piso tarifario.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud, dispondrá de un piso tarifario el cual deberá tener un enfoque que garantice precios diferenciados según la región y que aplicará para todos los actores del Sistema, es decir para las RIIS, los prestadores de servicios públicos, privados o mixtos y los grupos de profesionales independientes.

**e) No habrá integración vertical.** Las GIS no podrán prestar servicios de salud directamente a sus usuarios, sino que lo harán a través de contratación con Instituciones Prestadoras de Salud -IPS, públicas, mixtas o privadas, o con profesionales independientes debidamente habilitados (Art.6).

**f) Modelo diferenciado.** Para las zonas dispersas o deshabitadas el proyecto de Ley contempla subsidios a la oferta y pagos por evento a través de un esquema en el cual la ADRES hace giros directos a IPS territoriales (Art. 6).

## **12. CONCLUSIÓN**

El proyecto de Ley 62/18 C incluye disposiciones importantes para enfrentar algunos de los problemas más apremiantes que afectan al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Destacamos, por ejemplo, su énfasis en la población pobre no asegurada y en los subsidios a la oferta para garantizar que el sistema de salud pueda no solo afiliar, sino garantizar acceso a los ciudadanos que habitan zonas dispersas y despobladas.

No obstante, desde la perspectiva de las entidades territoriales, en general, y de las ciudades capitales, en particular, consideramos que el proyecto de Ley debería incorporar un arreglo institucional más robusto que permita garantizar la viabilidad legal y financiera de la ADRES como administrador único del sistema de salud. Así mismo, un proyecto de Ley que aspire a reformar estructuralmente el SGSSS debería considerar fortalecer el modelo de aseguramiento previsto actualmente, garantizando verdaderos incentivos económicos a las entidades articuladoras (ya sean éstas EPS o GIS) para prestar el servicio de salud y gestionar los riesgos financieros y sociales derivados de la misma, tales como los de la integración vertical (la cual la Corte Constitucional limitó, pero no eliminó, como sí lo hace este proyecto de Ley).

Cordialmente,

**LUZ MARÍA ZAPATA ZAPATA**  
Directora Ejecutiva