

# PROPUESTA DE REFORMA AL SISTEMA DE SALUD



**SERGIO FAJARDO**  
Presidente de Colombia 2022 - 2026

LA ESPERANZA  
ES CON *Fajardo.*



Entendemos la salud como un **derecho humano fundamental**, resultado de sus determinantes sociales, condición necesaria para el bienestar y la producción de riqueza social, cuya atención debe ser garantizada por el Estado para todos los habitantes del territorio nacional. El país requiere un sistema en el que la institucionalidad se guíe por un enfoque fundamentado en la salud pública, con resultados que se derivan de políticas pertinentes y articuladas, que eliminan la fragmentación sectorial y llevan a los actores a realizar acciones colectivas en torno al cumplimiento de su objetivo fundamental: **mejorar la salud de la población**. Un modelo de salud territorial que reconozca la diversidad de Colombia en cada departamento, municipio, vereda y barrio. Además, que dignifique al talento humano, garantizando sus derechos laborales, salariales y su formación, con oportunidades educativas que reviertan en brindar una mejor calidad y el acceso efectivo a los diversas formas de atención que requiera la comunidad.

En virtud de lo anterior, construyendo sobre lo construido, consideramos necesario emprender una transformación del sistema en la que **prime la salud de las personas y no la atención de la enfermedad**, garantizando buenos resultados, mejorando la experiencia en la atención de los usuarios y las condiciones de un talento humano en salud dignificado, fortalecido y comprometido con las colombianas y colombianos.

# LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA

- **Barreras de acceso a servicios, tratamientos y medicamentos.**

La Defensoría del Pueblo presentó un informe en el año 2019 que evidenció la interposición de 207.368 acciones de tutela que buscaban la protección al derecho fundamental a la salud, lo que correspondió a un 33% del total de acciones presentadas durante ese año en Colombia. Eso significa que cada 34 segundos un ciudadano interpuso una acción de tutela relacionada con el sector salud. De esas 207.368 tutelas, el 85% correspondió a la demanda de la prestación de servicios que están incluidos en el Plan de Beneficios.

- **Modelo de salud centrado en la enfermedad.** Es evidente la baja capacidad resolutoria y de intervención del primer nivel de atención. Esto conlleva a que los segundos niveles estén sobre ofertados, con bajo acceso y oportunidad. Igualmente promueve una distribución desigual de la red de prestadores, con una mayor concentración de infraestructura, recursos humanos y tecnológicos en las zonas urbanas y grandes ciudades en tanto que las rurales y distantes se caracterizan por su insuficiencia y precariedad. Es evidente el desarrollo asimétrico entre la red privada respecto a la pública, una mayor concentración en servicios intrahospitalarios, deficientes procesos de inspección, vigilancia y control en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud y las entidades territoriales, así como la falta de sistemas de información e infraestructura tecnológica que faciliten en temas técnicos fundamentales tales como la caracterización poblacional, el control de la intervención y la afectación de los determinantes en salud, la gestión de los riesgos colectivos e individuales, el mejoramiento de la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.

- **EPS sin sostenibilidad financiera.** De las 32 EPS que existen en Colombia, 18 incumplen con los indicadores financieros de la Superintendencia Nacional de Salud (cifras de junio de 2021), con un déficit que alcanza los 4,4 billones de pesos. Por otra parte, las 15 EPS restantes registran un superávit de 2,4 billones de pesos. La reciente liquidación de Coomeva EPS es sólo el último capítulo de un sector pobremente controlado, que carga con las deudas que la larga lista de EPS liquidadas tienen con la red pública y privada. Deudas que a la fecha, cercana a los 10 billones de pesos, aún no se resuelve la posibilidad de pago real a las entidades afectadas. De continuar por este camino, seguiremos viendo clínicas y hospitales sin recursos para garantizar servicios, con pacientes a la espera de tratamientos oportunos y adecuados.

Adicionalmente la política pública que regula los requisitos técnicos de calidad, procesos y funcionamiento de las EPS se estableció recientemente, hasta el año 2018 (planteada inicialmente en el año 2007 con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud; transcurriendo 14 años para su materialización) y la reglamentación técnica se llevó a cabo hasta el año 2021, aumentando el plazo de cumplimiento de los requisitos de habilitación financiera, siendo este el factor de mayor impacto frente a la garantía de la atención al usuario, la gestión de los aseguradores y la seguridad del pago a la red de prestadores.

- **Pacientes crónicos y calidad de vida.** A partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), entre 2009 y 2019 en el país las atenciones que se encuentran en primer lugar responden al motivo de consulta de enfermedades no transmisibles y aportan el 65,6% de las atenciones realizadas, le siguen las condiciones transmisibles y nutricionales que demandaron el 13,1% de las atenciones.

- **Un sistema de salud orientado a curar y no a prevenir,** no puede dar abasto ante la demanda de servicios por enfermedades en su fase crónica. En Colombia, las enfermedades hipertensivas pasaron a ser la décima causa de muerte en Colombia en la década del 2000, a ser la sexta causa de muerte en la década del 2010, y el número de fallecidos aumentó de 4.679 casos a 8.309 (un 77,5%). Es importante insistir en que muchos de estos casos pudieron prevenirse a través de estrategias de salud colectiva, para la disminución del consumo de tabaco y alcohol, la alimentación saludable, la actividad física, entre otros.

- **Deficiente infraestructura, obsoleta tecnología y ciencia.** La pandemia evidenció con crudeza las brechas entre la infraestructura en salud (por ejemplo, las Unidades de Cuidado Intensivo) de las zonas rurales y las zonas urbanas, así como de la infraestructura entre el centro del país y las regiones. Según el Ministerio de Salud y Protección Social - SISPRO, Colombia tiene 11.126 Unidades de Cuidado Intensivo actualmente, de las cuales 4.965 (correspondientes al 45%) se encuentran en Bogotá, Cali, Bucaramanga, Barranquilla y Medellín. Otras zonas del país no cuentan con este tipo de infraestructura o con capacidad tecnológica para realizar pruebas, disponer de vacunas, medicamentos o desarrollar biotecnología. Este es el resultado de la ausencia de una política de Ciencia, Tecnología e Innovación que destine recursos para la investigación e innovación en salud.

- **Poca participación y gobernanza.** La baja participación ciudadana en la construcción del Nuevo Plan Decenal de Salud Pública 2022-2032 da cuenta de la ausencia de procesos democráticos en el sector salud. El Plan Decenal definirá el rumbo de la salud en el país por los próximos años, y se está construyendo sin aprender de la crisis social y de salud que provocó la pandemia. Al desconocer las expectativas ciudadanas sobre su bienestar y la diversidad poblacional, se están proyectando acciones de salud pública desconectadas de las necesidades y expectativas de las y los ciudadanos en los distintos territorios, lo que puede derivar en poca adherencia a los programas de salud por parte de la población, y la vulneración a sus derechos.

- **Talento humano.** En comparación con otros países de la OCDE, Colombia está muy por debajo en el número de médicos (2,4) y enfermeras (1,5) por cada mil habitantes. La informalidad y precarización laboral del personal de salud son parte de los problemas estructurales del sistema. Evidencia de ello es que el 82% de los trabajadores de la Red Pública de Bogotá tienen una vinculación laboral mediante la figura de la Orden de Prestación de Servicios y tan solo el 18% del personal de salud tiene un cargo de planta con todas las prestaciones de ley. Existen innumerables falencias y problemáticas entre las que se resaltan las acciones referentes a la formación del personal requerido y suficiente, formalización laboral, regulación salarial, definición de competencias y desarticulación existente entre las políticas de educación (Leyes 30 de 1992 y 115 de 1994) y las de salud (Ley 1751 de 2015 y Ley 100 de 1993) en los aspectos de la educación y competencias, conforme a las necesidades del sector y del sistema.
- **Salud mental.** En los últimos años el sistema de salud ha registrado un aumento del 67% en las consultas por trastornos mentales y de comportamiento. Aun cuando el mayor número de consultas con especialistas las realiza la población masculina, la población femenina ha señalado un incremento en la violencia doméstica y la carga de cuidado durante la pandemia, lo que podría indicar que no están siendo atendidas sus necesidades. Los grandes retos de la salud mental están en abordar la depresión y ansiedad, como la siguiente pandemia que enfrentará la sociedad en su conjunto.
- **Salud sexual y reproductiva:** de acuerdo con la Defensoría del Pueblo, entre enero y octubre de 2021 se presentó un incremento del 19,4% en el número de nacimientos por embarazos en niñas entre los 10 y 14 años de edad, comparado con en el mismo periodo de 2020. Esta situación se suma a incrementos en el riesgo de mortalidad y morbilidad materna, complicaciones derivadas de la práctica de abortos en condiciones peligrosas y mayor riesgo de sufrir violencia intrafamiliar. El sistema de salud debe volcarse a atender la situación de las mujeres, especialmente niñas y adolescentes.

Lo expuesto en los puntos anteriores (la negación o demora de servicios de salud por partes de aseguradores y prestadores, la liquidación sistemática de EPS, la ausencia de coordinación y articulación territorial de los actores para planificar la atención individual y colectiva de la ciudadanía) da cuenta de la fragmentación y la ausencia de una debida gobernanza y rectoría del sistema.

El actual modelo de salud se centra en la atención de la enfermedad, privilegia el aspecto financiero, se encuentra fragmentado y cada actor realiza sus funciones sin coordinación con los demás. Un Gobierno Nacional que no convoca, lidera ni coordina a los actores públicos y privados para garantizar los derechos, no está cuidando a su ciudadanía.



## NUESTRA PROPUESTA DE SALUD EN DIEZ PUNTOS

### **1** Trabajaremos por una reforma al sistema que privilegie la salud pública y la atención primaria en salud.

Nuestra prioridad será fortalecer los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de la mano de los centros de primer nivel de atención, capaces de resolver hasta el 80% de las necesidades. Lo anterior implica articular las políticas estatales para fortalecer el cumplimiento de los determinantes sociales (agua potable, vivienda, educación y autocuidado, entre otros factores), en especial en los territorios más vulnerables.

**2**

## **A través de un modelo territorial en salud, vamos a garantizar una mejor calidad en la prestación de los servicios y el acceso efectivo para todos los habitantes.**

La principal deuda del sistema es mejorar la equidad en salud, lo cual se resume en llevar verdadera calidad de los servicios a los sectores más desprotegidos de la sociedad, especialmente a los habitantes que residen en los territorios más distantes del país. El actual modelo de salud divide la atención de la población según la capacidad adquisitiva entre los regímenes subsidiado y contributivo, iniciando en este punto las diferencias en la calidad del goce efectivo del servicio. El proceso de reforma que vamos a liderar logrará la unificación total y definitiva de ambos regímenes.

Consecuentemente y de manera gradual buscaremos conformar a lo largo de todo el territorio nacional lo que denominamos un modelo territorial en salud. En cada municipio y departamento de Colombia se trabajará por la adecuada prestación de los servicios y la articulación real entre los actores del sistema: EPS, IPS y secretarías municipales y departamentales. Para lograr este objetivo, nos enfocaremos en el cumplimiento de estándares de calidad, funcionamiento técnico, administrativo y financiero de las EPS, según las condiciones que establecerá el Ministerio de Salud a nivel nacional. Estas incluirán el fortalecimiento de los planes territoriales de salud y la aceleración de los procesos de consolidación de EPS, con la pronta liquidación de las que no sean viables. Así mismo las EPS se territorializarán, buscando su especialización según la gestión del riesgo en salud de su población asignada y garantizando la existencia de redes integradas e integrales de servicios de salud con participación público-privada suficiente, para llevar servicios con calidad a todas las regiones del país. El gobierno regulará los mecanismos de contratación entre EPS e IPS, los cuales deberán alinearse con las definiciones establecidas por los planes territoriales de salud, mediante modelos de riesgo compartido donde el incentivo sea el mantenimiento de la salud y no la promoción de la enfermedad.

La gestión del aseguramiento vendrá acompañada de una rectoría fortalecida en los niveles nacional y territorial. En aras de aumentar la eficacia del sistema, promoveremos una gestión que aproveche los esquemas de asociatividad entre entidades territoriales, para dar cuenta de similitudes étnicas y sociales y facilitar una gobernanza integrada del aseguramiento en salud y la prestación de servicios. Avanzaremos en la habilitación de las direcciones territoriales en salud, en particular de las secretarías de salud departamentales, para

contar con ellas como garantes del sistema y ordenadores del aseguramiento y la prestación de servicios en sus jurisdicciones. La habilitación territorial de un número menor de aseguradores, adecuadamente coordinados y supervisados por las secretarías de salud, el ministerio y la Superintendencia, permitirá tener un mayor control y vigilancia a la garantía del derecho fundamental de la salud.

Con el fortalecimiento de las competencias de los diversos agentes, el modelo territorial en salud se guiará por los planes territoriales en salud definidos de conformidad con la reglamentación nacional, para obtener modelos de atención y prestación entre EPS e IPS donde será tangible la articulación de los planes de intervención colectivos e individuales en el marco de acciones intersectoriales y transectoriales con las políticas públicas estatales.

Este esquema, además, incentivará la transferencia de conocimiento y experiencias exitosas obtenidas dentro del actual sistema de salud por parte de EPS, IPS y secretarías municipales y departamentales en salud, para que los territorios con los indicadores menos favorables puedan beneficiarse y garantizar una mejor prestación de los servicios de salud a sus poblaciones.

Continuaremos en la reestructuración y liquidación de EPS que no cumplan los indicadores de sostenibilidad y calidad. Para evitar el desequilibrio financiero de las entidades afectadas por su liquidación, constituiremos el Fondo de garantías económicas del aseguramiento, con aportes de las EPS, con el fin de prevenir el no pago de las obligaciones y se materialice un porcentaje del total de las acreencias reconocidas. Avanzaremos en mecanismos transparentes y meritocráticos para la elección de agentes interventores y liquidadores que garanticen la ética, pertinencia y ejecución efectiva de estos procesos.

Garantizaremos la unificación definitiva de la UPC del régimen contributivo y subsidiado permitirá avanzar en equidad. Impulsaremos una política nacional de calidad que articule de manera homogénea a todos los actores que constituyen al sistema. Se actualizará el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en consonancia con las exigencias de dicha política y se establecerán metas de cumplimiento que serán verificadas y cumplidas mediante un sistema de evaluación que integre a todos los actores y que cuente con un sistema de información que evidencie la gestión y resultados durante los cuatro años del periodo presidencial.

**3**

### **Con el modelo territorial en salud impulsaremos la capacidad del primer nivel de atención, el más cercano y con mayor capacidad resolutive frente a las necesidades de las comunidades.**

Vamos a centrar los esfuerzos en robustecer los centros de salud primaria y en impulsar la práctica de la medicina familiar y comunitaria a lo largo del todo el territorio nacional. Fortaleceremos a las Empresas Sociales del Estado, mediante subsidios a la oferta e integración con entidades privadas. Trabajaremos en la coordinación entre los centros de primer nivel y los de mayor nivel de complejidad, permitiendo la transferencia del conocimiento de los profesionales que laboran en los centros hospitalarios a los que realizan las atenciones en los centros primarios y rurales.

Ampliaremos los equipos extramurales e interdisciplinarios, a partir de la caracterización poblacional y los determinantes que se deban intervenir para gestionar los riesgos primarios de personas, familias y comunidades. La telesalud y la telemedicina nos han enseñado en la pandemia por COVID-19 cómo se puede reducir la brecha en la calidad de prestación en los servicios de salud, y serán fortalecidas en nuestro gobierno.

Vamos a transformar la infraestructura en salud. Se mejorarán y modernizarán las instalaciones ya existentes y terminaremos las que están en construcción para evitar elefantes blancos, partiendo de un diagnóstico que permita la identificación de las necesidades territoriales y una caracterización de oferta y demanda, sustentada en el perfil epidemiológico de las poblaciones y el reconocimiento de la diversidad territorial.

**4**

### **Control, vigilancia y lucha contra la corrupción y el clientelismo.**

El compromiso con la lucha contra la corrupción y el clientelismo se materializa con la llegada de un gobierno capaz de generar valor social con ética, honestidad, conocimiento técnico y pedagogía. Vamos a trabajar en promover el nombramiento de personal idóneo del sector salud, en las entidades del orden nacional, las secretarías municipales y departamentales y hasta los gerentes de los hospitales, rompiendo con el clientelismo que se ha colado en el sector. Nos comprometemos, en conjunto con las instituciones académicas, con impulsar el nombramiento meritocrático y paritario de los gerentes de las ESEs municipales y departamentales, con el fin de disminuir la corrupción pública del sector.

Seguiremos fortaleciendo el rol de la Superintendencia Nacional de Salud. Para ello su función se articulará con las entidades territoriales para desconcentrar su función, democratizar la participación y facilitar el control, en el marco del modelo territorial en salud.

Para lograr estos objetivos es imprescindible fomentar la implementación de procesos de transparencia, prácticas y reglamentos de gobierno corporativo y la activa participación de la sociedad civil, ejerciendo veeduría sobre el cumplimiento de las acciones e iniciativas en las estrategias que se diseñen. Así mismo, a través de los mecanismos contemplados en la normatividad, impulsaremos la rendición de cuentas de todos los actores con procesos transparentes y al alcance de toda la población.

## **5 Sostenibilidad financiera del sistema.**

Trabajaremos por el manejo eficiente de recursos, optimizando el giro directo a la red prestadora y fortaleciendo las funciones de ADRES, incluyendo su presencia territorial. Vamos a enfrentar las necesidades de la red hospitalaria, pagando las deudas acumuladas que deben ser sufragadas por el Gobierno Nacional, previa evaluación de los logros y dificultades en la implementación del Acuerdo de Punto Final. Igualmente se continuará con procesos fundamentales como la regulación de precios de medicamentos y tecnologías.

Estableceremos impuestos saludables (a las bebidas azucaradas, la comida chatarra, elevando las tarifas al impuesto a los cigarrillos) que contribuirán, desde la prevención, a disminuir la carga de enfermedad que impacta directamente en la prevalencia de enfermedades cardiovasculares, el incremento del riesgo de desarrollar algunos tipos de cáncer y la mayor prevalencia de diabetes, entre otras, desestimulando su consumo. Esto permitirá también incrementar los recursos que se recaudan para la atención en salud.

Realizaremos un plan financiero de mediano y largo plazo para determinar las necesidades de recursos del sector hacia futuro.

## **6 Vamos a dignificar la labor del talento humano en salud, así como también su adecuada distribución a lo largo del territorio nacional.**

Se promoverá la contratación directa con el empleador sin la tercerización de las empresas que actualmente contratan a cerca del 80% del personal de salud. Se proveerán cargos de planta en las instituciones públicas de salud que no estén provistos y se crearán cargos de planta de acuerdo con la sostenibilidad financiera. Además, se construirá una política de incentivos al talento humano para promover la suficiencia y calidad para trabajadores de salud en zonas rurales y zonas rurales dispersas y que, además, fortalezca el bienestar laboral en todas las instituciones del sector. Así mismo, se avanzará en la homologación de saberes en salud para la formalización de títulos técnicos.

Nuestro compromiso con todos los trabajadores y trabajadoras será lograr que en los primeros dos años de gobierno implementemos la formalización laboral en el sector. Este será nuestro reconocimiento a todos los héroes y heroínas que salvaron miles de vidas en la pandemia, exponiendo su integridad física y mental.

## **7 Daremos un rol central a las instituciones académicas y a las sociedades científicas.**

El talento humano en salud debe estar en continua actualización y formación para garantizar la calidad en la prestación de los servicios. Aprovecharemos el rol social de la academia y de las sociedades científicas para mejorar las capacidades técnicas y científicas del talento humano en salud, especialmente de aquellos que ejercen en los territorios más distantes; es por esto que con actividades de educación virtual ofreceremos la oportunidad de que los diferentes profesionales de salud estén a la vanguardia de los más recientes avances y tecnologías en salud.

## **8 Salud mental.**

Se realizarán acciones pedagógicas para la transformación de hábitos y modos que cuiden el bienestar emocional, que permitan una mayor comprensión del proceso de determinación territorial de la salud mental, y que garanticen la atención a nivel individual, familiar, comunitario e institucional. Crearemos un programa que tendrá como pilar los centros de escucha, con líneas de primeros auxilios psicológicos para atender la ansiedad, la depresión y la violencia. Así mismo, se fortalecerán los servicios de salud mental en las redes de prestación de servicios de salud.

## **9 Salud sexual y reproductiva.**

En articulación entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de las Mujeres, vamos a promover todas las acciones necesarias desde el Estado, en sus diferentes niveles y escalas, para reducir el embarazo de niñas y adolescentes en Colombia. Conectaremos al sector educativo para que sea la primera prioridad en todas las sedes educativas del país, de la mano del liderazgo de maestras y maestros. Reglamentaremos de manera integral la práctica del aborto, de acuerdo con las instrucciones y lineamientos de la Corte Constitucional, desde un enfoque preventivo. Además, combatiremos la mortalidad materna en las regiones más vulnerables del país, una de las mayores expresiones de la desigualdad en Colombia. Finalmente, ampliaremos la oferta actual del esquema PAI para toda la población.

## **10 Política de ciencia, tecnología e innovación:**

Los colombianos y las colombianas estamos pagando con nuestra salud la decisión de haber abandonado la política de ciencia, tecnología e innovación. Crearemos el Centro Nacional de Investigación en Salud, como uno de los cinco centros que impulsarán el desarrollo en el país, para fomentar la investigación, producción y comercialización de biotecnológicos, inmunoterapias y tratamientos; la capacidad de detectar enfermedades y acompañar a pacientes, en consonancia con las recomendaciones de la Misión de Sabios. Este

centro aprovechará la experiencia de los cinco centros de investigación públicos del nivel nacional con los que cuenta el país. Fortaleceremos el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud y la difusión constante de sus hallazgos para propiciar el control social y el conocimiento de los riesgos y beneficios de la tecnología por parte de la población, así como la incorporación de nuevos medicamentos en los planes de beneficios. Esto es imprescindible para avanzar en la legitimidad de las decisiones a tomar y para controlar la presión tecnológica de la industria de medicamentos.

**LA ESPERANZA  
ES CON *Fajardo.***