



Bogotá, septiembre de 2024

**SEÑORES**

**GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO**

**Ministro de Salud y Protección Social**

[gjaramillo@minsalud.gov.co](mailto:gjaramillo@minsalud.gov.co)

**JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ**

**Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios**

[jurregor@minsalud.gov.co](mailto:jurregor@minsalud.gov.co)

**JAIME ALBERTO VILLAMIL TORRES**

**Director Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud**

[jvillamil@minsalud.gov.co](mailto:jvillamil@minsalud.gov.co)

**MARTHA LILIANA CHAPARRO TRUJILLO**

**Subdirectora de Prestación de Servicios**

[mchaparro@minsalud.gov.co](mailto:mchaparro@minsalud.gov.co)

**JOSÉ ALEXIS MAHECHA ACOSTA**

**Director de Desarrollo del Talento Humano en Salud**

[jmahecha@minsalud.gov.co](mailto:jmahecha@minsalud.gov.co)

**E.S.D.**

**Asunto: Análisis Proyecto de Decreto que establece tarifas en el sector salud**

Reciba nuestro cordial saludo,

Como consecuencia de la divulgación por parte del Ministerio de Salud y Protección del Proyecto de Decreto que establece tarifas en el sector salud, desde el pasado 23 de abril la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E., ha venido realizando un estudio a profundidad de los aspectos técnicos del proyecto, que incluyen aspectos jurídicos y científicos del mismo, que consideramos tienen gran relevancia para el ejercicio del talento humano en salud y el funcionamiento del Sistema de Salud Colombiano, motivo por el cual ponemos a su consideración tal análisis, realizando propuestas concretas y resaltando aspectos que consideramos



deben ser tenidos en cuenta en la expedición del texto que se encuentra en construcción:

## I. CONSIDERACIONES GENERALES

- a. La norma que el Ministerio llegare a expedir debe fomentar la calidad, integralidad y continuidad de la atención. El proyecto de norma publicado y no expedido, fomenta la atención fragmentada y no reconoce el pago diferencial por resultados frente a la salud del paciente, ni reconoce los esfuerzos de las instituciones en acreditación y calidad.
- b. Existe similitud en la calificación para procedimientos de diferente complejidad; no se tiene en cuenta la complejidad del procedimiento, del paciente (ASA), ni la duración del procedimiento.
- c. En algunos casos, se propone una calificación para los procedimientos diagnósticos superior, en comparación con la calificación de algunos procedimientos quirúrgicos de mayor complejidad.
- d. El manual contempla la posibilidad que médicos generales realicen procedimientos que son competencia de médicos especialistas en regiones apartadas, lo cual se encuentra en contravía de lo dispuesto por el artículo 18 de la Ley 1164 de 2007 y eventualmente con lo dispuesto en el Código de Ética Médica (Ley 23 de 1981), situación que debe ser revisada en este sentido,
- e. Existen calificaciones que son iguales para procedimientos que usan tecnologías y otros que no, lo que puede generar la preferencia de estos últimos, afectando los avances médicos y tecnológicos en el país, es decir, no existen incentivos a la utilización de tecnologías en salud que mejoren la atención de la población.
- f. El proyecto publicado y luego retirado, desconoce derechos laborales básicos de los trabajadores pues trae disposiciones que regulan actividades en jornadas nocturnas, dominicales y en festivos, que no reconocen el valor que implica contar con recurso humano en esas jornadas y en consecuencia, no se reconoce el trabajo del talento humano en salud en esas condiciones, lo que claramente va en contra del Código Sustantivo del Trabajo y otras normas laborales, debemos resaltar que nuestra profesión y la ley estatutaria en salud impone una atención inmediata y oportuna al paciente.
- g. Al hacer un análisis general tanto en las calificaciones propuestas, como el factor de conversión, Unidad de Valor Básico-UVB, se evidencia un desfase significativo en el reconocimiento por la realización de los procedimientos, afectando en gran medida la capacitación e idoneidad requerida por los profesionales y especialistas para la atención de nuestros pacientes.
- h. La implementación de un manual en los términos propuestos por el Ministerio, puede conllevar a un deterioro de la salud de los habitantes del territorio nacional pues afecta la oportunidad y la continuidad en la prestación del servicio.



## II. ANÁLISIS DEL COMPONENTE TÉCNICO Y CIENTÍFICO DEL PROYECTO DE DECRETO RESPECTO DE LA ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGÍA

### 1. De la definición del acto anestésico

Tenemos que, en primer lugar, el proyecto de norma -página No. 8- realiza una definición del acto anestésico en los siguientes términos:

1.3.1 **Acto anestésico:** es una intervención médica integral realizada por el especialista en anestesiología con el fin de facilitar el procedimiento quirúrgico. Incluye cuatro fases que van desde la premedicación hasta la recuperación del paciente. La premedicación implica la administración de fármacos para preparar al paciente; la inducción lleva al paciente a un estado anestésico controlado mediante la utilización de anestesia general con fármacos inhalados o intravenosos permitiendo alcanzar los objetivos de hipnosis, analgesia y relajación muscular; en el caso de la anestesia regional, se utilizan anestésicos locales para bloquear la sensación en una región específica sin afectar la conciencia general; la fase de mantenimiento asegura la estabilidad anestésica durante el tiempo que se requiera para realizar el procedimiento y la fase de recuperación se centra en llevar al paciente de vuelta a un estado consciente y monitorear su recuperación postoperatoria manejando los posibles efectos y complicaciones que surjan del proceso.

Consideramos que la definición propuesta es incompleta y sugerimos que la misma sea ajustada a la definición que se incluyó en las postulaciones para CUPS de Anestesia realizadas recientemente por S.C.A.R.E., en el siguiente sentido:

*La anestesia es un procedimiento médico que mediante la utilización de diferentes medicamentos bloquea el dolor y permite la realización de intervenciones quirúrgicas o diagnósticas que generen dolor o discomfort.*

*Aunque está relacionada al acto quirúrgico procedimiento intervencionista, diagnóstico o terapéutico, es un proceso independiente, con una serie de actividades, que dependiendo del tipo de anestesia (general, neuroaxial, regional bloqueo, sedación), varían, pero que tienen en común el objetivo de suprimir la sensación de dolor o discomfort.*

*La elección del tipo de anestesia depende de diversos factores como: tipo de procedimiento, sitio de intervención quirúrgica, comorbilidades del paciente, preferencias del paciente, recursos, entre otros.*

*La anestesia general es un estado reversible inducido por medicamentos que aplicados por vía intravenosa o inhalada, actúan sobre blancos moleculares (receptores) en diferentes lugares del sistema nervioso central (cerebro, médula espinal), produciendo inconsciencia, amnesia, antinocicepción e inmovilidad, con mantenimiento de la estabilidad fisiológica.*

*La anestesia neuroaxial es un tipo de anestesia, basada en la administración de medicamentos (anestésicos locales, opioides), en el espacio epidural (anestesia epidural), o en el espacio subaracnoideo (anestesia subaracnoidea o raquídea), con el fin de producir bloqueo simpático, sensitivo, y motor.*

*La anestesia regional con bloqueo es un tipo de anestesia que implica la administración de anestésico local cerca de un nervio o haz de nervios específico*



*para producir un bloqueo sensorial y motor de una región específica del cuerpo. El anestésico local bloquea la transmisión del impulso doloroso al sistema nervioso central.*

*La sedación es un procedimiento anestésico que emplea uno o más medicamentos para producir un estado caracterizado por disminución de la consciencia (pero sin perderla del todo), en donde el paciente se encuentra relajado, tranquilo y con la capacidad de responder a estímulos verbales o físicos. Las metas que se persiguen al utilizar la sedación son entre otras: reducir la ansiedad del paciente, disminuir el dolor producido por la inyección del anestésico local, aumentar la tolerancia del paciente en procedimientos de larga duración, y procurar amnesia durante el procedimiento o cirugía.*

## 2. Del alcance de los servicios profesionales en anestesia

### 2.2.3 Servicios profesionales en anestesia

- 2.2.3.1 El reconocimiento de los servicios profesionales del anesthesiologo supone la asistencia de un acto quirurgico o intervencionista a la vez y su presencia durante todo el procedimiento.
- 2.2.3.2 La tarifa de los servicios profesionales del especialista en anestesiología se reconocerá de conformidad con lo estipulado en la tabla 7.1 siempre y cuando el servicio haya sido prestado. Comprende todo el acto anestésico de acuerdo con la definición establecida en el numeral 1.3.1, los procedimientos coadyuvantes o derivados de este (bloqueo, colocación de catéter central, neurolisis, aplicación del parche hemático post anestesia) cuando sean necesarios y la vigilancia del paciente durante el periodo de recuperación.
- 2.2.3.3 La aplicación de hemoderivados durante el acto anestésico se factura en forma adicional.
- 2.2.3.4 En los procedimientos intervencionistas solo procederá el reconocimiento del factor tarifario asignado a los servicios profesionales de anestesiología, cuando se requiera soporte anestésico o de sedación, administrada y monitoreada por dicho profesional.
- 2.2.3.5 En los procedimientos quirúrgicos obstétricos o ginecológicos en los que no se requiera la intervención del anesthesiologo, no procede la liquidación del factor tarifario asignado a los servicios profesionales de anestesiología.

En el documento planteado, el Ministerio señala que se reconocerá solamente por servicio prestado, desconociendo la dinámica del ejercicio médico como en casos en los que debido a condiciones ajenas al anesthesiologo -tales como condiciones clínico patológico del paciente-, se debe suspender la iniciación del acto anestésico, para preservar la vida del paciente.

Por otra parte, en las reuniones sostenidas con el Ministerio, en varias ocasiones S.C.A.R.E. manifestó su preocupación con relación al cálculo del factor W, pues en la variable del tiempo, calificada por las diferentes especialidades para los procedimientos quirúrgicos, solo se contemplaba el tiempo del actuar del especialista tratante desde el inicio (incisión) hasta el final del procedimiento (cierre de la herida quirúrgica), dejando por fuera actividades y procedimientos realizados antes o después de este periodo, como lo son: valoración pre anestésica, monitoria invasiva, bloqueos, y todas las actividades relacionadas con la atención perioperatoria.



En ese momento la respuesta del Ministerio consistió en que para los cálculos, se contemplaría el actuar del anestesiólogo antes y después de la cirugía, no obstante, la propuesta del Decreto no lo contempla.

Por otra parte, tenemos que el parche hemático es una actividad diferente en espacio y tiempo a la analgesia peridural, y por lo tanto no se puede considerar un procedimiento coadyuvante.

### 3. Desconocimiento de la idoneidad del anestesiólogo y desigualdad en las renumeraciones y referentes para el acto anestésico en un contexto quirúrgico.

En la propuesta de Decreto el porcentaje de procedimientos quirúrgicos e intervencionistas con relación a la tarifa del cirujano tiene un porcentaje de variación menor para los anestesiólogos que oscila entre el 28% y 43%, por lo que no es claro cuál es la constante de la variación y cuál es la razón de la diferencia entre una tarifa y otra, cuando los dos son profesionales con un mismo nivel de formación e incluso el anestesiólogo en múltiples ocasiones cuenta con sub especialidades.

Estos son algunos ejemplos:

EJEMPLOS VARIACIÓN DE TARIFAS ENTRE HONORARIOS DE CX Y ANESTESIÓLOGO

Código	Descripción	Cirujano - Intervencionista	Anestesiólogo	Porcentaje de variación
015305	RESECCION DE TUMOR O LESION DE LA BASE DEL CRANEO FOSA MEDIA VIA SUBFRONTAL EXTENDIDA	110,38	64,33	-42%
017206	RESECCION DE TUMORES SUPRATENTORIALES HEMISFERICOS	100,18	57,31	-43%
395205	REPARACION DE ANEURISMA POR OCLUSION VIA PERCUTANEA (ENDOVASCULAR)	61,89	36,44	-41%
605111	PROSTATECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA	101,48	58,06	-43%
815303	REVISION REEMPLAZO TOTAL DE CADERA CON RECONSTRUCCION DE COMPONENTE ACETABULAR	91,67	52,63	-43%





#### 4. CUPS W calificado por S.C.A.R.E.

##### CUPS W CALIFICADO POR S.C.A.R.E

Código	Descripción	Tarifa UVB
960401	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON TÉCNICA RETROGRADA	12,36
960402	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL DOBLE LUZ	6,52
960403	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON BLOQUEADOR SELECTIVO	6,42
960404	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL CON Sonda LUMINOSA	8,37
960405	INSERCIÓN DE CANULA JET TRANSTRAQUEAL	13,55
960406	INSERCIÓN DE TUBO ENDOTRAQUEAL BAJO VISIÓN ENDOSCÓPICA	4,52
048204	ANESTESIA REGIONAL INTRAVENOSA	1,67

\*Tarifa de intubación con Fibrobroncoscopia es la más baja

Los procedimientos referenciados anteriormente corresponden a actividades del quehacer del anestesiólogo en algunos procedimientos específicos, y como bien se describe en la definición sugerida por S.C.A.R.E., *el acto anestésico va más allá de la aplicación de una técnica o la ejecución de una serie de actividades. La atención anestésica es un proceso continuo de planificación, atención, y optimización, que implica vigilancia, monitoria continua, consciencia situacional, y tener la capacidad de responder a situaciones críticas, velando en todo momento por la seguridad del paciente.*

Existen además actividades realizadas por el anestesiólogo fuera de salas de cirugía en escenarios de UCI, hospitalización, urgencias, como monitoria invasiva (colocación de línea arterial, catéter central), intubación con laringoscopio, videolaringoscopio, fibronbroscopio, colocación de dispositivos de asistencia ventricular, que son independientes al acto quirúrgico y deben ser señaladas y contempladas de manera expresa.

#### 5. Desconocimiento de la actividad asistencial del anestesiólogo y otros profesionales en caso de fallecimiento del paciente

En el proyecto de decreto publicado por el Ministerio de Salud se establece:

##### **Numeral 2.5.2**

*En caso de fallecimiento del paciente durante la realización del procedimiento quirúrgico o intervencionista con tarifa integral, debe facturarse el 70% del valor total del procedimiento.*

Respecto de este numeral, resaltamos la importancia de tener presente que los desenlaces del paciente no dependen exclusivamente del manejo del equipo, influyen muchos factores, como su estado general, patologías de base, oportunidad de la atención entre otras; ello adicionado a que la medicina es contiene obligaciones de medios, no de resultado.



## **6. Manual SOAT**

En relación al Manual SOAT vigente, se observa la reducción de tarifas en un orden del 30-60%, en más del 90% de los procedimientos sin justificación adecuada, lo cual desincentiva la calidad y el uso de tecnologías en salud.

## **7. Desconocimiento de actividades que demandan actividad asistencial de los médicos especialistas en anestesiología, lo cual vulnera sus derechos laborales**

No se contempla pago para interconsultas, participación en juntas, realización de bloqueos, colocación de catéteres, líneas ni parche epidural derivadas o asociadas al procedimiento quirúrgico.

### **III. ANÁLISIS JURÍDICO DEL PROYECTO DE DECRETO**

#### **1. RESPECTO DEL MARCO NORMATIVO Y JURISPRUDENCIAL**

##### **a. Constitución Política**

En primer lugar, tenemos que la Constitución Política de Colombia ha establecido que la seguridad social es catalogada como un servicio público de carácter obligatorio, que debe ser garantizado a todos los habitantes, que se presta en conjunto con la participación de los particulares en un contexto que garantiza la libertad económica y la libre competencia, y que cuenta con el Estado que se encarga de impedir su obstrucción o restricción.

Es la carta magna la que establece que el Estado, en su rol de dirección general de la economía y de intervención de servicios públicos y privados, en un marco de sostenibilidad fiscal, debe mejorar la calidad de vida de los habitantes, mejorar la distribución equitativa de las oportunidades y beneficios de desarrollo y preservar un ambiente sano.

Igualmente es la Constitución la que determina que cuando se tomen decisiones que representen intervención económica, las mismas deben expedirse por medio de leyes de Congreso, precisando los fines, alcances y límites a la libertad económica.

##### **b. Decisiones Corte Constitucional**

En este orden de ideas encontramos que la Corte Constitucional ya ha emitido pronunciamientos respecto del establecimiento de tarifas en el sector salud –Sentencia C955 de 2007-, reconociéndolas como una forma de limitación intensa a la libertad económica y a la libre competencia en la oferta del servicio.

En la sentencia mencionada, encontramos que este órgano declaró la exequibilidad condicionada del numeral 7 del artículo 7 de la Ley 1122 de 2007, que establecía dentro de las funciones de la Comisión de Regulación en Salud CRES -Comisión que fue extinta



y liquidada a través del Decreto 2560 de 2012, trasladando todas sus competencias al Ministerio de Salud y Protección Social-, la de *establecer y actualizar un sistema de tarifas* con un manual de tarifas que se revisa en forma anual, y que incluye honorarios profesionales.

En este sentido, resumimos las conclusiones a las que arribó dicho órgano así:

- i) La Corte concluyó que no había cosa juzgada en este caso, toda vez se trataba de una situación distinta a la decidida en sentencia C-137 de 2007, en la cual se declaró la inconstitucionalidad de la norma que establecía que el Gobierno crearía un sistema de tarifas mínimas para la prestación de servicios de salud; en este sentido consideró que el caso tratado en la sentencia C-137 se refería a un sistema de tarifas de tasas o cuotas mínimas cobradas a los usuarios del sistema por el servicio prestado, caso diferente al estudiado en esta ocasión que se refiere a las tarifas que se paga a los prestadores por el servicio,
- ii) Consideró que la norma sí cumplía con los requisitos establecidos por la Constitución, esto es, contenía los fines, límites y alcances –fundamentó esta conclusión en el análisis histórico y sistemático llevado a cabo-,
- iii) Afirmó que con la norma no se buscaba la eliminación de un esquema de mercado, sino su regulación con el objeto de buscar que las tarifas observaran una relación de proporcionalidad directa con la calidad del servicio (a mejor servicio, mayor tarifa) y evitaran inequidades y afectaciones en el servicio.

Tenemos entonces que hasta este punto se puede concluir que la norma que determinó la competencia de la CRES para el establecimiento de tarifas referidas a los pagos que se deben realizar a los prestadores de servicios de salud y honorarios de profesionales en principio está acorde con el ordenamiento jurídico; cabe recordar que como se mencionó en líneas anteriores, el Ministerio de Salud y Protección asumió las funciones de la CRES a través del Decreto 2560 de 2012, entre las que se encuentra la de establecer y actualizar un sistema de tarifas mínimas. No obstante lo anterior, queremos aclarar dos puntos importantes que saltaron a nuestra atención durante el análisis realizado:

- A) Al estudiar la gaceta N°126 del 2003, donde se encontraba publicada la ponencia para primer debate del proyecto de Ley de la norma que fue declarada inconstitucional por la sentencia C137, se evidenció que, contrario a lo sostenido en sentencia C955, la norma sí se refería a *tarifas mínimas de referencia para contratación de las aseguradoras con las IPS públicas y con los profesionales de la salud*, y no a tarifas de tasas entendidas como pagos que debe realizar el usuario-, por lo que la norma que determinaba la potestad del Gobierno para ello si fue declarada inexecutable;
- B) Si bien la Corte en sentencia C955 determinó la constitucionalidad de la potestad para que la CRES estableciera tarifas -potestad que se recuerda nuevamente, fue asumida por el Ministerio-, se evidencia que recientemente el Consejo de Estado en auto que decretó medida cautelar de urgencia en nulidad contra el Decreto 227 de 2023<sup>1</sup>, estableció que no le es dado al Presidente

<sup>1</sup> “Por la cual se reasumen funciones presidenciales de carácter regulatorio en materia de servicios públicos domiciliarios y se dictan otras disposiciones”





arrogarse la competencia para regular el régimen tarifario de servicios públicos, toda vez dicho rol fue conferido por expresa disposición constitucional al Congreso a las Comisiones de Regulación, por lo que se trata de un caso similar al presente.

Concluimos que, teniendo en cuenta los anteriores aspectos, queda una gran duda respecto de si se encuentra o no habilitado el Gobierno – Ministerio de Salud y Protección Social para ejercer la función de la CRES que fue asumida mediante Decreto -referida al establecimiento de tarifas en el sector salud-, toda vez que dicha Comisión específica a la que se le encomendó por ley tal función, ya no existe.

**c. Ley 6ª de 1991 “Por la cual se reglamenta la especialidad médica de anestesiología y se dictan otras disposiciones”**

La Ley 6 de 1991, por la cual se reglamenta la especialidad médica de anestesiología y se dictan otras disposiciones, establece que :

Artículo 1o. La anestesiología es una especialidad de la medicina fundamentada en las ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Es una especialidad que estudia los principios, procedimientos, aparatos y materiales necesarios para practicar una adecuada anestesia. Además se integra en una forma multidisciplinaria con las otras especialidades médicas en el manejo integral de la salud. El médico especializado en anestesiología y reanimación es el autorizado para el manejo y práctica de esta especialidad.

PARAGRAFO. Por el riesgo potencial a que están expuestos los pacientes y la permanente exposición a inhalación de gases tóxicos, radiaciones y situaciones de estrés por parte del anestesiólogo **se considera la anestesiología como una especialidad de alto riesgo y debe tener un tratamiento laboral especial.**

**d. Ley Estatutaria 1751 de 2015 “Por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”**

**Artículo 18. Respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud.** Los trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales.

**2. RESPECTO DE LOS REQUISITOS PARA LA EXPEDICIÓN DEL MANUAL TARIFARIO**

Frente a los requisitos para la expedición de un manual tarifario en materia de salud, nuestra Sociedad hace las siguientes consideraciones:



- A. **Participación de la comunidad científica y convocatoria a una Mesa Técnica de Expertos:** resulta imperativo que se establezca una mesa técnica compuesta por verdaderos expertos en la definición de tarifas en el sector salud, la cual debe incluir diferentes profesionales, especialistas y técnicos expertos, con el fin de precisar de manera adecuada la metodología y el valor de los rubros que pretende regular.

En este sentido, recordamos que la Ley 1437 de 2011 estableció dentro de los principios que guían las actuaciones de la administración –dentro de la que se encuentra la expedición de actos administrativos-, el principio de participación dentro de la deliberación y formulación de sus actos, y el de transparencia, que implica que todas las actuaciones deben ser conocidas por los administrados, salvo que cuenten con reserva legal.

En este sentido, el Consejo de Estado en auto de fecha 2 de marzo de 2023 manifestó que en el Estado Social de Derecho *se debe facilitar la participación de todos sus habitantes en las decisiones que los afectan y garantizar que, en ejercicio de la función administrativa, se satisfaga el interés general y se brinde publicidad y transparencia en el actuar de la administración pública*, motivo por el cual las autoridades *promoverán y atenderán las iniciativas de los ciudadanos, organizaciones y comunidades encaminadas a intervenir en los procesos de deliberación, formulación, ejecución, control y evaluación de la gestión pública.*

Si bien se tiene que el proyecto de Decreto publicado estableció en sus consideraciones que el mismo “...*contó con la contribución y participación de diferentes actores del sistema, entre estos, asociaciones de profesionales de la salud, agremiaciones de instituciones prestadoras de servicios de salud e instituciones agremiadas y no agremiadas...*”, lo cierto es que no se tiene razón de organismos mencionados que hayan participado en todas las etapas de la creación del manual tarifario, lo que se ve reflejado en las numerosas voces que resaltan preocupaciones respecto a la fórmula y estudios que sustentan estos cálculos, motivo por el cual instamos a la creación de dicha mesa que permita nutrir la estructuración de la norma con los datos, información y experiencia de cada especialidad para adecuar las tarifas a la realidad nacional.

En este punto resaltamos que con base a la respuesta enviada por el Ministerio de Salud al derecho de petición con el número de radicado 202434201336401 en el que solicitamos las actas donde consta la participación de los actores del sistema, se nos informó:

“No es posible remitir las mismas dado que en estos casos no se suscribieron actas de esta naturaleza (constancia de participación) y con lo que se cuenta es con listado de asistencia que contienen datos personales que están sometidos a reserva que, en virtud del numeral 3 del artículo 24 de la Ley 1437 de 2011 no es posible remitirlos por cuenta de la información personal y sensible que contienen además de los datos personales que cuya salvaguarda y administración está en cabeza de esta Dirección conforme con las disposiciones de la Ley 1581 de 2012”

Se tiene conocimiento que la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas si bien inicialmente fue convocada por el Ministerio de Salud y Protección



Social, para determinar la complejidad de procedimientos en la prestación de servicios en salud quirúrgicos e invasivos, en etapas posteriores al parecer no fue tomada en cuenta.

Frente a esta respuesta, **solicitamos** entonces que se vuelva a iniciar el proceso metodológico, contando con la participación amplia de los actores, y demás Sociedades que quieran contribuir con la creación del Manual Tarifario en todas las etapas, creando actas donde se evidencien las conclusiones y participación de cada una, en virtud del principio de transparencia que caracteriza a la gestión desempeñada por la administración pública.

**B. Del concepto del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud.**

Adicionalmente se recuerda que, conforme a lo establecido en el artículo 6° de la ley 1164 de 2007, el Consejo Nacional de Talento Humano en Salud tiene entre sus funciones, la de d) Dar concepto técnico al Ministerio de la Protección Social sobre la definición del manual de tarifas, concepto que no se evidencia en la expedición de la presente norma, motivo por el cual debe instamos con urgencia a que se realicen las gestiones necesarias para contar con el mismo, cumpliendo de esta manera con el mandato legal y evitando la declaratoria de vicios de procedimiento en un futuro. **Solicitamos** que se requiera al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, emitir concepto técnico formal sobre la definición del manual de tarifas, previo el envío por parte del Ministerio de Salud de las premisas, finalidades, fundamentos y propuesta de aspectos a regular.

**C. Del trámite de la abogacía de la competencia por parte de la Superintendencia de Industria y Comercio.**

Tenemos que, según lo establecido en el artículo 7° de la Ley 1340 de 2009, el Decreto 2897 de 2010, y la Ley 1955 de 2019, la Superintendencia de Industria y Comercio podrá rendir concepto previo sobre los proyectos de regulación estatal que puedan tener incidencia sobre la libre competencia de mercados, no obstante, el proyecto de Decreto que regula tarifas menciona que se diligenció cuestionario para verificar la obligación de informar sobre la expedición de la norma y *"...comoquiera que la respuesta al conjunto de las preguntas centrales, contenidas en el cuestionario adoptado por dicha Superintendencia, resultó negativa no existe deber de consultar."*

En este sentido, consideramos que resulta necesario contar con dicho concepto, el cual daría más validez al contenido de la norma, especialmente teniendo en cuenta que la jurisprudencia antes mencionada ha concluido que el establecimiento de tarifas sí tiene incidencia en la libre competencia de los mercados, motivo por el cual solicitamos realizar las gestiones que permitan la obtención de este concepto. **Solicitamos** que se requiera el concepto y se adelante el trámite ante la abogacía de la competencia por parte de la Superintendencia de Industria y Comercio.

**3. RESPECTO DE LAS FÓRMULAS Y CÁLCULOS QUE ESTRUCTURAN LA TABLA DE TARIFAS**



A. **Marco metodológico para el cálculo de tarifas.** Las tarifas fueron calculadas con base en el documento “Propuesta marco metodológico para la tarificación de Procedimientos de Salud” de abril de 2024, que plantea un factor de conversión para determinar las tarifas de cada uno de los procedimientos; no obstante, si bien se evidencia plasmado en el texto el procedimiento para realizar el cálculo de las tarifas, surgen dos críticas importantes que se explican a continuación:

- Los valores finales de las tarifas calculados en el documento no cumplen con los objetivos mencionados en la sentencia C-955, entre los que se encuentran: el perseguir el reconocimiento de una remuneración mínima vital y móvil, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo, y el observar una relación proporcional directa con la calidad del servicio (a mejor servicio, mayor tarifa), evitando inequidades y afectaciones en el servicio. Las tarifas calculadas establecen precios extremadamente bajos para los procedimientos, lo que influirá en desmejoras en la calidad del servicio y en los pagos al talento humano en salud que los realiza.
- Como se mencionó en la primera parte de este documento, en la variable del tiempo calificada por las distintas especialidades para los procedimientos quirúrgicos, sólo se contempla el tiempo del actuar del especialista tratante desde el inicio (incisión) hasta el final del procedimiento (cierre de la herida quirúrgica), dejando por fuera actividades y procedimientos realizados antes o después de ese periodo, como lo son la monitoria invasiva, bloqueos y demás actividades relacionadas con la atención perioperatoria, lo que evidencia que no se contempla ese actuar previo y posterior.

B. **Modificación de UVT a UVB.** Conforme con lo establecido en el capítulo VII de estabilidad macroeconómica contenido en el artículo 313 la Ley 2294 de 2023, se creó la Unidad de Valor Básico –UVB-, mediante la cual se calculan, entre otros, *las cuotas asociadas al desarrollo de actividades de salud*, dicha unidad fue establecida para el año 2023 en diez mil pesos (\$10.000).

Frente a la misma se resaltan dos puntos críticos: a) el presente decreto se refiere al reconocimiento de pago de los servicios sanitarios y no se trata de cuotas, por lo tanto no resulta aplicable este concepto de UVB b) el número de UVB es muy bajo, generando unos valores que no compensan los gastos realizados para el desarrollo de los procedimientos, y c) cuando se actualice el valor de procedimientos en forma anual, se realizará ya no con base en las UVT, el cual sobrepasa los 40.000 pesos, sino sobre las UVB -10.000 pesos-, lo que no permitirá un incremento que indexe los valores en forma proporcional.

Finalmente y complementando entonces el análisis y las consideraciones anteriormente plasmadas, la S.C.A.R.E. hace un llamado al Ministerio para que realice los trámites correspondientes que deriven en la expedición de norma en lo posible con categoría de ley que contenga los fines, alcances y límites precisos a la libertad económica en relación con las tarifas del sector salud, dado que es un tema crucial que afecta la sostenibilidad y estabilidad misma del sistema.



Ahora, frente a la expedición inminente del Decreto, **solicitamos** que el mismo cuente en su elaboración con la **participación y representación de la comunidad científica y con los conceptos técnicos establecidos en el ordenamiento**, que atienda a los requisitos constitucionales y jurisprudenciales que establecen que la norma debe mejorar y no afectar la calidad del sistema, así como no debe afectar derechos fundamentales, que debe mejorar la cobertura, garantizar la libre competencia sin afectar su núcleo esencial, obedecer a motivos adecuados y suficientes que justifiquen la limitación, atender a criterios de razonabilidad y proporcionalidad, tener en cuenta todas las variables que inciden en el equilibrio financiero del sistema, su sostenibilidad, compatibilidad con el marco fiscal, perseguir el reconocimiento de una remuneración justa, proporcional a la cantidad y calidad del trabajo del talento humano en salud, entre otros aspectos que garanticen que el cambio planteado proteja y perfeccione derechos, y no que los afecte.

La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E., de acuerdo a lo expuesto en este documento, **solicita:**

1. Se solicite concepto al Consejo Nacional de Talento Humano previo a publicar un proyecto de decreto en cumplimiento de lo establecido en el artículo 6° de la ley 1164 de 2007.
2. Se surta el trámite de la abogacía de la competencia por parte de la Superintendencia de Industria y Comercio.
3. Se garantice de manera efectiva la participación y representación de la comunidad científica y específicamente de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E., en su calidad de sociedad científico gremial que agremia a los anesthesiólogos del país como especialistas de alto riesgo de acuerdo a la ley 6ª de 1991.
4. Se revisen y acojan los conceptos presentados frente el acto anestésico.
5. Se solicita que en el proyecto de decreto se reconozca la idoneidad del anesthesiólogo y se elimine la desigualdad en las renumeraciones y referentes para el acto anestésico en un contexto quirúrgico.
6. Se garantice que la norma que el Ministerio llegare a expedir, fomente la calidad, integralidad y continuidad de la atención, por cuanto el proyecto de norma publicado y no expedido, provoca la atención fragmentada y no reconoce el pago diferencial por resultados frente a la salud del paciente, ni reconoce los esfuerzos de las instituciones en acreditación y calidad.
7. Tener en cuenta la complejidad del procedimiento, del paciente (ASA) y la duración del procedimiento.
8. Contemplar de manera expresa actividades realizadas por el anesthesiólogo fuera de salas de cirugía en escenarios de UCI, hospitalización, urgencias -como monitoria invasiva (colocación de línea arterial, catéter central), intubación con laringoscopio, videolaringoscopio, fibronbroscopio, colocación de dispositivos de asistencia ventricular-, que son independientes al acto quirúrgico y no son señaladas y contempladas de manera expresa en la propuesta de texto publicado por el Ministerio.
9. Eliminar la posibilidad que médicos generales realicen procedimientos que son competencia de médicos especialistas en regiones apartadas, lo cual se encuentra en contravía de lo dispuesto por el artículo 18 de la Ley 1164 de 2007 y eventualmente con lo dispuesto en el Código de Ética Médica (Ley 23 de 1981), situación que debe ser revisada.





10. Eliminar la referencia a que “ En caso de fallecimiento del paciente durante la realización del procedimiento quirúrgico o intervencionista con tarifa integral, debe facturarse el 70% del valor total del procedimiento.”, por las razones señaladas en este documento.
11. Establecer incentivos a la utilización de tecnologías en salud que mejoren la atención de la población.
12. Reconocer en el proyecto de decreto y en la norma expedida los derechos laborales básicos de los trabajadores pues la norma publicada, como se indicó, trae disposiciones que regulan actividades en jornadas nocturnas, dominicales y en festivos, que no reconocen el valor que implica contar con el recurso humano en esas jornadas y en consecuencia, no se reconoce el trabajo del talento humano en salud en esas condiciones, lo que claramente va en contra del Código Sustantivo del Trabajo y otras normas laborales, especialmente teniendo en cuenta que nuestra profesión y la ley estatutaria en salud impone una atención inmediata y oportuna al paciente.
13. Eliminar la referencia a la Unidad de Valor Básico-UVB, por cuanto de acuerdo a lo establecido en el artículo 313 la Ley 2294 de 2023, no resulta aplicable a la norma que pretende expedir el Ministerio.
14. Eliminar la reducción de tarifas SOAT de los procedimientos, lo cual desincentiva la calidad y el uso de tecnologías en salud.
15. Contemplar pago para interconsultas, participación en juntas, realización de bloqueos, colocación de catéteres, líneas ni parche epidural derivadas o asociadas al procedimiento quirúrgico.

La S.C.A.R.E. reitera su disposición a participar activamente en el proceso de creación de la norma relacionada con las tarifas en el sector salud; estamos comprometidos a colaborar en la construcción de políticas que promuevan el acceso universal y de calidad a servicios de salud, y recordamos que esta colaboración requiere que se divulgue de manera transparente y clara la metodología utilizada, y que se tengan en cuenta las observaciones realizadas por la comunidad científica y los expertos en el campo. Es fundamental que se establezca un diálogo abierto y constructivo que garantice la justicia, la equidad y la eficiencia en la prestación de servicios de salud en Colombia, motivo por el cual les solicitamos el agendamiento de una reunión en donde podamos tratar los temas objeto de este oficio. Consideramos que el texto publicado no puede expedirse por cuanto afecta la calidad en la prestación de servicios de salud, no reconoce el trabajo y derechos del talento humano en salud.

Les agradecemos allegar la respuesta a dichos interrogantes al correo electrónico [asesoriagremial@scare.org.co](mailto:asesoriagremial@scare.org.co)

Atentamente,

**OLGA LUCÍA HERRERA LOSADA**

Presidente

Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación