



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXII - N° 272

Bogotá, D. C., viernes, 31 de marzo de 2023

EDICIÓN DE 20 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariasenado.gov.co

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

CARTAS DE COMENTARIOS

CARTA DE COMENTARIOS DEL MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 308 DE 2022 CÁMARA

por medio de la cual se fortalecen las economías populares y comunitarias campesinas a través de la autorización al Estado a crear Sociedades de Economía Mixta con juntas de acción comunal, se modifica la Ley 2166 de 2021, y se fortalecen las capacidades de las Juntas de Acción Comunal en municipios de 4, 5 y 6 categoría.

DDM

Bogotá D.C, 9 de marzo de 2023

Doctor

Ricardo Alfonso Albornoz Barreto
Secretario General Comisión Séptima Cámara
Congreso de la República
Cra. 7 # 10 - 00
Bogotá D.C

Asunto: Respuesta a su Solicitud de Concepto Proyecto de Ley 308 de 2022 Cámara

Respetado Secretario,

Hemos conocido el Proyecto de Ley 308 de 2022 Cámara "Por medio de la cual se fortalecen las economías populares y comunitarias campesinas a través de la autorización al estado a crear sociedades de economía mixta con juntas de acción comunal, se modifica la ley 2166 de 2021, y se fortalecen las capacidades de las juntas de acción comunal en municipios de 4, 5 y 6 categoría." Al respecto desde el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo nos permitimos presentar los siguientes comentarios en los siguientes términos de nuestra competencia:

Comentarios Generales:

El Proyecto de Ley tiene como propósito lograr "...el fortalecimiento del campesinado, autorizando la creación de sociedades de economía mixta entre juntas de acción comunal y el Estado". Cabe señalar que esta iniciativa legislativa no modifica lo relativo a las normas que regulan la creación de estas entidades, que se encuentran regidas por la Ley 489 de 1998, que en cualquier caso contempla que tales sociedades son "organismos autorizados por la ley, constituidos bajo la forma de sociedades comerciales con aportes estatales y de capital privado, que desarrollan actividades de naturaleza industrial o comercial conforme a las reglas de Derecho Privado, salvo las excepciones que consagra la ley." (resaltado fuera de texto)

Comentarios Específicos:

Artículo 2. Autorización de creación de sociedades de economía mixta y Artículo 3. Sociedades de economía mixta de creación municipal y departamental

En el artículo 2 y 3 del Proyecto de Ley se dispone de la autorización al Estado y a las Asambleas Departamentales y los Consejos Municipales a la creación de sociedades de economía mixta con juntas de acción comunal, las cuales tienen como objeto el fomento de la industrialización sostenible de la producción agrícola y agropecuaria, lo que en nuestro criterio, además de estar en el marco de la Ley 489 de 1998, está alineado con los objetivos del plan de gobierno en materia del fortalecimiento de la economía popular y comunitaria.

Artículo 4. Capacidades económicas de las juntas de acción comunal

El artículo 4, se encuentra modificando el literal g) del artículo 16 que se denomina "objetivos" donde relaciona aquellos objetivos que, según esa ley, deben cumplir los organismos de acción comunal. Al respecto y desde la perspectiva formal o de la técnica jurídica se recomienda ajustar y unificar los conceptos, en tanto que la norma que se pretende modificar se refiere a "Objetivos" y el Proyecto de Ley habla de "capacidades económicas".

Artículo 5. Capacidades de contratación con el Estado de las juntas de acción comunal

El artículo 5, se denomina "Capacidades de Contratación con el Estado de las Juntas de Acción Comunal". Tiene el mismo comentario del artículo anterior, porque pretende modificar el literal f) del artículo 16 de la Ley 2166 de 2021, que se denomina "Objetivos".

Artículo 6. Requisitos ponderables

El artículo 6 del Proyecto de Ley, establece un criterio diferencial a favor de las Juntas de Acción Comunal en los procesos de compras públicas, denominado bajo el PL 308, como requisitos ponderables. Al respecto y al tratarse de un asunto relacionado con la ley de contratación y los criterios de selección en los procesos de compras públicas se recomienda que este aspecto sea revisado por la agencia "Colombia Compra Eficiente".

Artículo 7. Competencias adicionales

El artículo 7 propone adicionar lo que denomina "componentes adicionales" a las Juntas de Acción Comunal del artículo 16 de la Ley 2166 de 2020 que habla de "objetivos", se sugiere revisar y unificar conceptos como ya se comentó.

De otra parte, el artículo 16 de la Ley 2166 de 2020, para ser adicionado, deberá seguir la secuencia de la numeración alfabética de los objetivos listados allí, se recomienda revisar la secuencia con que deben nombrarse las adiciones que se proponen en el Proyecto de Ley.

Artículo 8. Políticas Públicas de Juntas de Acción Comunal como canales exportadores

El artículo 8 dispone que el Ministerio de Comercio Industria y Turismo, con el acompañamiento técnico del Departamento Nacional de Planeación, determinará los lineamientos para la formulación, implementación y evaluación de la política de aprovechamiento de tratados de libre comercio e internacionalización para los productos agrícolas a través de juntas de acción comunal en municipios de 4, 5, 6 categoría y su participación en las mesas departamentales de internacionalización, en un plazo no mayor a seis meses a partir de la vigencia de la presente ley.

En la expedición del CONPES 4085 de 2022, Política de Internacionalización para el Desarrollo Productivo Regional, hace referencia explícita en materia de TLCs únicamente como parte de los aspectos a considerar en la creación e implementación para que los sectores priorizados para la internacionalización y sus empresas tengan acceso a nuevas tecnologías.

Adicionalmente en el Artículo 8., se menciona: "...El Ministerio de Comercio Industria y Turismo... determinará los lineamientos para la formulación, implementación y evaluación de la política, de aprovechamiento de tratados de libre comercio e internacionalización para los productos agrícolas través de juntas de acción comunal..." (Subrayado fuera de texto). Esta redacción se entiende que las Juntas de Acción Comunal podrán ser un canal de exportación únicamente para productos agrícolas y excluye productos de MIPYMES que son un foco importante en la "Economía Popular".

Al respecto, se sugiere consultar esta propuesta con el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural y el Departamento Nacional de Planeación por ser las entidades relacionadas con las diferentes políticas públicas a tratar en este artículo.

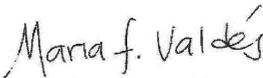
Artículo 9. Reglamentación de participación de las juntas de acción comunal

Este artículo propone la reglamentación de la participación de las juntas de acción comunal con voz de los municipios de 4, 5, 6 categoría en los Consejos de sus respectivos Municipios, se sugiere socializar este aspecto con el Ministerio de Interior, dadas sus competencias legales, para los comentarios y recomendaciones de la propuesta normativa.

Finalmente y dado que éste Proyecto de Ley podría impactar asuntos de políticas públicas en materia de agricultura y desarrollo rural sería oportuna su revisión por el Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, en consideración al objeto o propósito de que en esta ley se autoriza la creación de empresas o sociedades de economía mixta, aportes de recursos públicos y privados provenientes de "Juntas de acción Comunal", únicamente estas empresas o sociedades pueden desarrollar actividades productivas relacionadas con la industrialización sostenible de la producción agrícola y agropecuaria.

Desde esta cartera esperamos que estas consideraciones puedan ser tenidas en cuenta dentro del trámite legislativo de la iniciativa.

Cordialmente,



MARIA FERNANDA VALDES VALENCIA
VICEMINISTRA DE DESARROLLO EMPRESARIAL
DESPACHO DEL VICEMINISTERIO DE DESARROLLO EMPRESARIAL

**CARTA DE COMENTARIOS DE LA PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
SOBRE EL PROYECTO DE LEY NÚMERO 339 DE 2023 CÁMARA**

por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones.

<p>Bogotá D.C, 13 de marzo de 2023</p> <p>DTS 02541 SIAF 009915</p> <p>Honorables representantes Comisión Séptima Constitucional Permanente Cámara de Representantes comision.septima@camara.gov.co</p> <p>Asunto: Estudio sobre el Proyecto de Ley 339 de 2023 – Reforma a la Salud. IUS E-2023-137594</p> <p>Respetados Congresistas:</p> <p>La Procuraduría Delegada para Asuntos del Trabajo y la Seguridad Social, en ejercicio de sus funciones Constitucionales previstas en los artículos 118, 277, 278 de la Constitución Política, desarrolladas en los Decretos 262 de 2000 y el Decreto Ley 1851 de 2021, realizó estudio que contempla las principales observaciones al articulado de proyecto de ley 339 de 2023 "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", el cual me permito remitirle para los fines pertinentes.</p> <p>Cordialmente,</p>  <p>DIANA MARGARITA OJEDA VISBAL Procuradora delegada</p>	<p>OBSERVACIONES DE LA PROCURADURÍA DELEGADA PARA ASUNTOS DEL TRABAJO Y LA SEGURIDAD SOCIAL AL PROYECTO DE LEY 339 DE 2023 REFORMA A LA SALUD.</p> <p>La Procuraduría General de la Nación abordará el análisis del articulado del proyecto de Ley de reforma a la salud, desarrollando algunos aspectos centrales de carácter constitucional, legal jurídico, técnico y financiero, para finalmente exponer sus conclusiones respecto de la reestructuración proyectada y desmonte estructural del actual sistema de salud.</p> <p>El presente estudio se desarrolla principalmente través de cuatro capítulos. El primero "Aspectos Constitucionales, Legales y de Conveniencia de la reforma. El segundo "Observaciones al Modelo Asistencial y de Aseguramiento en Salud". El tercer capítulo "Fuentes, Usos y Gestión de los Recursos Financieros del Sistema de Salud", y por último, un "Esquema Comparativo de las Funciones de las EPS con lo Propuesto por el Proyecto de Ley".</p> <p>La reforma a la salud que inicia su trámite en el Congreso de la República ha sido objeto de un examen detallado por parte de la comunidad científica y académica, de diferentes actores del sector, de expertos en salud y también de las diferentes asociaciones de usuarios, compartiendo todos, profundas observaciones jurídicas, técnicas, administrativas, financieras, de falta de garantías en los derechos a la salud e identificando desaciertos regresivos en el articulado, cuyo análisis exige un debate responsable y participativo en el legislativo.</p> <p>La Procuraduría, como garante de los derechos fundamentales y representante de los ciudadanos, cumple con el deber constitucional y legal de informar al legislativo, al gobierno, a los diferentes actores del sistema y a la ciudadanía en general, las inconsistencias y retrocesos encontrados en el contenido del proyecto de reforma respecto de los conceptos de no regresividad, progresividad, constitucionalidad, pertinencia y utilidad de la reestructuración del actual sistema de salud tal como está planteado, entre otros temas relevantes.</p> <p>El actual sistema de seguridad social en Salud creado por la Ley 100 de 1993, y desarrollado por las Leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011, entre otras, crean la estructura del sistema y en particular las Empresas Promotoras de Salud, que tienen dentro de sus funciones el aseguramiento en salud. Estas Entidades Promotoras de Salud son las responsables de la administración del riesgo financiero, de la gestión del riesgo en salud, de la articulación de los servicios que garanticen el acceso efectivo a la prestación de los servicios de salud y de la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores, sin perjuicio de la autonomía del usuario.</p> <p>Lo anterior significa que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y garantice el acceso a los servicios y tecnologías previstos en el Plan de Beneficios en Salud, financiado principalmente con la Unidad de pago por capitación (UPC) que</p>
---	--

<p>corresponde al valor anual que se reconoce a las EPS por cada uno de los afiliados al sistema a cargo de ellas.</p> <p>Con la afiliación al Sistema e inscripción en una EPS los usuarios tienen derecho a acceder de manera integral y continua a la Prestación de los Servicios de salud que requieran, incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, el cual contempla servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, con lo que se garantiza el derecho fundamental a la salud.</p> <p>El actual sistema de salud ha venido fortaleciéndose a partir de 1993 y la salud se ha consolidado como un derecho fundamental autónomo de conformidad con los diferentes postulados jurisprudenciales judiciales, en especial la Sentencia T-760 de 2008 y la posterior expedición de la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de la Salud. Esto contribuye a interacciones institucionales eficientes y a la adquisición de innovación de nuevas tecnologías, avances científicos, eficiencia del gasto pese a circunstancias que toman muchas veces insuficiente la UPC.</p> <p>La actual garantía estatal del derecho fundamental a la salud se materializa a través de la articulación del sector público con las capacidades de gestión, modernización y eficiencia tecnológica de los actores privados, con la participación de aseguradores y prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, logrando una cobertura de afiliación cercana al 99% entre ambos regímenes.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO I ASPECTOS CONSTITUCIONALES, LEGALES Y DE CONVENIENCIA DE LA REFORMA.</p> <p>1. Trámite legislativo de la reforma.</p> <p>Un punto de debate de la actual reforma a la salud es su mismo trámite, es decir si ésta debe tramitarse como ley Ordinaria o como ley Estatutaria.</p> <p>El punto de partida consiste en determinar si la reforma presentada desarrolla aspectos estructurales del derecho fundamental a la salud y si involucra aspectos inherentes a su ejercicio y formas de acceso. A partir de ello, corresponderá definir si debe sujetarse a un trámite riguroso con revisión previa por parte de la Corte Constitucional.</p> <p>El proyecto de Ley presentado por el gobierno nacional modifica el núcleo central del derecho fundamental a la salud en aspectos estructurales como la libre escogencia y movilidad entre entidades aseguradoras (artículo 153 de la Ley 100 de 1993, artículo 3 Ley 1438 de 2011). Regula elementos inherentes a su ejercicio y formas de acceder a los servicios de salud. También plantea cambios esenciales como el fin de las funciones actuales de las EPS en el aseguramiento, sin definir claramente quién asume las mismas sobre todo en lo relacionado con la gestión integral del riesgo en salud. La definición de la ADRES como único pagador. Contempla la gestión de la salud y articulación de los servicios por los Centros de Atención Primaria Integral resolutiva de Salud, denominada CAPIRS y de otras muchas instituciones. Se incluyen modificaciones sustanciales en la destinación de parte de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (recursos parafiscales y Sistema General de Participaciones).</p>	<p>Concluir que el trámite de proyecto de reforma es de Ley ordinaria porque modifica la Ley 100 de 1993, norma de carácter también ordinario, no resuelve el debate, dado que para el momento de su trámite legislativo, la salud era un derecho económico, social y cultural. El momento legislativo relevante es la expedición de la Ley 1751 de 2015, de naturaleza estatutaria por determinar y elevar la salud como derecho fundamental.</p> <p>De otra parte, el artículo 152 de la Constitución Política exige el trámite de ley estatutaria cuando se trata de la regulación del derecho fundamental, pero además, cuando se comprometen los procedimientos y recursos para su protección.</p> <p>2. Algunas normas que se modifican a través del proyecto:</p> <p>A. Ley 715 de 2015 de 2001- Ley orgánica del Sistema General de Participación- Los artículos 34, 35, 36, 37 y 38 de la reforma a la Salud modifican disposiciones de la Ley 715 de 2001 "Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros".</p> <p>Se pretenden modificar normas de naturaleza orgánica con una ley ordinaria. Lo anterior contraría lo establecido en los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política. Desarrollados en el artículo 206 de la Ley 5 de 1992.</p> <p>La Sentencia C-432-2017 refiere la definición de las leyes orgánicas y su reserva consagrada en el art. 151 de la Constitución Nacional. Al respecto pueden consultarse también las Sentencias C-052 de 2015, M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub, y C-133 del 29 de febrero de 2012, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza.</p> <p>B. Artículos de la reforma que modifican códigos, adicionan competencias y sustituyen la Constitución Política.</p> <p>El artículo 119 del proyecto de reforma, adiciona una función al Consejo Superior de la Judicatura:</p> <p><i>"Artículo 119. Acceso expedito a los servicios de salud. La Superintendencia Nacional de Salud, el Consejo Superior de la Judicatura y el Ministerio de Justicia y del Derecho, implementarán conjuntamente estrategias que permitan la descongestión en el acceso a los servicios de salud, a partir de los mecanismos administrativos que se adopten para hacer explícito el acceso al Sistema de Salud..."</i></p> <p>Observación: Las funciones constitucionales del Consejo Superior de la judicatura están consagradas en los artículos 256 y 257 de la Constitución.</p> <p>C. Disposiciones de la reforma que desconocen el principio de Unidad de Materia.</p> <p>Régimen Disciplinario y Sancionatorio.</p> <p>El artículo 137 de la reforma establece el Régimen Disciplinario y Sancionatorio. El título no corresponde con su contenido. El Régimen Disciplinario y</p>
<p>Sancionatorio tiene por objeto definir las sanciones penales y disciplinarias a las entidades públicas, privadas y mixtas que prestan servicios de salud hospitalarios o ambulatorios(...)</p> <p>Observación: Las personas jurídicas no son objeto de sanciones disciplinarias.</p> <p>Los artículos 138 al 142 del proyecto de reforma de la salud, modifican el régimen disciplinario consagrado en la Ley 1952 de 2019, violando la unidad de materia dispuesta para todas las leyes.</p> <p>Estos artículos violarían el principio de unidad de materia consagrado en el artículo 158 de la Constitución en los siguientes términos "todo proyecto de ley debe referirse a una misma materia y serán inadmisibles las disposiciones o modificaciones que no se relacionen con ella".</p> <p>La Corte Constitucional ha destacado que el principio de unidad de materia se traduce en la exigencia de que en toda ley debe existir correspondencia lógica entre el título y su contenido normativo, así como también, una relación de conexidad interna entre las distintas normas que la integran. Sentencia C-133 del 29 de febrero de 2012. MP Gabriel Eduardo Mendoza.</p> <p>3. El Proyecto modifica las Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Nacional de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> La reforma no establece términos para emitir sentencia por parte del juez de la Superintendencia, este aspecto se regularía a partir de las facultades extraordinarias propuestas para el presidente de la República. Tampoco define la segunda instancia de la función jurisdiccional. Así mismo, preocupa que no se establecen los jueces con los que la Supersalud compartiría competencia, esto podría ser objeto de revisión por parte de la Corte Constitucional al asignarse funciones jurisdiccionales a las entidades administrativas (art 116 de la CP). Elimina una de las actuales competencias, y la de mayor demanda en materia jurisdiccional: el reconocimiento económico por gastos en salud por negligencia, inoportunidad o negativa injustificada en el acceso a los servicios o tecnologías de salud, es decir, cuando los usuarios deben asumir, de su propio bolsillo, los servicios que le han sido negados. Se constituiría criterio de regresividad. ¿Por qué razón las EPS si son demandables por estas negaciones en el actual sistema y en cambio en el proyecto los actores que asumen los roles de garantes y aseguradores no los son? No es clara la competencia de la Supersalud en materia jurisdiccional para resolver procesos por conflictos relacionados con la libre elección y movilidad dentro del Sistema de Salud. Si los ciudadanos van a ser asignados a los CAPIRS con criterios exclusivos de georreferenciación, no existirían instituciones o entidades de afiliación o clínicas y hospitales optativos. 	<ul style="list-style-type: none"> En el párrafo primero la reforma establece que La Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar estos asuntos a petición de parte o por medio del sistema de quejas y reclamos. Esto significaría que no se accede a la función jurisdiccional a través de demandas sino de una petición, queja o reclamo, desnaturalizando la función judicial, afectando su natural independencia de las funciones administrativas, confunde el derecho de petición (acción meramente administrativa) con las demandas que activan la administración de justicia. Con todo lo anterior se generaría un riesgo antijurídico para la entidad. El párrafo segundo de la reforma establece que el procedimiento que se desarrollará para el trámite de las funciones jurisdiccionales será el establecido para la acción de tutela Decreto 2591 de 1991, lo cual podría implicar que el juez de la Supersalud se vea abocado a actuar sin rigurosidad técnica y científica, sin un análisis respetuoso de protocolos, evidencia y tecnicismo, teniendo en cuenta que la tutela es una acción de naturaleza constitucional revestida de un gran concepto de informalidad. El artículo 118. Desestimación de la personalidad jurídica para la liquidación judicial. <p>Consagra la desestimación de la personalidad jurídica de las sociedades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, competencia que tiene actualmente la Superintendencia de Sociedades, de conformidad con el artículo 24 literal d) del Código General del Proceso, que consagró las competencias jurisdiccionales a esta entidad. Esta norma estaría modificando el Código General del Proceso.</p> <p>4. En lo laboral.</p> <p>La reforma al parecer busca crear una nueva figura de servidor público de salud para las Instituciones de Servicios Estatales de Salud (ISES), anteriores (ESEs). Es necesario tener en cuenta lo establecido en el artículo 125 de la Constitución política, sus normas reglamentarias y la Sentencia C 579 del 30 de octubre de 1996 M.P. Hernando Herrera Vergara, que declaró inexecutable una categoría diferente pretendida en su momento para los funcionarios de la seguridad social del ISS.</p> <p>En el Capítulo XV se desarrolla el régimen y la política laboral de los trabajadores de la salud para las instituciones privadas y mixtas, lo cual debe revisarse a la luz de la normatividad vigente sobre la materia.</p> <p>5. Normas Inconvenientes:</p> <p>A. El artículo 10 de la reforma consagra la creación del Consejo Nacional de Salud, demasiados miembros (40), lo que puede entorpecer la toma de decisiones.</p> <p>El párrafo 3º de esta misma norma consagra que el Ministerio de Salud y Protección Social, definirá un presupuesto de funcionamiento de la secretaría técnica, gastos de honorarios gastos de funcionamiento, desplazamiento y</p>

<p>viáticos lo que genera recursos atribuibles al presupuesto general de la nación, que deben contar con el aval del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.</p> <p>B. El artículo 12 describe las funciones del Consejo Nacional de Salud, y en el parágrafo 1 de la norma se menciona que el Ministerio de Salud y Protección Social puede apartarse de las decisiones del Consejo Nacional de Salud.</p> <p>Observación: Las consideraciones u observaciones del Consejo Nacional de Salud no serían vinculantes, esto le restaría importancia en el nivel decisorio.</p> <p>C. Artículos sin plazos definidos de reglamentación o implementación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Artículo 79. Organización y Conformación de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud-RIISS: Conformación de las redes integradas e integrales de servicios de salud incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos. Tiempos de implementación indefinidos. • Artículo 84. Implementación de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud - CAPIRS. Las Direcciones Municipales y Distritales de Salud garantizarán mediante la conformación y el desarrollo de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud los servicios básicos de salud, los servicios de apoyo diagnóstico, programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de la participación social en las distintas áreas geográficas del territorio, así como la referencia de pacientes hacia servicios de mediana o alta complejidad. Tiempos de implementación indefinidos. • Artículo 93. Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS). La Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) para las personas, familias y comunidades, se desarrollará por parte de las Instituciones de Salud del Estado ISE, privadas y mixtas. • "Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los servicios diagnósticos que son indispensables en la prestación de la atención básica identificando aquellos servicios clasificados como de mediana complejidad que deban ser reclasificados para lograr la mayor capacidad resolutiva posible en los Centros de Atención Primaria". Tiempos de implementación indefinidos. <p>D. Prestaciones económicas. Artículo 101. Observación: Este artículo tal como se encuentra redactado, no define que entidad dentro del Sistema de Seguridad Social en salud va a reconocer y pagar las incapacidades por enfermedad de origen común, licencias de maternidad y paternidad. Sólo menciona que el Ministerio de salud y Protección Social definirá las formas de reconocimiento de las prestaciones de la población cotizante. Estos derechos prestacionales y de la seguridad social deben ser claramente especificados en la reforma.</p>	<p>De manera aislada se establece en el artículo 149 de transición que las EPS podrán gestionar las prestaciones económicas de los cotizantes. Pero no se aclara quien va a pagarlas.</p> <p>E. El artículo 102. Sistema de Información. En desarrollo de lo dispuesto por el artículo 19 de la Ley 1751, se estructurará el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud – SPUIIS, que permita la toma de decisiones en todos los niveles e instancias, los datos abiertos para la gestión integral del Sistema de Salud y la rendición de cuentas. Dicho sistema entrará a operar en un periodo no mayor a un año.</p> <p>Observación: Es un riesgo que el nuevo modelo inicie su operación sin este sistema, pues sobre él recae toda la toma de decisiones en todos los niveles e instancias y al parecer contendrá todos los datos para la gestión integral del Sistema de Salud, gasto en salud y rendición de cuentas.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO II OBSERVACIONES AL MODELO ASISTENCIAL Y DE ASEGURAMIENTO EN SALUD PROPUESTO.</p> <p>1. Aportes y Recaudo. Artículos 22, 25, 26, 28. Se modifica el proceso administrativo de afiliación y recaudo. Estará cargo de ADRES, a través de la Cuenta Única de Recaudo para el Sistema de Salud (CUR). Su función es recibir todos los aportes de cotizaciones en salud en todo el país. Recaudo centralizado.</p> <p>Observación: El recaudo no solo contempla la captación del pago por parte del aportante. Actualmente las EPS promueven la afiliación de los ciudadanos y sus familias, se organizan los mecanismos para acceder a los servicios a partir de la afiliación, definen los procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias a las Instituciones Prestadoras.</p> <p>Para la gestión de recaudo se prevé un registro electrónico que no existe actualmente. Es necesario que ADRES cuente con la infraestructura tecnológica y administrativa para gestionar de manera centralizada este proceso, y eventualmente, qué recursos y cuánto tiempo, en el marco del proceso de transición, conllevaría adquirir estas capacidades.</p> <p>El actual sistema de salud logró una afiliación superior al 99% de la población total, a través de un esquema sistematizado de recaudo según regímenes y naturaleza de los contribuyentes, esta gestión se desmontaría para ser centralizada, no existe criterio de evolución u optimización con la centralización del recaudo propuesta.</p> <p>2. Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud-RIISS. Artículo 76. La prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud – RIISS.</p> <p>Observación: No existen estudios, diagnóstico, ni condiciones claras para la participación de las instituciones de servicios de salud privadas en la conformación de estas redes. Qué término se tiene previsto para que la red</p>
<p>pública se posicione dentro de la oferta de servicios? Que estudios técnicos se han adelantado sobre esta estructura. No existe un estudio de capacidad de oferta de servicios de salud a nivel nacional y territorial. la ley debe definir que este quedará a cargo del Ministerio y también deberá mantenerlo actualizado. La organización y conformación de las redes queda en cabeza de las entidades territoriales, pero no es claro el proceso de habilitación de estas. Si la entidad territorial las crea no puede habilitarlas ya que podría configurarse un conflicto de intereses.</p> <p>3. Adscripción de entidades sanitarias privadas y mixtas a las redes integradas e integrales de servicios. Artículo 77.</p> <p>Los servicios habilitados se prestarán de acuerdo con las necesidades y solicitudes del sistema de referencia, bajo el régimen tarifario único, las condiciones para el pago de dichos servicios y la generación de los reportes de información.</p> <p>Observación: Fuertes críticas desde lo técnico al sistema tarifario único. La contención del gasto se realizaría a partir de un manual tarifario, la autorregulación médica y el fraccionamiento de la UPC.</p> <p>El Manual Tarifario Único puede poner en riesgo la calidad de los servicios prestados por las instituciones en razón a los incentivos económicos que pueden aparecer, se tiene que reconocer la diversidad geográfica. No se reconocen costos en zonas apartadas. También desincentiva la inversión y como consecuencia de ello, estancamiento tecnológico y baja participación de lo privado, haciendo por ejemplo que toda la infraestructura migre hacia los planes voluntarios de salud y mayores gastos de bolsillo.</p> <p>4. Organización y Conformación de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud - RIISS: Artículo 79. Las entidades departamentales y distritales según corresponda, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, organizarán y conformarán las redes integradas e integrales de servicios de salud incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos.</p> <p>Observación: A través de que modalidad de contratación se vincularán a los prestadores privados? La estructura institucional propuesta en la reforma parte del fortalecimiento de la red hospitalaria pública para asumir los servicios de mediana y alta complejidad y la medicina especializada, en cuánto tiempo y con qué recursos se hará esto?</p> <p>5. Prestación de servicios médicos asistenciales. Artículo 80. La reforma define la prestación de servicios médicos asistenciales como los cuidados que incluyen la baja, mediana y alta complejidad, ambulatoria y hospitalaria, con todos sus servicios de apoyo para el diagnóstico y la complementación terapéutica, de rehabilitación y paliación, así como todas las especialidades aprobadas o convalidadas reguladas por el Ministerio de Educación Nacional. La prestación de servicios médicos asistenciales implica los servicios de atención prehospitalaria, de urgencias, el transporte de pacientes y los servicios farmacéuticos, orientados a garantizar el derecho fundamental a la salud.</p>	<p>Observación: Es acertado el concepto de servicio asistencial integral, no obstante, la reforma no incluye estudios de viabilidad operativa que sustenten su propuesta consistente en asignar la gestión de los servicios asistenciales a una serie de actores, cuya articulación parte de cero, sin capacidades técnicas, sujetos a proyectos de fortalecimiento y periodos de transición experimentales, coordinados por instituciones e instancias disímiles, con responsabilidades compartidas y superpuestas que generan dispersión de responsabilidades y pueden llevar a más fragmentación en la prestación de servicios y dificultades en el acceso a la mediana y alta complejidad considerando que la referencia se realiza directamente desde los CAPIRS, sin un sistema de información consolidado de capacidad de las redes.</p> <p>6. Adscripción de la población para atención primaria. Artículos 83.</p> <p>Todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud en función de su lugar de residencia.</p> <p>Observación. Se traslada la función de las EPS a estos nuevos actores, los que a su vez asumen parte de la garantía del derecho a la salud y gestión del riesgo. Estos centros parten su funcionamiento desde cero, sin curva de experiencia, sin instrumentos e indicadores claros de medición.</p> <p>7. Implementación de los Centros de atención Primaria Integral Resolutiva en Salud – CAPIRS. Artículo 84. Las Direcciones Municipales y Distritales de Salud garantizarán mediante la conformación y el desarrollo de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud los servicios básicos de salud, los servicios de apoyo diagnóstico, programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de la participación social en las distintas áreas geográficas del territorio, así como la referencia de pacientes hacia servicios de mediana o alta complejidad.</p> <p>Observaciones 1: Las funciones atribuidas a los CAPIRS son de gran relevancia en el acceso y el tránsito de los usuarios por los diferentes niveles de atención, sin embargo, la reforma también establece que son las entidades territoriales, los gobiernos locales y concretamente las secretarías de salud quienes asumen la garantía del derecho y conforman los CAPIRS.</p> <p>Las Direcciones municipales o distritales han manifestado que no cuentan actualmente con la estructura, la disponibilidad de recursos financieros ni la capacidad administrativa para asumir la garantía del acceso a los servicios de salud. Es necesario cuestionarse acerca de la capacidad de las entidades territoriales para conformar los CAPIRS.</p> <p>En los centros urbanos, cada Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (CAPIRS) cubrirá como máximo 25.000.</p> <p>La propuesta de reforma no presenta estudio financiero que determine el presupuesto necesario para implementar y sostener estos centros.</p> <p>Los CAPIRS serán sede de los programas y equipos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de la participación social. serán el punto de origen obligatorio de las órdenes de referencia para</p>

<p>la atención de la población asignada hacia la red hospitalaria y especializada de mediana y alta complejidad.</p> <p>También serán responsables de consolidar la información del total de la población a su cargo, en términos demográficos y de estado de salud, para planificar los servicios básicos y las acciones de promoción y prevención. Serán igualmente responsables de la vigilancia epidemiológica sobre la población adscrita al respectivo centro. Gestionarán la referencia de pacientes a la red de mediana y alta complejidad, contarán con modernos sistemas de comunicaciones para lograr el agenciamiento de las necesidades de su población adscrita, con el apoyo de los centros departamentales y distritales de referencia de pacientes.</p> <p>Observación 2: Gestión del riesgo en salud asignada a este nuevo actor, sin conocimiento y capacidades para realizarla, sujeto a asignación presupuestal y sin indicadores de resultados en salud y administrativos preliminares y posiblemente sobredimensionados. Factores generadores de burocracia y posibles cuellos de botella para el acceso a la mediana y alta complejidad, por lo tanto el actual problema de autorizaciones no quedaría resuelto y podría agravarse.</p> <p>El articulado no identifica el presupuesto que se invertirá para lograr esta infraestructura. Dependen de modernos sistemas de información hoy inexistentes y del proyectado Sistema Público Único de Información Integral en Salud – SPUIIS. Punto de análisis: No es razonable técnica y presupuestalmente el traslado de funciones a nuevos actores, desechando los sistemas, plataformas e infraestructuras actuales.</p> <p>Los municipios y distritos definirán la ubicación y responsabilidad poblacional de los Centros de atención Primaria Integral Resolutiva en Salud en el ámbito de su jurisdicción o en la que se acuerde por vía asociativa entre dos o más entidades territoriales, ubicarán la sede y nombrarán al director del Centro y su equipo profesional y técnico, condición necesaria para asignar el presupuesto de Atención Primaria de un grupo poblacional.</p> <p>Observación 3: Manejo de componentes del aseguramiento a cargo de las entidades territoriales y de los gobiernos locales. Otro hecho generador de burocracia. Desaprovechamiento de experiencia y tecnología lograda por cerca de tres décadas.</p> <p>Consejo de Participación y Seguimiento de la operación de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud. Otro nuevo actor. El Director territorial de salud o su delegado integrará y presidirá este Consejo. Estará conformado por siete (7) miembros, de los cuales cuatro (4) serán designados por las organizaciones sociales y dos (2) por personal de la salud que labore en dichos centros. El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos de conformación, integración y funcionamiento de los mismos.</p> <p>Observaciones 4: Los CAPIRS serán conformados por los directores territoriales municipales y distritales de salud, nombrarán a su director, y presidirán el consejo de participación y seguimiento que los evalúa, aunque la redacción no es muy clara, pareciera que trata de un consejo por cada CAPIRS, es decir, por municipio y distrito. Posibles estructuras de</p>	<p>ineficiencia, burocracia y conflictos de intereses. No se define plazo para la reglamentación de estos centros y tampoco costos de operación.</p> <p>Los CAPIRS, conformarán los Equipos Multidisciplinarios de Salud. Las diferentes asociaciones y agremiaciones de profesionales de la salud han manifestado que no existe suficiente oferta de profesionales para lograr la conformación de estos equipos en las regiones.</p> <p>8. Sistema de referencia y contrarreferencia. Artículo 86.</p> <p>(...) <i>Cuando el paciente opte por recibir servicios médicos básicos distintos a los suministrados por su Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, asignado según su lugar de residencia, y requiera de parte del Sistema de Salud servicios de mayor complejidad, deberá tramitarlos desde el Centro de Atención Primaria que le corresponda por su lugar de residencia.</i></p> <p>Observación: Esta función de gestión de la salud asignada a los CAPIRS no especifica en qué casos y cuáles servicios son optativos para el usuario, adicionalmente, si estos centros se financian de un presupuesto que se asigna de acuerdo con la población inscrita en ellos, si el usuario toma los servicios en otra institución ¿cómo se financian o cómo se cruzan los recursos?</p> <p>9. Proceso Interinstitucional. Artículo 87. <i>Para garantizar la accesibilidad, integralidad, pertinencia y continuidad de la atención en salud, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes a través de la red de servicios será un proceso interinstitucional. Cada Institución de salud, deberá mantener en funcionamiento permanente una dependencia de Referencia y Contrarreferencia de pacientes. Toda solicitud de referencia y traslado de pacientes debe ser orientada por estas instancias, que deberán gestionar la consecución del servicio requerido en la institución de mayor complejidad, con el apoyo de la Coordinación Municipal, Distrital o Departamental de la Red de Servicios. Toda contrarreferencia debe ser igualmente dirigida por estas instancias. (...)</i></p> <p>Observaciones:</p> <p>Según este artículo la responsabilidad de la gestión del escalamiento y tránsito de los pacientes por las instituciones del sistema será asumida por las mismas instituciones prestadoras de servicios de salud con el apoyo de unas nuevas instancias denominadas Coordinación Municipal, Distrital o Departamental de la Red de Servicios, con una estructura regional por número de habitantes. También se crean Coordinaciones Regionales de la Red de Servicios que dependen del Fondo Regional de Salud. No se definen responsabilidades entre los niveles departamental, distrital, municipal, regional. Además existiría una Coordinación Nacional de la Red de Servicios Especiales para suplir las necesidades de atención que superen los límites regionales</p> <p>Se puede concluir que las secretarías de salud serán las responsables de conformar las redes integrales de servicios de salud, así como los CAPIRS, y adicionalmente asumirán la coordinación del traslado de los usuarios entre clínicas y hospitales de diferentes niveles de complejidad. Esto significa que la gestión de la salud de los usuarios dependerá de la gestión de las</p>
<p>entidades territoriales, direcciones territoriales de salud o secretarías de salud. No obstante, conforme el articulado quien contrata los prestadores es ADRES, lo cual fragmenta la toma de decisiones, la responsabilidad y el manejo de la red.</p> <p>10. Funcionamiento, plataforma tecnológica y evaluación de las Coordinaciones de Redes de Servicios. Artículo 88, 89, 90 y 91.</p> <p>Observación: Estos artículos crean la estructura de la coordinación de las redes a nivel territorial, regional y nacional. Establecen sus funciones, su conformación, las plataformas tecnológicas que requieren para su operación y sus procesos de seguimiento y evaluación. La Coordinación de las redes de servicios constituye un eje central en la gestión de la salud y en la movilización del paciente por los diferentes niveles de atención. No resulta clara su interacción, se plantea una conformación compleja y se parte de una tecnología inexistente, generándose gran riesgo para la integralidad de las atenciones en salud.</p> <p>11. Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS). Artículo 93. se desarrollará por parte de las Instituciones de Salud del Estado ISE, privadas y mixtas.</p> <p>Observación: No se tiene certeza ni diagnóstico de la participación de las instituciones privadas en las redes integrales e integradas de servicios de salud RIIS. No se conoce estudio técnico que así lo determine, ni cómo será la forma de contratación, si se contratará a toda la red o a cada prestador. ¿Si es a toda la red, bajo qué figura de asociación de los prestadores y cómo será la organización interna de las redes para su articulación?</p> <p>12. Servicios médico-asistenciales de baja complejidad. Artículo 94. Serán dirigidos y prestados por equipos de profesionales, técnicos y auxiliares de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud de los municipios y distritos.</p> <p>Observación: La reforma plantea que se desarrollará un plan de inversión en CAPIRS a diez años, a fin de contar, como mínimo, con un centro por cada 20.000 habitantes. El artículo 83 define que en los centros urbanos, cada CAPIRS cubrirá como máximo 25.000 habitantes.</p> <p>Entre tanto transcurren los diez años, se desconoce quién asumirá las funciones de aseguramiento de los CAPIRS en las regiones en donde no se logren implementar de manera inmediata. Será la Nueva EPS? ¿Cómo asumirá el sistema esa gradualidad? ¿Se trataría de una transición de 10 años? Esta propuesta resulta inconsistente, débil y riesgosa.</p> <p>Este artículo también prevé que:</p> <p>(...) <i>Los Centros de Atención Primaria deberán integrar progresivamente en sus instalaciones los servicios diagnósticos de mediana complejidad y la interconsulta con especialistas en línea.</i></p>	<p>Observación: Los CAPIRS están previstos como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, y a su vez como instancias de las secretarías de salud con funciones de gestión administrativa. Estas son responsabilidades prestacionales y de aseguramiento en entidades sin experiencia.</p> <p>13. Servicios ambulatorios y hospitalarios especializados. Artículo 95. El artículo describe los servicios ambulatorios y hospitalarios especializados de las instituciones prestadoras de salud debidamente habilitadas.</p> <p>Observación: Este es un tema asociado a la participación de los prestadores de servicios privados en la conformación de redes integrales de servicios. Se ha definido la expedición de un Manual Tarifario Único para el sistema, esto podría afectar dicha participación.</p> <p>14. Servicios de mediana y alta complejidad. Artículo 96. (...) Estos servicios desarrollarán los programas domiciliarios de atención, el monitoreo a distancia de pacientes y los servicios de hospitalización domiciliaria, a fin de garantizar la continuidad e integralidad del manejo del paciente.</p> <p>Observaciones: No existe diagnóstico sobre la capacidad en los territorios para el cumplimiento de estas funciones. También es un tema asociado a la conformación de redes en el que debe analizarse detenidamente la participación de los prestadores privados sujetos a un Manual Tarifario único y el mismo alcance de servicios de mediana y alta complejidad de tipo domiciliario (IPS de 2°, 3° y 4° nivel).</p> <p>En cuanto a que los departamentos y distritos deberán formular un plan decenal de inversión y desarrollo de Hospitales públicos a fin de garantizar la oferta de los servicios de mediana complejidad y contar, como mínimo, con un centro hospitalario público con servicios de mediana complejidad por cada 100.000 habitantes o fracción menor, se observa que este es otro artículo en el que tácitamente se reconoce la falta de infraestructura hospitalaria pública. Otro período de transición decenal. No se conocen estudios financieros, de viabilidad técnica y de presupuesto que se hayan efectuado para esta propuesta.</p> <p>Conclusiones del modelo prestacional propuesto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La reforma no incluye estudios de viabilidad, científicos y técnicos que permitan sustentar, en términos de costo eficiencia, que el modelo propuesto es necesario, conveniente, viable, sostenible y progresivo para los ciudadanos. 2. No identifica cuál es la optimización operativa lograda a partir del desmonte de la estructura del actual sistema y de la territorialización y dispersión de roles y responsabilidades. 3. No se propone un modelo asistencial integrado y administrativo claro, para el usuario. 4. Se crean un gran número de nuevas instancias y entidades responsables de garantizar no solo el acceso, sino el tránsito del paciente por los diferentes niveles de atención, sin procesos claros de articulación e interoperabilidad, sin delimitación de responsabilidades y principalmente sin capacidades tecnológicas, administrativas y presupuestales. Se trata de alrededor de 8 clases de nuevas instancias en los niveles regional, departamental, distrital y municipal que comprenden consejos territoriales de salud, consejos de administración, consejos de planeación y evaluación, fondos regionales, fondos territoriales, unidades

<p>técnicas especializadas, entre otras. Esta nueva estructura generaría gran riesgo de burocracia, de duplicidad de procesos y por ende de barreras de acceso a los servicios de salud.</p> <ol style="list-style-type: none"> Se proponen procesos que muestran una clara desarticulación entre las instituciones prestadoras encargadas de la Atención primaria en Salud y los prestadores de servicios complementarios, servicios ambulatorios especializados, servicios de mediana y alta complejidad. No se establecen procesos estructurados y articulados entre las acciones de la red de primer nivel con los prestadores de segundo y tercer nivel de atención. El modelo propuesto es experimental porque traslada la administración, articulación y gestión del riesgo de la salud y financiero, es decir el concepto de aseguramiento en salud hoy a cargo de las EPS, a instancias como las Secretarías de Salud, los Centros de Atención Primaria en Salud, las Redes Integradas e Integrales de salud, las clínicas y hospitales, con responsabilidades compartidas, sin claridad en los roles, sin reglas claras de interacción de unas con otras, sin instancias de coordinación y seguimiento, todo lo cual afectaría gravemente el servicio y sin figuras responsables claras a las que los usuarios puedan exigir el cumplimiento del goce efectivo de su derecho a la salud. Se abandona la figura de "asegurador o administrador" identificada por el ciudadano como responsable de su cuidado. Habría total ausencia de representación del ciudadano ante el prestador de servicios de salud. Esto implicaría un retroceso para el usuario pues no es claro ante quien debe acudir en caso de requerir servicios de salud. La gestión del riesgo en salud es asignada entre otras, a los Centros de Atención Primaria en Salud, instancias nuevas, sin una estructura definida, sin indicadores de resultados. El articulado no identifica el presupuesto que se invertirá en la creación de los Centros de Atención Primaria en Salud. Dependen de modernos sistemas de información hoy inexistentes y del Sistema Público Único de Información Integral en Salud – SPUIIS cuya implementación es indeterminada por su diseño y costo. Las Secretarías de Salud actualmente no tienen la estructura, la disponibilidad de recursos ni la capacidad técnica, administrativa y jurídica para ser garantes de la prestación de servicios de salud, tampoco para conformar e implementar los CAPIRS. Se prevé que en los centros urbanos, cada Centro de atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (CAPIRS) cubrirá como máximo 25.000 habitantes sin el estudio técnico y financiero que determine el presupuesto necesario para implementar estos centros. La administración y gestión de la interoperabilidad entre redes y la coordinación de referencia y contrarreferencia en los servicios de urgencias en cabeza de las direcciones o secretarías de salud, sin plataformas tecnológicas, puede comprometer gravemente la vida de los usuarios. Se viola la facultad de libre escogencia: Los ciudadanos y sus familias quedarán asignados, sin libertad de elección, a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPIRS) con criterios exclusivos de georeferenciación, impidiendo al usuario optar por otros centros de atención conforme sus necesidades. Pérdida de autonomía para la libre elección en el proceso de búsqueda de la atención de salud dentro de la red por parte del ciudadano. Esto involucra riesgo de inconstitucionalidad. Identificamos que los CAPIRS asumen gran parte de las funciones de aseguramiento que hoy tienen las EPS. Estos centros, no son claramente definidos en la reforma, son instancias nuevas, conformadas por las Secretarías de Salud, sin evidencia sobre su efectividad y sin estudios de costos sobre su sostenibilidad, y lo más grave, con período de creación total a nivel nación en un 	<p>período de diez años. Los CAPIRS están contemplados para garantizar los bienes y servicios para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y también harán gestión de caracterización y gestión de riesgo. Con este traslado de funciones se desconocen los avances logrados por el actual sistema en la materia.</p> <p>No existe estudio financiero y de costos de inversión para implementar estos centros. Se contempla su creación en diez años. Podíamos hablar entonces de una transición de 10 años? Cuál es la regla de progresividad aplicada? Quien atendería entre tanto a la población? coexistirían los dos modelos?</p> <ol style="list-style-type: none"> Los CAPIRS están contemplados para garantizar los bienes y servicios para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y también harán gestión de caracterización y gestión de riesgo. Con este traslado de funciones se desconocen los avances logrados por el actual sistema en la materia. Los CAPIRS, conformarán los Equipos Multidisciplinarios de Salud. Las diferentes asociaciones y agremiaciones de profesionales de la salud han manifestado que no existe suficiente oferta de profesionales, principalmente en los territorios para lograr la conformación de estos equipos en las regiones. Lo previsto en la reforma no soluciona nada al respecto. También los hospitales públicos y en general las instituciones prestadoras de servicios de salud asumen gran responsabilidad en la gestión de la salud de los ciudadanos, no solo en lo asistencial, sino en el traslado a otros niveles de atención. Actualmente estas instituciones no tienen estas capacidades, y es previsible que no la puedan adquirir en el corto o mediano plazo, bajo el esquema de mancomunar riesgo de 20 mil habitantes en un modelo territorial. No existen estudios, diagnóstico, ni condiciones claras para la participación de las instituciones de servicios de salud privadas en la conformación de estas redes. No hay término previsto para que la red pública se fortalezca y se posicione dentro de la oferta de servicios. Se equiparan modelos y conceptos diferentes aunque complementarios, como la Atención Primaria en Salud con el Primer Nivel de Atención. La reforma no incluye modelos de atención para tratamientos de pacientes crónicos y de enfermedades catastróficas o de alto costo. Se pretende estatizar la innovación y los avances tecnológicos obtenidos por el sector privado al preverse traslado de tecnología al aseguramiento social. Desaparece la portabilidad porque se requiere inscripción en los diferentes entes territoriales para garantizar la continuidad. En efecto, la Atención Primaria en Salud debe ser un enfoque central del sistema, pero no se explican técnicamente las razones por las cuales se considera que el desmonte del actual sistema permitiría solucionar los factores debilitantes, por el contrario se desmonta la estructura, no se propone una solución sostenible y responsable que permita superar la limitación de disponibilidad de profesionales de la salud en los territorios. La estructura propuesta en la reforma no prevé mecanismos claros de dispensación de medicamentos, articulación con operadores logísticos y farmacias. El proceso de transición no está reglamentado con la suficiente solidez y claridad, esto puede involucrar la salud y la vida de miles de pacientes. Deben analizarse detenidamente las facultades extraordinarias propuestas para regular este aspecto, dado que la transición es un aspecto de principal interés para la Corte Constitucional al estudiar las modificaciones al núcleo esencial de los derechos fundamentales, como lo es la salud.
<ol style="list-style-type: none"> Preocupan estrategias como la subrogación de contratos por quien asuma la gestión del riesgo al momento de la expedición de la ley, como medida que busca garantizar la continuidad de los tratamientos. No se comprende el proceso de territorialización de las EPS propuesto. Esta es una estrategia incierta en lo que respecta a la participación de entidades con riesgo de desaparecer. Muchas dudas en la operación en el proceso de concentración en ciertos territorios, aún más cuando se menciona que las entidades territoriales podrán establecer figuras de asociación, lo cual lo hace optativo y no obligatorio, y sin unificación de criterios para hacerlo. La reforma no define que entidad dentro del Sistema de Seguridad Social en salud, va a pagar las incapacidades por enfermedad, maternidad, paternidad o invalidez derivada de la enfermedad general. Si va a estar a cargo de ADRES exigiría que esta entidad haga la respectiva reserva técnica e inversión de la misma para poder solventar esos pagos. La Nueva EPS se convierte en el instrumento central de la transición pues contratará los CAPIRS, facilitará su infraestructura, conformará redes, receptorá y asignará gran parte de la población en los territorios. No se incluyen modelos de auditoría de calidad, Indicadores de gestión y de cuentas para garantizar el cumplimiento de las actividades contratadas en el marco del SOGC. Estos sistemas de medición si existen en el modelo actual. Se busca experimentar con la transformación y el desmonte sin evidencia, esto puede aumentar el uso y costo de los Planes complementarios de Salud y de pólizas de salud e inducir el gasto de bolsillo de las familias. Las asociaciones científicas, académicas y de profesionales de la salud han manifestado que los médicos y las demás profesiones de la salud en servicio social obligatorio son insuficientes para conformar los EMIT propuestos. No existe estrategia para garantizar que los profesionales que cursan programas de especialistas se desplacen a zonas apartadas. Se desconoce la articulación con los objetivos del sistema nacional de residencias médicas y la autonomía universitaria, dado que las prácticas formativas en lugares sin infraestructura, ni supervisión docente, no son viables. No se conocen las fuentes de financiación para la sostenibilidad en el largo plazo de la formalización de los trabajadores de la salud. El artículo 134, plantea comités de autorregulación médica en las IPS, en las cuales se incluyen otros profesionales, comités de temas financieros, y otros más, vulnerando el principio mismo de la autorregulación que debe ser por pares profesionales. <p style="text-align: center;">CAPÍTULO III</p> <p style="text-align: center;">FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD.</p> <ol style="list-style-type: none"> Fuentes de recursos del sistema: Artículo 19. Integra los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones y aportes y del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con los recursos fiscales del orden nacional y territorial. <p>Observación: La reforma omite el cálculo utilizado para determinar los costos de la Atención Primaria en Salud, del plan de fortalecimiento de la red pública hospitalaria, de la creación y el equipamiento de los CAPIRS, de los sistemas de información proyectados, del esfuerzo fiscal complementario, de los extra costos de la reestructuración de la ADRES y de las Direcciones o Secretarías Territoriales de salud, honorarios y viáticos de miembros de consejos entre otros.</p> 	<p>Llama la atención lo dispuesto en el artículo 150, que condiciona la implementación de la Ley a la disponibilidad presupuestal y al marco fiscal de mediano y largo plazo. Este aspecto debe quedar sujeto a revisión constitucional conforme lo previsto en el artículo 334 de la Constitución Política: <i>"en ninguna circunstancia, autoridad alguna de naturaleza administrativa, legislativa o judicial, podrá invocar la sostenibilidad fiscal para menoscabar los derechos fundamentales, restringir su alcance o negar su protección efectiva"</i>.</p> <p>Al no estar identificado el costo total del sistema propuesto, se desconoce si éste acata la regla fiscal. Debe analizarse el Impacto Fiscal. La viabilidad financiera debería ser parte del documento de reforma. La Ley 1473 de 2011 define la regla fiscal como <i>"aquel mecanismo que ordena al Estado colombiano medir sus gastos estructurales, los cuales no pueden superar al ingreso estructural en un monto que exceda la meta anual del balance estructural establecido"</i>.</p> <p>Existen muchos interrogantes de tipo financiero: No existen cifras con fuentes específicas de inversión para el fortalecimiento de hospitales públicos. Se desconoce cuál va a ser el presupuesto destinado para el saneamiento de la deuda con estos hospitales. Se desconoce cuánto va a costar el SPUIIS. No se presenta la planeación económica para la creación de los Consejos Nacional y Territoriales de Salud, ni con que infraestructura se cuenta para implementar los CAPIRS. ¿Se cuenta con transferencias privadas? ¿Cuánto cuestan los 800 CAPIRS para los municipios que no tienen centros de salud? Se pregunta si existe concertación con el Ministerio de Hacienda. Cuánto costará la capitalización de Nueva EPS?, entre muchos otros interrogantes.</p> <ol style="list-style-type: none"> Fondo Único Público de Salud. Artículo 21. Este Fondo está constituido por un conjunto de cuentas del Sistema de Salud y será administrado por la ADRES. Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES. Artículo 22. La ADRES tendrá dentro de sus funciones: <p>(...)</p> <ol style="list-style-type: none"> Realizar los pagos, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud de acuerdo con el ordenador de gasto competente y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema, que en todo caso optimice el flujo de recursos. <p>Observación: La reforma debe precisar claramente respecto de que fuentes y recursos va a asumir la ordenación del gasto. El concepto de ordenación del gasto corresponde a la facultad de ejecutar presupuesto asignado, la viabilidad, conducencia y legalidad de ejecución, entre otros aspectos sustanciales en la ejecución de recursos públicos. La duda recae sobre la ejecución de las transferencias de los parafiscales, entre otros, desde el Fondo Único a los Fondos Territoriales.</p>

<p>A partir del año 2012 se logró superar la problemática que representaba el no tener unidad de caja el interior del FOSYGA, por cuanto algunas subcuentas eran deficitarias y otras superavitarias. Hoy la ADRES se maneja bajo este principio de unidad de caja para un manejo más eficiente de los recursos, exceptuando los que provienen de las entidades territoriales, por lo que volver a la división por cuentas es un retroceso.</p> <p>b. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos.</p> <p>Observación: El proyecto no precisa en que consisten las acciones de verificación que corresponderán a la ADRES, o si se trata de auditorías de cuentas médicas. Debe aclararse la estructura de auditoría centralizada y en el nivel regional y territorial.</p> <p>c. Realizar los contratos para garantizar en el nivel nacional y a nivel desconcentrado, la gestión de los recursos, el sistema de pagos y la auditoría de las cuentas. Su régimen de contratación se registrará por el derecho privado.</p> <p>Observación: Debe aclararse si tal como está descrito, la ADRES asumiría la gestión del riesgo financiero del sistema. También las razones que fundamentan su régimen de contratación privado. Sin duda, uno de los aspectos que más llama la atención de la reforma es el sobredimensionamiento de la ADRES, una entidad con capacidades administrativas insuficientes, con deficiencias en la gestión de auditoría con inoportunidad en los pagos, precario relacionamiento con las instituciones prestadoras de servicios de salud, entre otras situaciones. Los giros inoportunos por parte de la ADRES pueden colapsar el sistema.</p> <p>d. Cuenta Única de Recauda a cargo de la Administradora de Recursos de la Salud, ADRES.</p> <p>Observación: La ADRES no cuenta actualmente con la infraestructura tecnológica y administrativa para garantizar las nuevas funciones asignadas en esta reforma. No se conoce el proceso de reestructuración de la entidad y la provisión presupuestal proyectada para garantizar su eficiencia. No se presentan estudios técnicos y financieros para la desconcentración a través de Fondos Territoriales. Se desconoce el costo calculado en el presupuesto general de la nación. Esta estructura resulta eficiente de cara al costo financiero?</p> <p>4. Administración de recursos por parte de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. Artículo 24.</p> <p>La ADRES tendría dentro de sus funciones de administración realizar los giros de las asignaciones, administrar los recursos parafiscales del orden nacional y los recursos provenientes de las cotizaciones para la seguridad social en salud correspondientes a salarios de los empleados o trabajadores dependientes, los recursos provenientes de las cotizaciones a la seguridad social en salud de los trabajadores por cuenta propia o trabajadores independientes y rentistas de</p>	<p>capital y los recursos provenientes de las cotizaciones de los pensionados entre otras.</p> <p>Observación: Pese a que se enuncian los recursos que serán objeto de administración por parte de ADRES, no respecto de todos se determina de manera clara su aplicación, transferencias, inclusión en las cuentas del Fondo Único entre otros aspectos necesarios para hacer transparente su manejo.</p> <p>5. Cotizaciones. Artículo 26. Las cotizaciones del sistema de salud serán las previstas en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993 y demás normas que la modifiquen, sustituyan o adicione, en el entendido que ellas corresponderán al nuevo Sistema de Salud.</p> <p>Copagos y cuotas moderadoras. Este artículo expone que por regla general los copagos son barreras de acceso a los servicios, es decir se desmontan los copagos y las cuotas moderadoras, excepto por los tratamientos hospitalarios y especializados no ordenados por los CAPIRS y los servicios prestados en el marco de la atención de una urgencia vital.</p> <p>Observación: No se define con que recursos se sustituirá esta fuente de financiamiento. El recorrido por el articulado permite observar que se prevé un nuevo sistema de salud, no la evolución del anterior, lo que significa que sí se sustituye, reestructura y redefine el actual sistema.</p> <p>6. Cuentas y recursos administradas por la ADRES. Artículo 29. La Entidad de Administración de Recursos de la Salud - ADRES, tiene las siguientes cuentas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) Fortalecimiento Red Pública para la Equidad. <p>Además de las cuentas administradas por la ADRES, le corresponde administrar los siguientes recursos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Los destinados al control de problemas y enfermedades de interés en Salud Pública Los destinados a formación en Salud Las prestaciones económicas de los cotizantes Los de destinación específica que a la fecha de expedición de la presente ley venía administrando con destinación específica. <p>Observación: La reforma no desarrolla la ejecución de éstos recursos adicionales administrados por la ADRES.</p> <p>7. Distribución de los recursos en las cuentas administradas por la ADRES. Artículo 30. Las fuentes y usos de las cuentas administradas por la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES son:</p> <ol style="list-style-type: none"> Cuenta Atención Primaria Integral en Salud. <p>1.1. Fuentes</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Sistema General de Participaciones: 90% de los recursos para salud con destino a los municipios y distritos. El criterio de distribución será exclusivamente poblacional.</u>
<ul style="list-style-type: none"> <u>Aportes de trabajadores y empresas destinados a solidaridad, equivalentes a 1,5 puntos de la cotización en salud.</u> <u>Recursos propios de municipios y distritos, incluido Coljuegos municipal, que actualmente financian el Régimen Subsidiado.</u> <u>Recursos destinados a la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud de la población migrante y otras poblaciones especiales que destinen la nación u organismos internacionales, distribuidos a los municipios para la atención de estas poblaciones, de acuerdo con los criterios establecidos por las instituciones que aportan los recursos.</u> <u>Aportes del Presupuesto Nacional para el fomento de la Atención Primaria.</u> <u>Otros recursos que se orienten a la Atención Primaria en Salud</u> <p>1.2. Usos</p> <p><u>Los recursos de la Cuenta de Atención Primaria Integral en Salud se ejecutarán por giro directo mensual de la ADRES a los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos. Se destinarán a:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> La financiación de los servicios de atención primaria, comprendiendo la atención básica en salud, la operación de los equipos extramurales de atención domiciliaria y la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. <u>Los recursos de solidaridad serán presupuestados por el Ministerio de Salud con destino a los municipios y distritos para cofinanciar la Atención Primaria con criterio de equidad y serán girados por la Administradora de Recursos de Salud, ADRES, de acuerdo a la distribución específica que se decida, tomando en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud y los criterios establecidos en la presente ley.</u> Soluciones de transporte para garantizar, sin barrera alguna, la oferta activa de servicios básicos de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos extramurales. El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente ley. <p>Observación: La reforma debe identificar todas las fuentes de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y como se integrarán a las dos cuentas del FUPS, entre otros los recursos parafiscales, enunciando cuál será su régimen de transferencias a los fondos territoriales, las competencias en su ejecución y cuáles van a ser contabilizados sin situación de fondos.</p> <p>2. Cuenta Fortalecimiento Red pública para la equidad.</p> <p>2.1. Fuentes</p> <ul style="list-style-type: none"> Rentas cedidas a las entidades territoriales y otras de destinación específica para salud. Estos recursos territoriales únicamente serán contabilizados en esta subcuenta del Fondo con base en la información que presenten las entidades territoriales respectivas. Otros aportes departamentales y distritales dedicados a fortalecer la prestación de servicios en las Instituciones Sanitarias Estatales, que destinen los departamentos al fortalecimiento de la red pública. Estos recursos territoriales únicamente serán contabilizados en esta 	<p>cuenta del Fondo, con base en la información que presenten las entidades territoriales respectivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la Oferta en el nivel Departamental, que serán transferidos por el Ministerio de Hacienda directamente a los Departamentos y Distritos. Aportes del presupuesto nacional para garantizar el cierre presupuestal de hospitales de mediana y alta complejidad en regiones con población dispersa y menor posibilidad de ingresos por venta de servicios. <p>2.2. Usos</p> <ul style="list-style-type: none"> Aportes presupuestales para funcionamiento de las Instituciones Sanitarias del Estado atendiendo criterios de garantía de la prestación de los servicios, dispersión poblacional, perfil epidemiológico, necesidades de compensación de recursos por baja facturación. Mantenimiento de la infraestructura hospitalaria con el propósito de mejorar la oferta de servicios hacia las poblaciones con mayores barreras de acceso a los servicios. El funcionamiento, en departamentos y distritos, de la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo. <p>Parágrafo. Los recursos de las cuentas de que trata el presente artículo podrán ser reasignados en el transcurso de la vigencia fiscal, atendiendo las prioridades de la atención en salud, con excepción de los recursos del Sistema General de Participaciones y los provenientes de las cotizaciones obligatorias para el aseguramiento social, con el objeto de garantizar la eficiente asignación de los recursos, el servicio público esencial de salud y el derecho fundamental a la salud. Dicha reasignación será ordenada por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.</p> <p>Observación. El proyecto presentado no refiere de manera completa las fuentes y aplicación de financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los usos y destinación de los recursos, las transferencias desde la ADRES y los proyectos de cofinanciación entre otros.</p> <p>8. Recursos de las entidades territoriales. Artículo 31. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá el marco regulatorio para la operación de la atención Primaria Integral Resolutiva en Salud – APIRS y la ejecución municipal y distrital de los recursos destinados a la misma.</p> <p>Observación: La ejecución de los recursos para la APIRS por parte de distritos y municipios debería estar claramente definida desde la ley.</p> <p>9. Fondos Territoriales de Salud. Artículo 33. Serán administrados por las Direcciones Territoriales de Salud. Estarán constituidos por:</p> <ol style="list-style-type: none"> Transferencias del Fondo Único Público para la Salud.

<p>2. Rentas de destinación específica para la salud de que trata la Ley 1393. 3. <u>Los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) determinados por la Ley 715 que les corresponde.</u> 4. Los recursos propios de los territorios para el financiamiento de la salud.</p> <p>Observación: Para el debate, la reforma debe identificar de manera completa los recursos que administrarán y ejecutarán directamente los fondos territoriales, cuáles de ellos se contabilizarán sin situación de fondos y serán objeto de giro directo por la ADRES para pago a instituciones prestadoras de servicios de salud. Qué instancia ejecutará los recursos provenientes del recaudo de cotizaciones, los rendimientos financieros de las diferentes cuentas, los intereses de mora causados sobre los aportes etc, quien o quienes serán los responsables fiscales del manejo de los recursos teniendo en cuenta la parafiscalidad de los mismos etc.</p> <p>10. Criterios de asignación para los Fondos Territoriales de Salud. Artículo 34.</p> <p>Este artículo adiciona criterios de asignación regionales para los territorios.</p> <p>Observación: Los criterios para asignar los recursos del FUPS administrado por la ADRES a los Fondos Territoriales serán las mismas utilizadas para el Sistema General de Participaciones: La equidad y la rentabilidad social, sin embargo, se incluyen unos criterios de priorización para algunos fondos o territorios que deben ser transparentados sobre todo en la medición de indicadores como (Prevalencia de problemas y enfermedades de interés en salud pública, morbilidad y restricciones de acceso a los servicios de salud, mortalidad materna e infantil, cobertura de saneamiento básico y agua potable, Incidencia de emergencias y desastres, oferta de servicios de salud).</p> <p>11. Administración y manejo de los recursos de la salud por las entidades territoriales. Artículo 35. "Las entidades territoriales, para la administración y manejo de los recursos del Sistema General de Participaciones y de todos los demás recursos destinados al sector salud, deberán organizar un <u>fondo departamental, distrital o municipal de salud</u>, según el caso, que se manejará como una cuenta especial de su presupuesto, separada de las demás rentas de la entidad territorial y con unidad de caja al interior del mismo, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. En ningún caso los recursos destinados a la salud podrán hacer unidad de caja con las demás rentas de la entidad territorial. El manejo contable de los fondos de salud debe regirse por las disposiciones que en tal sentido expida la Contaduría General de la Nación. Los Distritos contarán con un fondo de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, con los recursos de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, diferenciado del fondo para el desarrollo de la red pública hospitalaria y especializada.</p> <p><i>En los fondos departamentales, distritales o municipales de salud deberán contabilizarse todas las rentas nacionales cedidas o transferidas con destinación específica para salud, los recursos libremente asignados para la salud por el ente territorial, la totalidad de los recursos recaudados en el ente territorial respectivo que tengan esta destinación, los recursos provenientes de cofinanciación destinados a salud y en general los destinados a salud, que deban ser ejecutados por la entidad territorial. Los recursos para pagar los Servicios de</i></p>	<p><i>salud del Sistema General de Participaciones se contabilizarán sin situación de fondos y tendrán giro directo por la ADRES a los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos.</i></p> <p><i>El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un programa de asunción gradual de las competencias por parte de las direcciones de salud, para asumir la gestión directa de los recursos para salud provenientes del Sistema General de Participaciones y otras fuentes de financiación de naturaleza solidaria.</i></p> <p><i>Los Fondos Territoriales de Salud tendrán las subcuentas análogas a las del Fondo Único Público para la Salud, que exijan los servicios definidos en el modelo de atención establecido en la presente Ley".</i></p> <p>Observación: Debe analizarse si con la asunción gradual de las competencias de las entidades territoriales y de los recursos del SGP, se estaría desmontando estructuralmente este sistema de participación y descentralización previsto en los artículos 356 y 357 de la Constitución Política.</p> <p>Sólo se estima la contabilidad sin situación de fondos para los recursos del Sistema General de Participaciones.</p> <p>12. Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud. Artículo 36. <i>Modificatorio del numeral 44.2. de la Ley 715. El numeral 44.2. de la Ley 715 quedará así: "44.2. De Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud. Financiar la Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud, en especial, la atención básica, la promoción de la salud, el control de los factores de riesgo y las acciones requeridas para mejorar los indicadores de salud."</i></p> <p>Observación: Corresponde al artículo 44 de la Ley 715 de 2001 "Competencias de los municipios". El numeral 44.2 actualmente establece funciones de "De aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud" y el cambio es financiar la atención primaria en salud.</p> <p>13. Se adiciona una competencia para los departamentos. Artículo 37. <i>Modificatorio del artículo 43 de la Ley 715. Adicionar el Numeral 43.2.2. de la ley 715 el cual quedará así: "Los departamentos y distritos financiarán, con los recursos asignados por concepto de participaciones y rentas cedidas y de destinación específica para salud, así como con los recursos propios que asignen, el desarrollo de la red hospitalaria pública para la prestación de servicios de mediana y alta complejidad, la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo; y la ejecución de un plan de salud que integre programas de salud pública, control de factores de riesgo y acciones sobre los determinantes sociales de la salud en el territorio."</i></p> <p>Observación. El artículo 43 de la Ley 715 de 2001 actualmente establece las competencias en salud de los departamentos.</p> <p>14. Distribución de los Recursos del Sistema General de Participaciones. Artículo 38. <i>Modificatorio del artículo 47 de la Ley 715. El artículo 47 de la Ley 715 quedará así: "Los recursos del Sistema General en Participaciones en Salud se destinarán a la atención primaria en salud y a los programas de salud pública, excepto los recursos destinados a los departamentos."</i></p>
<p>Observación: Cambio de destinación de los recursos del Sistema General de Participaciones.</p> <p>15. Fondo Departamental y Distrital de Salud. Artículo 39. (...)</p> <p><i>Las Instituciones de Salud del Estado que prestan servicios de mediana y alta complejidad, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 31, recibirán recursos para garantizar su funcionamiento por parte de los respectivos fondos Departamentales y Distritales de Salud en proporción inversa a la baja facturación de servicios prestados por razones de dispersión poblacional.</i></p> <p>Observación: Se crean los fondos distritales y departamentales focalizados en el financiamiento de las instituciones de salud que prestan servicios de mediana y alta complejidad. Se pueden entender como sus fuentes de financiamiento los recursos del SGP de los departamentos, pero se omite su régimen de administración y pagos. No se establece su conformación, administración etc.</p> <p>16. Recursos complementarios para financiación de servicios de mediana y alta complejidad. Artículo 40. <i>El artículo 50 de la Ley 715 quedará así: "ARTÍCULO 50. RECURSOS COMPLEMENTARIOS PARA EL FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD. Los recursos de cofinanciación de la Nación destinados a la atención en salud deberán distribuirse a los fondos regionales de acuerdo con las necesidades de cofinanciación para complementar los aportes per cápita necesarios para las intervenciones de mediana y alta complejidad en Salud de la totalidad de la población de la región.</i></p> <p><i>Anualmente la nación establecerá el per cápita para el aseguramiento social en salud para los servicios de mediana y alta complejidad de los fondos regionales para la vigencia siguiente, lo cual deberá reflejarse en la apropiación presentada en el proyecto de Ley de presupuesto."</i></p> <p>Observación: No se establece un procedimiento técnico actuarial para definir el per cápita o la cápita de la mediana y alta complejidad. Se prevé un aseguramiento para mediana y alta complejidad a través de una cápita definida anualmente y que deberá ser incluida en la apropiación presentada en el proyecto de Ley de presupuesto. No se establece la forma de financiación para la baja complejidad, que no es lo mismo que la Atención Primaria en Salud y hacer este tipo de diferenciaciones en las formas de financiación puede llevar a más fragmentación en los servicios. Adicionalmente no se establece si la UPC es la única fuente de financiación y por lo tanto desaparecen los presupuestos máximos.</p> <p>Actualmente el artículo 50 de la Ley 715 establece:</p> <p>Recursos complementarios para el financiamiento de los subsidios a la demanda. Los recursos de cofinanciación de la Nación destinados a la atención en salud de la población pobre mediante subsidios a la demanda, deberán distribuirse entre los entes territoriales de acuerdo a las necesidades de cofinanciación de la afiliación alcanzada en la vigencia anterior, una vez descontados los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud y los recursos propios destinados a financiar la continuidad de cobertura. El monto excedente deberá distribuirse para el financiamiento de la ampliación de cobertura entre los entes territoriales, de acuerdo a los criterios que establezca el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Los recursos distribuidos por</p>	<p><i>concepto de ampliación de cobertura para cada ente territorial, no podrán exceder los montos necesarios para alcanzar la cobertura total de la población por atender en dicho territorio, hasta que el total nacional se haya alcanzado. Anualmente, la Nación establecerá la meta de ampliación de cobertura nacional para la vigencia (...)</i></p> <p>Observación: Se entiende entonces que los recursos complementarios de cofinanciación (financiamiento de la población pobre) establecidos en el artículo 50 de la Ley 715 de 2001 serán ahora destinados a la mediana y alta complejidad. Cambio de destinación de recursos contemplados en la Ley Orgánica 715 de 2001. Qué estudio técnico de correspondencia o de suficiencia definieron el cálculo inicial y la complementariedad?</p> <p>FONDOS, CONSEJOS, DIRECCIONES, UNIDADES ZONALES DE PLANEACIÓN Y OTRAS DEPENDENCIAS DEL NIVEL TERRITORIAL QUE SE CREAN CON EL PROYECTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fondo Regional de Salud. Artículo 42 <p><i>"El Nivel Regional contará con un Fondo Regional Salud donde se ubicarán presupuestalmente los recursos que se le asignen por parte de la Administradora de Recursos de Salud - ADRES y formarán parte del sistema de cuentas del Fondo Único Público de Salud.</i></p> <p><i>Los recursos de los Fondos Regionales de Salud están constituidos por los recursos asignados por la ADRES, provenientes de la Cuenta Prestaciones Económicas en Salud y la Cuenta Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE), según corresponda, sin situación de fondos y serán administrados por un Consejo Administrador de Salud.</i></p> <p>Observación: Cuál es el régimen de estos fondos, qué recursos se transferirán a los fondos territoriales y cuáles a los fondos regionales desde el Fondo Único Público de Salud de la ADRES. A través de estos fondos se desconcentra la ADRES? No es claro si estos Fondos operarán bajo la figura de desconcentración como lo menciona el artículo o descentralización como se puede inferir de la forma de administración y operación.</p> <p>Consejo Administrador de Salud del Fondo Regional de Salud. Está integrado por representantes de los empleadores, los trabajadores y el sector público en cada región.</p> <p><i>Para garantizar la equidad en la protección del riesgo financiero y de salud de los ciudadanos entre las regiones, las cotizaciones obligatorias al Sistema de Salud, financiarán el valor per cápita de la totalidad de los residentes en el país mediante un mecanismo redistributivo de mancomunación de recursos, los cuales se complementarán en la cuantía necesaria con los recursos del Presupuesto General de la Nación a fin de garantizar la plena cobertura de la seguridad social pública y universal.</i></p> <p>Observación: Se insiste en que no se tiene soporte técnico y financiero del cálculo del valor per cápita, y por ende, a cuanto corresponderían los recursos complementarios del PGN, incertidumbre fiscal. No se define el régimen para la aplicación y transferencia para las cotizaciones obligatorias al sistema de salud.</p>

- **Consejos de Administración de los Fondos Regionales de Salud.** Artículo 43. El Consejo será responsable del buen manejo de los recursos de la seguridad social en la región. Y tendrá las siguientes funciones: (...)
 1. Recomendar los ajustes a la red de servicios de mediana y alta complejidad en la región.
 2. Hacer una evaluación trimestral de los servicios prestados.

"El Consejo Administrador del Fondo Regional de Salud estará integrado por tres representantes de los empleadores, tres representantes de los trabajadores, dos representantes del Gobierno Nacional, delegados por los Ministerios de Salud y Protección Social y Hacienda y Crédito Público y un representante de los Gobernadores y Alcaldes Distritales de la Región.

El Consejo Administrador del Fondo Regional de Salud en cada región nombrará al Gerente del Fondo Regional de Salud y este a los respectivos subgerentes del Fondo Regional en cada departamento y distrito, funcionarios de libre nombramiento y remoción que deben cumplir para su posesión los requisitos que establezca el Gobierno Nacional.

Direcciones Departamentales y Distritales de Salud. Artículo 44. Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud tendrán las siguientes funciones:

(...)

 - Recaudar los recursos constitutivos del Fondo Territorial de Salud.
 - Gestionar los recursos de las cuentas del Fondo Territorial de Salud conforme a las normas para su manejo.

Observación: El manejo de los recursos corresponde a las entidades territoriales. Los Fondos Territoriales de Salud reciben las transferencias del Fondo Único Público de Salud.

 - **Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital.** Artículo 45. Organismos o dependencias técnicas desconcentradas para garantizar el manejo técnico de los recursos.

Observación: Las UZPES, las constituyen los departamentos pero son organismos desconcentrados. Cuál es su régimen y como se financiarán?

 - **Consejo de Planeación y Evaluación en Salud,** artículo 46. Las Direcciones departamentales y distritales de Salud organizarán un Consejo de Planeación y Evaluación en Salud, encabezado por el director Territorial de Salud, al que asistirán con voz, pero sin voto los directores de las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación del respectivo Departamento o Distrito y delegados de las Universidades que deseen participar y que impartan programas académicos de administración en salud y/o salud pública, y delegados de la sociedad civil. Harán parte del mismo, representantes de las organizaciones de la comunidad.

Observación. ¿Cómo se financian, cuál es su carácter decisivo o vinculante, como se designan sus miembros?

17. **Contratación y autorización de pago de servicios.** artículo 47.

Observación: El Gerente del Fondo Regional de Seguridad Social en Salud, será un funcionario de la ADRES.... PERO el penúltimo párrafo del artículo 43 dice que el Consejo Administrador del Fondo Regional de Salud en cada región nombrará al Gerente del Fondo Regional de Salud y este a los respectivos subgerentes del Fondo Regional en cada departamento y distrito, funcionarios de libre nombramiento y remoción que deben cumplir para su posesión los requisitos que establezca el Gobierno Nacional.

Este artículo también establece que el Fondo Regional de Salud (...) autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones hospitalarias y ambulatorias, públicas, privadas o mixtas, que se integren a la red de servicios del territorio, a las tarifas únicas y obligatorias de prestación de servicios que fije el Gobierno Nacional para el Sistema de Salud.

Observación: En caso de que se adopte un Manual Único Tarifario, debe evaluarse su impacto como medida de contención del gasto con las condiciones geográficas del país y la naturaleza de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Principales observaciones sobre el impacto fiscal, la generación y la administración de los recursos financieros del sistema de salud.

1. Riesgo Fiscal para el país. La reforma no fue presentada con estudios de viabilidad financiera. Existe gran riesgo de que el sistema propuesto sea insostenible presupuestalmente.
2. Se plantea un nivel de gobernanza con costos, la creación de nuevas entidades, aumento de la oferta pública y la construcción de un sistema único de información cuyos costos no están definidos en el documento, impacto fiscal.
3. Incertidumbre presupuestal. Se plantea también una cápita para la mediana y la alta complejidad, cuyo método de cálculo no se establece. Se debe dimensionar la importancia de este aspecto en el cálculo financiero y la sostenibilidad del sistema.
4. No existe una cuenta con fuentes de financiación determinada para el pago de mediana y alta complejidad de servicios de salud prestados por la red privada.
5. Manejo territorializado de los recursos con alrededor de 8 entidades involucradas en la contabilidad, flujo, giro, aplicación, seguimiento y control del presupuesto público de la salud.
6. Se pierde el control de los recursos, se transforma el concepto de aseguramiento financiero trasladándolo a varias entidades, incluidos los prestadores de servicios.
7. Dentro del marco funcional de ADRES no aparece el principio de oportunidad en los giros y pagos. El riesgo de inoperatividad de una ADRES sobredimensionada y con descentralización territorial es alto.
8. No se determina como se sustituirán los recursos por los desmontes de copagos, cuotas moderadoras y por la reducción del valor de la prima SOAT.
9. Criterios indefinidos y poco claros de asignación de recursos por parte de ADRES hacia las entidades territoriales.
10. Estatización de desarrollos empresariales esto es imposible de garantizar.
11. El proyecto no define el control del gasto en salud, excepto por estrategias controversiales como la fragmentación de la UPC, la autorregulación médica y el Manual Tarifario Único.

12. La reforma propuesta no especifica un plan básico de servicios y tecnologías en salud y lo que no está incluido en este.
13. No se definen responsabilidades del ciudadano, autocuidado y responsabilidad financiera con el sector.
14. No hay modelo de contratación aplicable al sistema. No se define cómo se van a realizar los convenios y contratos que garanticen la integralidad en el modelo de contratación.
15. La praxis ha permitido concluir la necesidad de implementar auditorías concurrentes para la agilidad en los procesos de revisión de cuentas médicas y la responsabilidad del gasto en salud. Esto no lo prevé la reforma.
16. Se crean Consejos de Planeación y Evaluación en salud, a nivel nacional y territorial, se crean Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud; instancias innecesarias, burocráticas y costosas. Ya existen los Consejos Territoriales de Salud.
17. Los fondos territoriales se agotarán en cualquier momento del segundo semestre de cada año fiscal y será necesario que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público desembolse y transfiera recursos a los fondos territoriales para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios médicos.

CAPÍTULO IV

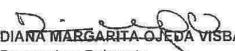
COMPARATIVO DE LAS PRINCIPALES FUNCIONES DE LAS EPS CON LO PROPUESTO POR EL PROYECTO DE LEY.

Proyecto de Ley 339-2023.	
Consagra lo siguiente en relación con la definición y las funciones de las EPS.	
<p>Proyecto de Ley 339-2023C</p> <p>Artículo 4º Numeral 21.</p> <p>Entidades Promotoras de Salud: Las entidades promotoras de salud son las entidades públicas, privadas o mixtas que ejercerán actividades de acuerdo a lo que disponga la presente ley y su reglamentación.</p> <p>Artículo 54. Entidades Promotoras de Salud. Las entidades promotoras de salud que cumplan las disposiciones técnicas que establece esta ley y las normas de inspección, vigilancia y control podrán ejercer las siguientes actividades entre otras:</p>	<p>La ley 100 de 1993 en su artículo 177.</p> <p>Define a Las Entidades Promotoras de Salud como las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de ADRES. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación a la ADRES, en los términos previstos en el título III de la Ley 100 de 1993.</p> <p>El artículo 178. Consagra las funciones de las Entidades Promotoras de Salud.</p> <p>Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1. Crear y administrar Centros de Atención Primaria en Salud de los territorios asignados después de la territorialización dispuesta en esta ley. 2. Administrar los sistemas de referencia y contrarreferencia de las personas vinculadas a sus Centros de Atención Primaria en Salud. 3. Realizar o ejecutar las auditorías contratadas que requiera el Sistema de Salud. <p>Artículo 149. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud.</p> <p>Numeral 2. Las entidades Promotoras de Salud que a la fecha de vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, acordarán con base en el reglamento que establezca el Gobierno Nacional, las reglas para la entrega de la población afiliada al nuevo aseguramiento social en salud, la</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ser delegatarias del Fondo de ADRES para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. 2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social. 3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley. 4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia. 5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios. 6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. 7. Las demás que determine el Ministerio de Salud. <p>Funciones que hoy realizan las EPS y que se suprimen a tres actividades en el proyecto de Ley 339 de 2023C de reforma al sistema de salud, asignándoseles a otros actores del sistema lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El aseguramiento. 2. Administradoras del PBS 3. Garantizan la prestación del servicio de salud, para el goce efectivo al derecho a la salud. 4. El agenciamiento para los servicios de salud. 5. La gestión del riesgo en salud. 6. Gestión financiera de los recursos. 7. El control de calidad.
---	---

<p>cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud. A tal efecto el Gobierno Nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las Entidades Promotoras de Salud al nuevo sistema de aseguramiento social en salud.</p> <p>3. Las Entidades Promotoras de Salud que cumplan los requisitos de habilitación al momento de expedición de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la UPC y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud al nuevo sistema de aseguramiento social del Sistema de Salud. La Administradora de Recursos para la Salud, Adres, efectuará el reconocimiento y giro pago de las Unidades de Pago por Capitación y demás recursos del aseguramiento social en salud. Las reglas del Sistema General de Seguridad Social en Salud serán aplicables a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios hasta por el periodo de transición que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente</p>	<p>8. Control de costos. 9. Gestión de compra inteligente para los servicios de salud. 10. La referencia y la contrarreferencia. 11. Demanda inducida. 12. Entrega de medicamentos e insumos médicos. 13. Gestión de la información. 14. Afiliación. 15. Gestión para el reconocimiento y pago de las incapacidades. 16. Gestión para el reconocimiento y pago de las licencias.</p> <p>Estos roles pasan a ser realizados por los actores Territoriales y los CAP, que no cuentan con la capacidad técnica, ni la experiencia para desarrollar lo planteado en el proyecto de reforma.</p> <p>un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud.</p> <p>Para la armonización de la operación de transición y evolución de las Entidades Promotoras de Salud con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Para cada hogar todos sus miembros deberán estar afiliados en una misma Entidad Promotora de Salud. 2. En un territorio donde haya una sola Entidad Promotora de Salud, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación. 3. En los territorios donde no queden Entidades Promotoras de Salud, la Nueva EPS, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas Entidades Promotoras de Salud con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes podrá asumir los afiliados de Entidades Promotoras de Salud liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados. 6. A partir de la vigencia de la presente Ley, no habrá autorización de ingreso al Sistema de Salud de nuevas Entidades Promotoras de
<p>Salud.</p> <p>7. Las Entidades Promotoras de Salud, durante la transición y evolución posteriormente mediante las formas jurídicas en las que se transformen, que determinen como más funcionales a su operación podrán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escindir y especializar sus instituciones de prestación de servicios de baja, mediana y alta complejidad e integrarlas a las redes de atención integrales e integradas. • Organizar y operar los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud - CAPIRS bajo las reglas del Sistema de Salud. • Proveer servicios de gestión de facturas y auditoría durante la transición o bien estructurar firmas auditoras que podrán ser contratadas por el ADRES. • Prestar servicios de información especializados que requiera el Sistema de Salud. • Prestar servicios especializados de asesoría en la organización de los territorios de salud. • Adelantar acciones de salud pública y prestar servicios de equipos de salud del modelo de atención primaria en salud. • Suministrar tecnologías, software y sistemas de información para administrar la atención de la población. • Gestionar las prestaciones económicas de los cotizantes en el Sistema de salud. • Asesorar el desarrollo de los gobiernos corporativos en el Sistema 	<p>de Salud</p> <p>Las Entidades Promotoras de Salud que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios, de acuerdo con el plan de implementación de que trata el presente artículo. Conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social se determinará el proceso.</p> <p>8. Se acordará con las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios que así lo acuerden con el Gobierno Nacional, la Administradora de Recursos de la Salud ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las redes integradas e integrales que atenderán a la población adscrita a los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud.</p> <p>9. Las Entidades Promotoras de Salud durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan su tránsito a instituciones prestadores de servicios de salud a través de sus redes propias que funcionaban en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud.</p>

<p>10. Las Entidades Promotoras de Salud podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección social, la Adres o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a la prestación de servicios de salud, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud.</p> <p>Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los Centros de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud- CAPIRIS, los trabajadores que a la vigencia de la presente ley trabajen en las Entidades Promotoras de Salud, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento. A tal efecto, se establecerá una planta de personal de supernumerarios hasta que ello sea necesario, cuyos empleos estarán sujetos al libre nombramiento y remoción y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen.</p> <p>Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen</p>		<p>legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los Centros de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud -CAPIRS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal darán prioridad a la vinculación de este personal, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.</p> <p>La Administradora de Recursos de Salud ADRES, está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las Entidades Promotoras de Salud.</p> <p>Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las Entidades Promotoras de Salud hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo sistema de aseguramiento social en salud.</p> <p>11. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. CISA podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las entidades promotoras de salud de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y</p>	
<p>en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las entidades promotoras de salud que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.</p>		<p>Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades competentes en la vigilancia de los recursos públicos.</p> <p>Artículo 33. Fondos Territoriales de Salud.</p> <p>Los Fondos Territoriales de Salud serán administrados por las Direcciones Territoriales de Salud</p> <p>Artículo 36. Modificadorio del numeral 44.2, de la Ley 715.</p> <p>El numeral 44.2. de la Ley 715 quedará así; "44.2. De Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud. Financiar la Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud, en especial, la atención básica, la promoción de la salud, el control de los factores de riesgo y las acciones requeridas para mejorar los indicadores de salud."</p>	<p>haya recibido oportunamente los recursos por parte de las entidades territoriales.</p>
<p>PROYECTO DE LEY No 339 de 2023C</p> <p>"Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"</p>			
<p>PROYECTO</p> <p>CAPÍTULO IV</p> <p>FUENTES, USOS Y GESTION DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD Artículo 19.</p> <p>Artículo 21. Fondo Único Público de Salud.</p> <p>El Fondo Único Público de Salud, estará constituido por un conjunto de cuentas del Sistema de Salud y será administrado por la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES, cuya inspección, vigilancia y control será competencia de la</p>	<p>QUE TENEMOS</p> <p>El giro directo es un mecanismo previsto en la Ley 1438 de 2011 a través del cual el Ministerio de Salud y Protección Social gira directamente los recursos del Régimen Subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) sin que pasen por la Entidad Territorial. De esta manera busca agilizar el flujo de recursos hacia las IPS y así garantizar la continuidad en la prestación de servicios a los afiliados al sistema de salud.</p> <p>Tres son las condiciones indispensables que se deben cumplir para que pueda iniciarse el proceso que da lugar a la adopción de las medidas de Giro Directo a las IPS: En primer lugar, que las cuentas presentadas por éstas tienen hayan sido debidamente aceptadas por la respectiva EPS del Régimen Subsidiado; que la EPS del Régimen Subsidiado haya incurrido en mora y que cada EPS</p>	<p>PROPUESTA</p> <p>Atención Primaria en Salud - Puerta de entrada al sistema.</p> <p>Artículo 93. Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS).</p> <p>La Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) para las personas, familias y comunidades, se desarrollará por parte de las Instituciones de Salud del Estado ISE, privadas y mixtas</p> <p>La puerta de entrada en la propuesta serán los Centros de Atención Primaria en salud que estarían</p>	<p>QUE TENEMOS</p> <p>Según la Ley 1438 de 2011, la Atención Primaria en Salud (APS) es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>La APS en Colombia:</p> <p>-Es una estrategia que contempla tres componentes integrados e interdependientes: la acción intersectorial / transectorial por la salud, la participación social, comunitaria y ciudadana, y los servicios de salud.</p>

<p>constituidos en todo el territorio nacional.</p> <p>Para atender a toda la población se requieren establecer unos 3.000 centros. Cada centro atendería a una población de entre 20 a 25 mil personas. Los Centros se organizan en el territorio.</p> <p>Los habitantes del territorio se registrarían en su Centro de Atención Primaria que estaría constituido por médicos, enfermeras, psicólogos, odontólogos y de más personal de la salud.</p> <p>Los pacientes que requieran atención con especialistas serán remitidos desde el Centro de Atención Primaria a los centros hospitalarios de mediana y alta complejidad, restableciendo el sistema de referencia y contrarreferencia.</p> <p>*Los pacientes no tendrán que hacer los trámites administrativos, estos trámites los asume el Centro de Atención Primaria en Salud que los remite a la red de prestadores de servicios de salud que estarán constituidas por clínicas y hospitales públicos, privados y mixtos.</p> <p>Las redes integradas e integrales estarán conformadas por los prestadores de servicios de salud, clínicas, hospitales, centros de ayudas diagnósticas existentes en la región tanto públicos como privados y mixtos. A esas redes se remitirán los pacientes que requieran atención especializada.</p>	<p>- Se ajusta al contexto político, económico y social del país.</p> <p>- Está centrada en los individuos, las familias y las comunidades</p> <p>- Se encuentra orientada a establecer condiciones de materialización del goce efectivo del derecho a la salud y la reducción de inequidades, mediante la atención integral a la salud desde una perspectiva de determinantes sociales y económicos,</p> <p>- No es solo una provisión sectorial de servicios de salud, sino la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable.</p> <p>- Hace énfasis en promoción de la salud.</p>	<p>Artículo 102. Sistema de Información.</p> <p>El proyecto contempla la creación de un sistema único de información que permita el control de los recursos públicos, y que en tiempo real permita el seguimiento de las operaciones financieras y el control social de los recursos de la salud.</p>	<p>herramientas TIC efectivas, para generar información estratégica en beneficio de la salud pública de la población y hace parte de la gestión del riesgo que realizan las EPS, que a su vez es información que reportan al Ministerio de Salud a través de (sispro) Sistema Integral de Información de la Protección Social y (rips) que provee los datos mínimos y básicos que se requieren para hacer seguimiento al Sistema de Prestaciones de Salud.</p>
<p>PROPUESTA</p> <p>SISTEMA PÚBLICO ÚNICO INTEGRADO DE INFORMACIÓN EN SALUD (SPUIIS)</p>	<p>QUE TENEMOS</p> <p>Los Sistemas de Información para el sector Salud son un mecanismo de gestión de sistemas interoperables con datos abiertos que provienen de diferentes fuentes y que se utilizan a través de</p>	<p>PROPUESTA</p> <p>Gobernanza del nuevo sistema de salud</p> <p>Consejo Nacional de Salud.</p> <p>En los niveles departamental, distrital y municipal será ejercida por las autoridades territoriales, en armonía con los respectivos Consejos Territoriales de Salud.</p> <p>37 integrantes del Consejo Nacional de Salud</p> <p>El Consejo Nacional de salud será una instancia de dirección del sistema de salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social con autonomía decisoria quien tendrá a cargo la concertación de iniciativas en materia de políticas públicas de salud, llevar iniciativas normativas, evaluar el sistema de salud y generar informes periódicos sobre el desenvolvimiento del mismo.</p> <p>40 miembros de los cuales cinco (5) serían del gobierno nacional: el</p>	<p>QUE TENEMOS</p> <p>Desde la Ley 715 de 2001 se realizaron ajustes a la Ley 10 de 1990 y a la Ley 100 de 1993 en lo relacionado con el funcionamiento de los servicios de salud desde los territorios y se definieron las funciones de inspección vigilancia y control por parte de los entes territoriales como a las (Secretarías de Salud). Se adicionó un parágrafo al artículo 60 de la Ley 715 de 2001 para que los recursos de las cuentas cedidas destinadas al funcionamiento de las Secretarías de Salud se utilizaran en el pago de las atenciones de salud de la población perteneciente al régimen subsidiado.</p>
<p>ministro de Salud y Protección social quien lo presidiría; el ministro de Hacienda; el ministro del Trabajo; el ministro de Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible y el director nacional de planeación. Tres representantes de las secretarías territoriales de salud y 29 representantes de la sociedad civil. El Superintendente de Salud y el director de la Adres quienes asistirían con voz, pero sin voto.</p> <p>Consejos Regionales de salud</p> <p>Se establecerán Consejos Regionales de Salud conformados por departamentos y distritos. Los Consejos Regionales de Salud serán tripartitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un tercio serían delegados del gobierno nacional, departamentales y distritales; • Un tercio delegados de los trabajadores y • El tercio restante delegados de los empresarios de la región. <p>En cada Centro de Atención Primaria en Salud se conformará un Consejo de Participación y Seguimiento de la operación de los Centros de Atención Primaria en Salud, conformado por siete (7) miembros de los cuáles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuatro (4) serán designados por las organizaciones sociales del territorio que cubre el Centro y • Dos (2) por el personal de la salud que labore en el Centro. • Presidirá dicho Consejo el director o secretario de salud del municipio o su delegado. 	<p>PROPUESTA</p> <p>DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD</p>	<p>Artículo 5°. Acción Estatal frente a los determinantes Sociales de la salud. Para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud el Estado incidirá coordinadamente sobre los Determinantes de Salud, a fin de mejorar las condiciones generales e individuales de vida de los habitantes del territorio nacional; reducir la prevalencia e incidencia de enfermedades y disminuir su carga socio económica; elevar el nivel de la calidad de vida de la población; y alcanzar y preservar la salud en cada territorio</p> <p>Parágrafo. Las acciones correctivas sobre los determinantes de la salud son prioridad del Estado colombiano, se financiarán de manera transversal en los presupuestos de las entidades y se deberán tener en cuenta al momento de realizar la planeación de estas.</p>	<p>estatutaria de Salud 1751 de 2015 se ocupó en el artículo 9°... como un deber sectorial, ya que muchos dependen de diferentes factores, que no necesariamente son responsabilidad del sector salud. Ejemplo el acceso al agua potable, el saneamiento básico, vías entre otros. (pendiente de reglamentación y desarrollo)</p>
<p>PROPUESTA</p> <p>DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD</p>	<p>QUE TENEMOS</p> <p>Los determinantes sociales, en lo que corresponde al sector, se han venido desarrollando en los Planes decenales de salud pública y la misma Ley</p>	<p>Cordialmente,</p> <p> DIANA MARGARITA OJEDA VISBAL Procuradora Delegada</p>	

**CARTA DE COMENTARIOS DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 340 DE 2023 CÁMARA**

por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

<p>Bogotá,</p> <p>DOCTOR RICARDO ALFONSO ALBORNOZ BARRETO SECRETARIO GENERAL COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE CÁMARA DE REPRESENTANTES CONGRESO DE LA REPÚBLICA KR 7 8 68 P5 comision.septima@camara.gov.co 601 3904050 Ext 4059 - 4060 - 4099 y 4492 Cundinamarca Bogotá</p> <p>Asunto: <u>20239300400849402</u></p> <p>Referencia: Solicitud Concepto Proyecto de Ley No. 340 de 2023 Cámara</p> <p>Respetado doctor Albornoz:</p> <p>Conforme el asunto de la referencia, a través del presente documento se remiten para su conocimiento y demás fines legales pertinentes los comentarios efectuados por la Superintendencia Nacional de Salud al Proyecto</p>	<p>de Ley No. 340 de 2023 Cámara "Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud".</p> <p>Es de mencionar que los comentarios que a continuación se exponen versan exclusivamente sobre las competencias que el precitado proyecto legislativo atribuye a esta entidad de inspección, vigilancia y control.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="829 638 1084 716">Proyecto de Ley 340 de 2023 "Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud"</th> <th data-bbox="1084 638 1453 716">Comentarios de la Superintendencia Nacional de Salud</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="829 716 1084 922"> <p>Artículo 42. Insolvencia empresarial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Entidades Promotoras de Salud. A las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud les aplicarán las reglas del régimen de insolvencia empresarial establecidas en la Ley 1116 de 2006 y a las Entidades Promotoras de Salud les serán aplicables las normas del proceso de reorganización establecido en los artículos 9 a 46 de la referida ley.</p> </td> <td data-bbox="1084 716 1453 922"> <p>En relación con el asunto descrito en este artículo, debe tenerse en cuenta en primer lugar que el artículo 3 de la Ley 1116 de 2006 indica lo siguiente:</p> <p>"Artículo 38. Personas excluidas. No están sujetas al régimen de insolvencia previsto en la presente ley:</p> <p>1. Las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.</p> <p>(...)</p> <p>6. Las entidades de derecho público, entidades territoriales y descentralizadas.</p> <p>(...)"</p> <p>Sumado a lo anterior, debe considerarse que de acuerdo con lo previsto en lo dispuesto en el párrafo segundo del artículo 233 de la Ley 100 de 1993, la Superintendencia Nacional de Salud se encuentra facultada para aplicar las normas del sector financiero al sector salud, en lo que a medidas especiales se refiere, así:</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="829 922 1084 1063"> <p>Artículo 43. Competencia. Conocerá de los procesos de reorganización y liquidación a los que se refiere el Artículo 42 de esta Ley, como jueces del concurso, el Juez Civil del Circuito o la Superintendencia de Sociedades, en ejercicio de sus facultades jurisdiccionales.</p> </td> <td data-bbox="1084 922 1453 1063"> <p>"ARTÍCULO 233. DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. La Superintendencia Nacional de Salud es un organismo adscrito al Ministerio de Salud con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.</p> <p>(...)</p> <p>PARÁGRAFO 2o. El procedimiento administrativo de la Superintendencia Nacional de Salud será el mismo que se consagra por las disposiciones legales para la Superintendencia Bancaria. Los actos de carácter general que expida la Superintendencia Nacional de</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="829 1063 1084 1269"> <p>Artículo 44. Apoyo técnico de la Superintendencia Nacional de Salud. Superintendencia Nacional de Salud prestará apoyo técnico al juez del concurso que conozca de procesos de insolvencia empresarial adelantados sobre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o Entidades Promotoras de Salud.</p> </td> <td data-bbox="1084 1063 1453 1269"> <p>(...)</p> <p>Artículo 48. Funciones del Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en</p> </td> </tr> </tbody> </table>	Proyecto de Ley 340 de 2023 "Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud"	Comentarios de la Superintendencia Nacional de Salud	<p>Artículo 42. Insolvencia empresarial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Entidades Promotoras de Salud. A las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud les aplicarán las reglas del régimen de insolvencia empresarial establecidas en la Ley 1116 de 2006 y a las Entidades Promotoras de Salud les serán aplicables las normas del proceso de reorganización establecido en los artículos 9 a 46 de la referida ley.</p>	<p>En relación con el asunto descrito en este artículo, debe tenerse en cuenta en primer lugar que el artículo 3 de la Ley 1116 de 2006 indica lo siguiente:</p> <p>"Artículo 38. Personas excluidas. No están sujetas al régimen de insolvencia previsto en la presente ley:</p> <p>1. Las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.</p> <p>(...)</p> <p>6. Las entidades de derecho público, entidades territoriales y descentralizadas.</p> <p>(...)"</p> <p>Sumado a lo anterior, debe considerarse que de acuerdo con lo previsto en lo dispuesto en el párrafo segundo del artículo 233 de la Ley 100 de 1993, la Superintendencia Nacional de Salud se encuentra facultada para aplicar las normas del sector financiero al sector salud, en lo que a medidas especiales se refiere, así:</p>	<p>Artículo 43. Competencia. Conocerá de los procesos de reorganización y liquidación a los que se refiere el Artículo 42 de esta Ley, como jueces del concurso, el Juez Civil del Circuito o la Superintendencia de Sociedades, en ejercicio de sus facultades jurisdiccionales.</p>	<p>"ARTÍCULO 233. DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. La Superintendencia Nacional de Salud es un organismo adscrito al Ministerio de Salud con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.</p> <p>(...)</p> <p>PARÁGRAFO 2o. El procedimiento administrativo de la Superintendencia Nacional de Salud será el mismo que se consagra por las disposiciones legales para la Superintendencia Bancaria. Los actos de carácter general que expida la Superintendencia Nacional de</p>	<p>Artículo 44. Apoyo técnico de la Superintendencia Nacional de Salud. Superintendencia Nacional de Salud prestará apoyo técnico al juez del concurso que conozca de procesos de insolvencia empresarial adelantados sobre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o Entidades Promotoras de Salud.</p>	<p>(...)</p> <p>Artículo 48. Funciones del Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en</p>
Proyecto de Ley 340 de 2023 "Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud"	Comentarios de la Superintendencia Nacional de Salud								
<p>Artículo 42. Insolvencia empresarial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Entidades Promotoras de Salud. A las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud les aplicarán las reglas del régimen de insolvencia empresarial establecidas en la Ley 1116 de 2006 y a las Entidades Promotoras de Salud les serán aplicables las normas del proceso de reorganización establecido en los artículos 9 a 46 de la referida ley.</p>	<p>En relación con el asunto descrito en este artículo, debe tenerse en cuenta en primer lugar que el artículo 3 de la Ley 1116 de 2006 indica lo siguiente:</p> <p>"Artículo 38. Personas excluidas. No están sujetas al régimen de insolvencia previsto en la presente ley:</p> <p>1. Las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.</p> <p>(...)</p> <p>6. Las entidades de derecho público, entidades territoriales y descentralizadas.</p> <p>(...)"</p> <p>Sumado a lo anterior, debe considerarse que de acuerdo con lo previsto en lo dispuesto en el párrafo segundo del artículo 233 de la Ley 100 de 1993, la Superintendencia Nacional de Salud se encuentra facultada para aplicar las normas del sector financiero al sector salud, en lo que a medidas especiales se refiere, así:</p>								
<p>Artículo 43. Competencia. Conocerá de los procesos de reorganización y liquidación a los que se refiere el Artículo 42 de esta Ley, como jueces del concurso, el Juez Civil del Circuito o la Superintendencia de Sociedades, en ejercicio de sus facultades jurisdiccionales.</p>	<p>"ARTÍCULO 233. DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. La Superintendencia Nacional de Salud es un organismo adscrito al Ministerio de Salud con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.</p> <p>(...)</p> <p>PARÁGRAFO 2o. El procedimiento administrativo de la Superintendencia Nacional de Salud será el mismo que se consagra por las disposiciones legales para la Superintendencia Bancaria. Los actos de carácter general que expida la Superintendencia Nacional de</p>								
<p>Artículo 44. Apoyo técnico de la Superintendencia Nacional de Salud. Superintendencia Nacional de Salud prestará apoyo técnico al juez del concurso que conozca de procesos de insolvencia empresarial adelantados sobre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o Entidades Promotoras de Salud.</p>	<p>(...)</p> <p>Artículo 48. Funciones del Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en</p>								
<p>Salud. Para el desarrollo de su objeto, el Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes funciones:</p> <p>(...)</p> <p>7. Tratándose de toma de posesión, intervención forzosa administrativa para administrar o intervención forzosa para liquidar, el Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en lo pertinente y aplicable al sector salud y respecto de las Entidades Promotoras de Salud y Empresas de Medicina Prepagada, ejercerá las competencias que en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y en las normas que lo complementen o modifiquen estén atribuidas al Fondo de Garantías de Instituciones Financieras - FOGAFIN.</p> <p>Tanto la designación que haga el Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud de los genes interventores, liquidadores y controladores, como la fijación de sus honorarios se hará conforme a lo establecido para el efecto por la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Respecto de los demás vigilados, distintos a las Entidades Promotoras de Salud y Empresas de Medicina Prepagada, las competencias atribuidas al Fondo de Garantías de Instituciones Financieras - FOGAFIN en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y en las normas que lo complementen o modifiquen, en lo aplicable al sector salud, se mantendrán en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>(...)"</p>	<p>Salud no producirán efectos legales mientras no se publiquen en el boletín del Ministerio de Salud, Capítulo, Superintendencia Nacional de Salud, el cual podrá ser editado y distribuido a través de esta." (Subrayado fuera de texto).</p> <p>Tal disposición ha sido reiterada a través de otras normas como las Leyes 1753 de 2015, 1797 de 2016 y el Decreto 780 de 2016 que menciona en su comunicación, las cuales corresponden al desarrollo expreso de lo señalado en la Ley 715 de 2001⁹ (artículos 42¹⁰ y 68¹¹)</p> <p>Así, el artículo 68 de la Ley 1753 de 2015, señala:</p> <p>"ARTÍCULO 68. MEDIDAS ESPECIALES. Sin perjuicio de lo previsto en las demás normas que regulen la toma de posesión y ante la ocurrencia de cualquiera de las causales previstas en el artículo 114 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, el Superintendente Nacional de Salud podrá ordenar o autorizar a las entidades vigiladas, la adopción individual o conjunta de las medidas de que trata el artículo 113 del mismo Estatuto, con el fin de salvaguardar la prestación del servicio público de salud y la adecuada gestión financiera de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>Las medidas especiales que se ordenen se regirán por lo dispuesto en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, incluido el artículo 291 y siguientes de ese estatuto, en lo que resulte pertinente a las medidas especiales; el Decreto número 2555 de 2010; las disposiciones aplicables del Sector Salud y las normas que los sustituyan, modifiquen o complementen. El Gobierno Nacional reglamentará la forma de armonizar las medidas especiales o preventivas de la toma de posesión para su adecuada implementación en el Sector Salud.</p> <p>Con cargo a los recursos del Fosyga- Subcuenta de Garantías para la Salud, el Gobierno Nacional podrá llevar a cabo cualquiera de las operaciones autorizadas en el artículo 320 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.</p>								

	<p>previstas. Para este efecto, <u>aplicará el procedimiento administrativo respectivo, conforme a las normas a que alude el artículo anterior.</u></p> <p>Con el propósito de que se adopten las medidas concernientes, la Superintendencia Nacional de Salud, comunicará la decisión administrativa correspondiente." (Subrayado fuera de texto).</p> <p>Así mismo, los artículos 4 y 7 del Decreto 1080 de 2021 que modifica la estructura interna de la Superintendencia Nacional de Salud, en desarrollo de la normativa antes citada, faculta a esta Entidad, entre otras cosas, para ordenar la aplicación de las medidas a que se refieren los artículos 113 y subsiguientes del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, respecto de los sujetos que vigila, de la siguiente manera:</p> <p>"ARTÍCULO 4o. FUNCIONES. La Superintendencia Nacional de Salud cumplirá las siguientes funciones:</p> <p>(...)</p> <p>30. Adelantar la toma de posesión, los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar y otras medidas especiales las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, las entidades que administren planes voluntarios de salud, las entidades adaptadas y las entidades pertenecientes a los regímenes Especial y de Excepción de Salud en sus actividades de salud y monopolios rentísticos cedidos al sector salud no asignados a otra Entidad, así como intervenir técnica y administrativamente a las secretarías departamentales, distritales y municipales de Salud o las entidades que hagan sus veces.</p> <p>(...)</p> <p>ARTÍCULO 7o. FUNCIONES DEL DESPACHO DEL SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD. Son funciones del Despacho del Superintendente Nacional de Salud, además de las señaladas por la Constitución Política y la ley, las siguientes:</p>		<p>(...)</p> <p>7. Ordenar la toma de posesión, los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar y otras medidas especiales a las entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas, los prestadores de servicios de salud de cualquier naturaleza, y monopolios rentísticos cedidos al sector salud no asignados a otra Entidad, así como intervenir técnica y administrativamente a las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud o las entidades que hagan sus veces.</p> <p>8. Designar y dar posesión a la persona que actuará como agente especial, interventor, liquidador y/o contralor de las entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas, los prestadores de salud de cualquier naturaleza, y monopolios rentísticos cedidos al sector salud no asignados a otra Entidad, que se encuentren bajo cualquier medida especial, conforme a lo establecido en los numerales 5 del artículo 291, 4 del artículo 295 y 1 del artículo 296 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.</p> <p>(...)</p> <p>10. Remover discrecionalmente del cargo al agente especial, interventor, liquidador, contralor o promotor.</p> <p>11. Fijar los honorarios que percibirán los interventores, liquidadores, contralores o promotores por la labor a desarrollar.</p> <p>(...)"</p> <p>Bajo ese entendido, se sugiere sean revisados los artículos 42, 43 y 48 del proyecto pues la competencia para ordenar el desarrollo de las actividades descritas en la propuesta recaen en esta Superintendencia y las mismas ya cuentan con un procedimiento previamente establecido en la ley para su desarrollo.</p> <p>Respecto de este artículo, se informa que el modelo de supervisión que actualmente emplea la Superintendencia Nacional de Salud es un modelo basado en riesgos, el cual fue adoptado mediante Resolución 4559 de 2018.</p>
<p>los agentes del sector y la confianza de la población en el sistema, la Superintendencia Nacional de Salud deberá implementar acciones preventivas y de acompañamiento permanentes a los sujetos vigilados, de forma priorizada, a partir de los análisis y seguimiento a los riesgos inherentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los análisis deben realizarse con base en un sistema de alertas robusto basado en información de calidad, el cual debe permitir la identificación y medición de los riesgos.</p> <p>Cuando el riesgo se considere sistémico y las medidas preventivas apliquen a todas las entidades supervisadas, la Superintendencia deberá emitir recomendaciones a sus vigilados, relativas a aspectos relevantes para mitigar los riesgos identificados; as u vez deberá revisar la normativa y proponer ajustes de acuerdo con los resultados de la evaluación de los riesgos del Sector Salud, y se articulará con otras entidades de control, según aplique. En aquellas instancias que correspondan a acciones preventivas, que deben ser adoptadas por entidades específicas, la Superintendencia Nacional de Salud deberá realizar el acompañamiento y seguimiento en la adopción de mejores prácticas e implementación de ajustes en los sistemas de gestión de riesgos y sus controles que apliquen"</p> <p>Artículo 53 Modifíquese el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 2º. El Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud. Créase el Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud, a partir de la acción especializada y coordinada entre</p>	<p>Lo anterior, atendiendo lo establecido en los artículos 12 de la Ley 1474 de 2011 y del Decreto 1080 de 2021 que disponen</p> <p>- Ley 1474 de 2011:</p> <p>"ARTÍCULO 12. SISTEMA PREVENTIVO DE PRÁCTICAS RIESGOSAS FINANCIERAS Y DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Créase el Sistema Preventivo de Prácticas Riesgosas Financieras y de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud que permita la identificación oportuna, el registro y seguimiento de estas conductas. La Superintendencia Nacional de Salud definirá para sus sujetos vigilados, el conjunto de medidas preventivas para su control, así como los indicadores de alerta temprana y ejercerá sus funciones de inspección, vigilancia y control sobre la materia. Dicho sistema deberá incluir indicadores que permitan la identificación, prevención y reporte de eventos sospechosos de corrupción y fraude en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El no reporte de información a dicho sistema, será sancionado conforme al artículo 131 de la Ley 1438 de 2011."</p> <p>- Decreto 1080 de 2021:</p> <p>"ARTÍCULO 16. FUNCIONES DE LA SUBDIRECCIÓN DE METODOLOGÍAS E INSTRUMENTOS DE SUPERVISIÓN. Son funciones de la Subdirección de Metodologías e Instrumentos de Supervisión, las siguientes.</p> <p>(...)</p> <p>4. Diseñar y actualizar los lineamientos, la estructura y características del marco metodológico para el ejercicio de la supervisión basada en riesgos del Sistema General de Seguridad Social en Salud."</p> <p>Si bien se amplían los miembros del Sistema Integrado de Inspección, Vigilancia y Control para el Sector Salud y se precisa que cada uno de ellos deberá adelantar sus procesos sancionatorios conforme sus competencias e informar acerca del desarrollo de estos a la Superintendencia Nacional de Salud, no es claro cuáles serán las funciones que cada superintendencia desarrollará en el precitado sistema, como sí lo hace la versión actual del artículo 1966 de 2019, aspecto que se sugiere abordar en la propuesta.</p>	<p>Superintendencia Financiera, Superintendencia de Sociedades, la Superintendencia de Industria y Comercio, <u>la Superintendencia del Subsidio Familiar, la Superintendencia de la Economía Solidaria y la Superintendencia Nacional de Salud, bajo la coordinación y dirección de esta última quien será la encargada de adelantar el proceso sancionatorio, sin causar cargo alguno por sobretasas, o tarifas de contribución adicionales. Los procesos sancionatorios serán adelantados por cada una de las Superintendencias, en el ámbito de sus competencias, y serán informados a la Superintendencia Nacional de Salud."</u></p> <p>"Artículo 54. Modifíquese el artículo 75 de la Ley 1955 de 2019, el cual quedará así:</p> <p>"Artículo 75. Competencias de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud respecto de la composición de capital o del patrimonio de la EPS. Todo acto jurídico sin consideración a su naturaleza, de nacionales o extranjeros que tenga por objeto o efecto la adquisición directa o indirecta del diez por ciento (10%) o más de la composición de capital o del patrimonio de una Entidad Promotora de Salud, ya se realice mediante una o varias operaciones de cualquier naturaleza, simultáneas o sucesivas o aquellas por medio de las cuales se incremente dicho porcentaje, requerirá, so pena de ineficacia de pleno derecho, la aprobación del Superintendente Nacional de Salud, quien examinará la idoneidad, responsabilidad y carácter de las personas interesadas en adquirirlas. El Superintendente, además, se cerciorará que el</p>	<p>De la redacción del parágrafo 4 se entendería que, una vez emitida la respectiva autorización previa por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, la Entidad Promotora de Salud contaría con un término de 3 años para materializar su operación, por lo que se sugiere ajustar la redacción en ese sentido. Debe tenerse en cuenta que de acuerdo con lo expresado en el 1º del artículo 75 de la Ley 1955 de 2019, todo acto jurídico que tenga por objeto o efecto la adquisición directa o indirecta del diez por ciento (10%) o más de la composición de capital o del patrimonio de Entidad Promotora de Salud requiere de aprobación previa de la Superintendencia Nacional de Salud, por lo que si en el término de los 3 años a que hace alusión la propuesta, la EPS pretende efectuar cambios adicionales en su capital o patrimonio a los inicialmente aprobados, estos también deberán ser objeto de autorización previa de la Superintendencia.</p> <p>Ahora, tratándose del parágrafo 5º que se propone resulta contradictoria la redacción del mismo con la finalidad del inciso 1º del artículo 75 de la Ley 1955 de 2019, pues no es coherente indicar en una parte del artículo en comentario que todo acto jurídico que tenga por objeto o efecto la adquisición directa o indirecta del diez por ciento (10%) o más de la composición de capital o del patrimonio de Entidad Promotora de Salud requiere de aprobación previa de la Superintendencia Nacional de Salud, para luego</p>

<p>bienestar público será fomentado con dicha transacción. <u>Esta autorización será requerida incluso si el interesado o potencial adquirente, previo a realizar el acto jurídico de adquisición directa o indirecta, sea propietario o titular del diez por ciento (10%) o más de la composición del capital o del patrimonio de la Entidad Promotora de Salud.</u></p> <p>El Superintendente Nacional de Salud verificará que el interesado o potencial adquirente haya acreditado como mínimo los siguientes requisitos, para obtener la aprobación:</p> <p>a) El origen de los recursos objeto del acto o negocio jurídico;</p> <p>b) Tener un patrimonio equivalente a, por lo menos, 1.3 veces el capital que se compromete a aportar en el negocio o acto jurídico, incluyendo este último;</p> <p>c) Que por lo menos una tercera parte de los recursos con los que se realiza el negocio o acto jurídico, sean propios y no producto de operaciones de endeudamiento u otras análogas.</p> <p>En todo caso, el Superintendente Nacional de Salud, mediante acto administrativo motivado, negará la aprobación de que trata el presente artículo, cuando el interesado o potencial adquirente, o alguno de sus socios, cuando aplique, se encuentren incursos en alguna o varias de las siguientes situaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Haber sido condenado por delitos relacionados con el manejo de recursos públicos. 2. Haber sido condenado por delitos contra el patrimonio económico, lavado de activos, enriquecimiento 	<p>precisar que esta no será requerida cuando el interesado o potencial adquirente sea propietario de más del 50% de la composición del capital o del patrimonio de la Entidad Promotora de Salud, si en definitiva cuenta, existe un cambio en la composición del capital o del patrimonio de la entidad.</p> <p><i>Ilícito y los establecidos en los Capítulos Segundo del Título X, Primero del Título XV y Segundo del Título XIII del Libro Segundo del Código Penal y las normas que los modifiquen o sustituyan.</i></p> <p>3. Haber sido objeto de declaración de extinción de dominio, por incurrir en las causales previstas en el artículo 16 de la Ley 1708 de 2014 o disposiciones que la modifican o sustituyan.</p> <p>4. Haber sido sancionado por infringir las normas legales o reglamentarias sobre la integración vertical y de posición dominante.</p> <p>Parágrafo 1°. El Gobierno nacional adecuará, en lo pertinente, las normas vigentes sobre la habilitación y la permanencia de las Entidades Promotoras de Salud.</p> <p>Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los parámetros necesarios para definir el beneficiario real de la transferencia, así como su identificación.</p> <p>Parágrafo 3°. El presente artículo aplicará a la inversión extranjera en Entidades Promotoras de Salud sin perjuicio de lo establecido en régimen de la inversión de capitales del exterior en el país.</p> <p>PARÁGRAFO 4°. La aprobación del Superintendente Nacional de Salud, a la que se refiere este artículo, no será necesaria cuando el interesado o potencial adquirente haya obtenido dicha aprobación dentro de los tres (3) años anteriores a la fecha de la correspondiente transacción, siempre que en el interregno no</p>
<p><u>haya sido objeto de sanción alguna por parte de la Superintendencia Nacional de Salud o de cualquiera de las otras Superintendencias que hacen parte del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el sector Salud de que trata el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019, ni se les haya dictado medida de aseguramiento o condena dentro de un proceso penal, no hayan sido sancionadas en procesos disciplinarios o fiscales y no se encuentren en alguna de las situaciones establecidas en los numerales 1 a 4 de este artículo.</u></p> <p>PARÁGRAFO 5°. La aprobación a la que se refiere este artículo no será requerida cuando el interesado o potencial adquirente sea propietario de más del 50% de la composición del capital o del patrimonio de la Entidad Promotora de Salud."</p>	<p>"Artículo 66. Liquidación de Entidades Promotoras de Salud que no cumplen condiciones financieras de habilitación y permanencia. Una vez entre en vigencia la presente Ley y a más tardar dentro del día hábil siguiente a su expedición, la Superintendencia Nacional de Salud ordenará la intervención forzosa administrativa para liquidar las Entidades Promotoras de Salud que a la fecha de expedición de la presente Ley no cumplan con las condiciones financieras de habilitación y permanencia. Expedido el acto administrativo que ordena la intervención forzosa administrativa para liquidar, el Ministerio de Salud y Protección Social realizará la asignación de los afiliados a las Entidades Promotoras de Salud que cumplan con las condiciones financieras de habilitación y permanencia, conforme el procedimiento de asignación de afiliados expedido por el Gobierno Nacional en virtud del artículo 134 y el parágrafo 1 del artículo 230 de la Ley 100 de 1993"</p> <p>Esta disposición resulta concordante con lo establecido en los artículos 2.5.2.3.5.1, del Decreto 780 de 2016:</p> <p>"Artículo 2.1.11.1 Objeto y alcance. El presente Título tiene por objeto establecer las condiciones de asignación de afiliados para garantizar la continuidad del aseguramiento y la prestación del servicio público de salud a los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud - EPS del Régimen Contributivo o Subsidiado, cualquiera sea su naturaleza jurídica, cuando dichas entidades se retiren o liquiden voluntariamente, ocurra la revocatoria de la autorización de funcionamiento o de la certificación de habilitación, o sean sujeto de intervención forzosa administrativa para liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Las condiciones de que trata el presente título serán exigibles solo para las entidades que se encuentren operando el aseguramiento. Parágrafo. El procedimiento de asignación de que trata el presente título no aplica a las EPS indígenas cuando se encuentren en alguna de las situaciones señaladas en el presente artículo</p> <p>(...)</p> <p>Artículo 2.5.2.3.5.1. De la competencia de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de las competencias establecidas en las Leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011 y el Decreto 2462 de 2013, es la entidad encargada de realizar seguimiento a las condiciones de habilitación y permanencia de las entidades de que trata el presente Capítulo.</p> <p>En ejercicio de esta competencia, la Superintendencia Nacional de Salud, evaluará la gravedad del incumplimiento y aplicará a las entidades mencionadas, amonestación escrita, multa o revocatoria de la autorización de funcionamiento, de conformidad con la graduación de las sanciones establecidas en la reglamentación vigente sobre la materia.</p> <p>Parágrafo. En todo caso, el seguimiento de las condiciones de habilitación y permanencia por parte de la Superintendencia Nacional de Salud podrá ser adelantado en cualquier momento, independiente de los plazos establecidos en los artículos 2.5.2.3.2.5, 2.5.2.3.2.7 y 2.5.2.3.3.6 del presente Capítulo.</p>

	<p>Sin embargo, se considera que el tiempo establecido en el artículo para proceder a la liquidación de las EPS que no cumplan con las condiciones financieras de habilitación y permanencia (un día hábil siguiente de la entrada en vigencia de la ley) es insuficiente, pues este trámite requiere del desarrollo de varias etapas al interior de la entidad, que requieren muchos más días del definido en el artículo, y que deben ser cumplidos para garantizar el debido proceso de los vigilados.</p>
--	---

En los anteriores términos damos por atendida su solicitud.

Atentamente,

Firmado electrónicamente por: Ulahi Dan Beltrán López

Ulahi Dan Beltrán López
SUPERINTENDENTE NACIONAL DE SALUD

CARTA DE COMENTARIOS DE LA ASOCIACIÓN DE EMPRESAS GESTORAS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 339 DE 2023 CÁMARA

por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones.

<p>Bogotá D.C. 23 de Marzo de 2023 D.E.2917-2023</p> <p>Doctor RICARDO ALFONSO ALBORNOZ BARRETO Secretario General Comisión Séptima Comisión Séptima Constitucional Permanente HONORABLE CÁMARA DE REPRESENTANTES comision.septima@camara.gov.co Carrera 7 N° 8 – 68 Piso 5 Ciudad</p> <p>Asunto: Concepto del Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES"</p> <p>Respetado secretario Alborno:</p> <p>Atendiendo su solicitud de emitir nuestro concepto relacionado con el Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", nos permitimos pronunciarnos sobre lo solicitado en los siguientes términos:</p> <p>1. Aspectos que compartimos</p> <p>Reconocemos que el país tiene que avanzar en varios aspectos que se han propuesto. Hay casi que un consenso nacional en, al menos, los siguientes puntos que también aborda la reforma:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la infraestructura de la red pública hospitalaria. • Fortalecer la atención primaria en salud. • Mejorar el acceso a los servicios de salud en las zonas rurales. • Fortalecer el trabajo intersectorial sobre los determinantes de la salud. • Mejorar las condiciones de trabajo del talento humano en salud e incrementar su formación tanto en cantidad, como en capacidad resolutoria. 	<p>No obstante, nos preocupa que no hay claridad, en el proyecto de ley, sobre las fuentes y los recursos financieros que garanticen su implementación y sostenibilidad, y más aún, no observamos una estimación, más o menos certera, de su impacto. No hay recursos nuevos que alivien la situación financiera del sistema y preocupa que, al parecer, los recursos que financian hoy el derecho individual a la seguridad social en salud, se distribuirán en subcuentas, dentro de la ADRES, que van a financiar los gastos de la reforma y, entonces, la salud que demanden los colombianos se financiará hasta donde el presupuesto lo permita, situación que se ratifica en el texto cuando se dice que lo dispuesto en el proyecto está sujeto a disponibilidad presupuestal y al marco fiscal de mediano plazo.</p> <p>2. Otros aspectos positivos del proyecto.</p> <p>Es claro que el sistema debe tener una permanente mejora en diferentes aspectos de su operación, no sólo dónde hay problemas y debilidades, sino también, donde hay oportunidades.</p> <p>En este aspecto, coincidimos en la necesidad de mejorar los sistemas de información, mejorar el acceso a los servicios de salud más cuestionados por las tutelas, peticiones y quejas de los usuarios y combatir la corrupción en todos los actores y a todos los niveles. Estas son tareas permanentes, ineludibles e interminables, cuyo fortalecimiento apoyamos y compartimos plenamente.</p> <p>No obstante, se advierte que estas buenas intenciones tienen que instrumentalizarse y financiarse adecuadamente, para evitar frustraciones.</p> <p>3. La necesidad de mantener el aseguramiento en salud.</p> <p>Al comienzo del debate sobre la reforma se interpretó la labor de las EPS como de simple "intermediación financiera", cuya eliminación, en consecuencia, no sería relevante, ni traumática. La realidad demuestra lo contrario y el texto mismo de la reforma termina por reconocer, tácitamente, la importancia del rol de las EPS, pues dedica la parte más importante y robusta del articulado a reacomodar y distribuir sus funciones, en varias nuevas instancias sustitutas, sin augurar mejora alguna y amenazando la integridad y eficiencia de la garantía del derecho a la salud.</p>
--	--

<p>Así las EPS desaparezcan, se necesita quien haga sus veces. Ahora bien, quien haga esa tarea, debe saber hacerla, y debe hacerla bien y de manera coordinada. Debe tener un talento humano idóneo, herramientas tecnológicas y administrativas adecuadas para ello. El afán de sustituirlas no puede llevar a la improvisación y al deterioro de funciones que va a ir en contra de la atención a los usuarios.</p> <p>El aseguramiento en salud ha permitido lograr la cobertura universal, el acceso a tratamientos de alta complejidad, que no habría sido posible financiar sin el aseguramiento, que fue el modelo que adoptó el país para garantizar el derecho a la salud y seguridad social según el artículo 48 de la Constitución Política. El mandato constitucional señala que la seguridad social es un servicio público obligatorio, que podrá prestarse en concurrencia con los particulares. Es así como se invita, en la Ley 100 de 1993, a que participe la empresa privada, continúan las entidades de la seguridad social como el ISS, Cajanal, Caprecom y otras cajas de previsión, que inicialmente tuvieron la posibilidad de adaptarse al Sistema General de Seguridad Social y que con el tiempo fueron desapareciendo, esencialmente por debilidades en la gestión y otras diversas causas. También se invitó a participar a otras entidades que tenían alguna injerencia en la salud antes de 1993, como son las Cajas de Compensación Familiar y Empresas Solidarias de Salud que fueron la antesala del régimen subsidiado de salud.</p> <p>En nuestro concepto el proyecto de ley es violatorio del artículo 48 de la Constitución Política de Colombia porque dicho artículo señala: <i>"La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley"</i>. Al utilizar la expresión seguridad social, el constituyente no distinguió entre seguridad social en pensiones, en salud o en riesgos laborales por lo que debe entenderse que esta expresión abarca todos los componentes de la seguridad social. En efecto, la ley 100 de 1993 que es posterior a la Constitución Política de 1991 mantiene ese mandato y permite que en materia de pensiones, salud y riesgos laborales participen en la prestación del servicio tanto entidades públicas como entidades privadas. Con el proyecto de ley presentado se vulnera esta disposición constitucional porque restringe la participación de las entidades privadas en el servicio público de seguridad social en salud que quedaría exclusivamente a cargo de entidades públicas.</p> <p>Los logros del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en protección financiera, bajo gasto de bolsillo, y oportunidades para todos los colombianos que padecen enfermedades graves y de alto costo, algunas de ellas crónicas, son innegables. La</p>	<p>posibilidad de libre elección es un principio de la Ley Estatutaria de Salud que se debe proteger y garantizar y que la propuesta de reforma elimina.</p> <p>En ese sentido consideramos que el proyecto de ley es violatorio de la ley 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud en particular el artículo 6 que señala: "ARTÍCULO 6o. ELEMENTOS Y PRINCIPIOS DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:</p> <p>(...)</p> <p><i>h) Libre elección. Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación;</i></p> <p>El proyecto impide a los usuarios seleccionar libremente la entidad de seguridad social en salud que le garantizará los servicios y dado el rango de la ley 1751 de 2015 no puede ser modificada por una ley ordinaria. No sobra advertir que las entidades de salud hoy comprenden tanto a las EPS como a las IPS ambas regidas por unas normas específicas de habilitación y en donde el usuario tiene derecho a la libre elección en estos dos niveles.</p> <p>Para las personas pobres y vulnerables el hecho de tener un subsidio a la demanda, es la materialización del derecho individual. Para quienes contribuyen es la materialización de la parafiscalidad a la que tienen derecho. El hecho de que los recursos disponibles se acumulen en la ADRES y se traduzcan en un per cápita calculado en función de la edad, el sexo y el municipio de residencia, igual para todos, genera equidad y hace efectiva la solidaridad. Por ello, consideramos que con la propuesta, se está eliminando el derecho individual de las personas por un lado al acceso a la seguridad social y por el otro a la libre elección de la entidad que garantizará los servicios de salud.</p> <p>El aseguramiento ha permitido manejar un gasto per cápita en salud relativamente bajo en comparación con otros países del mundo, con una cobertura de beneficios muy amplia que incluye prácticamente todos los procedimientos médicos y medicamentos existentes salvo las exclusiones explícitas.</p>
<p>4. La eliminación de la seguridad social.</p> <p>La idea de acabar las EPS tampoco puede terminar sepultando el derecho irrenunciable a la seguridad social en salud, plasmado en el artículo 48 de la Constitución del 91.</p> <p>Los antecedentes de la asamblea nacional constituyente y los de la comisión constitucional de Seguridad Social, que la asamblea ordenó conformar, mostraron que, entre los tres subsectores del sector salud, el público, el privado y el de la seguridad social, se consideró al subsector de la seguridad social, a pesar de sus dificultades, como cualitativamente superior para garantizar la salud, en el que debían confluír los otros dos, para que el seguro de salud no fuera ya solo un derecho de los empleados y trabajadores formales, sino un derecho de todos los habitantes, ampliando progresivamente la cobertura a la familia del trabajador, inicialmente, luego, a los trabajadores independientes de manera obligatoria y, finalmente, a las personas sin capacidad de pago, mediante subsidios. De esta forma ocurrió en la práctica y la cobertura de la seguridad social universal se dio, tanto en la inclusión a toda la población a la seguridad social en salud como en la igualación de beneficios.</p> <p>Llegar a los logros obtenidos hoy de cobertura universal e igualación de beneficios entre las personas con capacidad de pago y las personas más pobres y vulnerables ha representado un esfuerzo de 30 años y de muchos gobiernos trabajando en la misma dirección que se pueden perder por una mala decisión</p> <p>Perder el seguro de salud, que ha alcanzado la cobertura universal, para volver a un sistema prestacional, donde no hay garante, es un franco retroceso que amenaza el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y va en contravía del artículo 48 de nuestra Constitución, que reconoce a la seguridad social como un derecho irrenunciable, de todos los habitantes del territorio nacional. Si es un derecho irrenunciable, menos aún podrá ser arrebatado, sin violar la Constitución Política.</p> <p>De la misma manera, no se puede desconocer que los recursos de la seguridad social, por mandato constitucional, no se pueden utilizar ni destinar a fines diferentes a ella, así se trate de un sistema público de prestación de servicios de salud, ni siquiera, intentando redefinir la parafiscalidad en contravía de la Constitución Política.</p>	<p>La historia de la salud del país desde la posguerra es una historia ligada a la seguridad social. Para los pobres y vulnerables se tuvo un Sistema Nacional de Salud hasta 1993, con subsidios a la oferta a los hospitales públicos que se financiaban con presupuestos históricos asignados y que en general se agotaban antes de terminar la vigencia fiscal y nunca fueron una protección efectiva para la población pobre.</p> <p>Era impensable en esas épocas que una persona pobre accediera a un tratamiento de cáncer, a un trasplante o a un tratamiento para una enfermedad huérfana. Era impensable por ejemplo, que un niño de Amazonas viniera a Bogotá con su acompañante a ser tratado por un cáncer en la misma institución en donde se trata a los niños de una familia con capacidad de pago. El acceso a las mejores tecnologías ha sido un hecho. Con la propuesta del Gobierno, estas oportunidades se ponen en riesgo.</p> <p>La Cuenta de Alto Costo, para la vigencia 2021 se informaron 380.086 personas diagnosticadas y con tratamiento de cáncer de las cuales el 30 por ciento son del régimen subsidiado en salud. Frente al cáncer pediátrico, se reportaron 3.529 casos en población perteneciente al Régimen Subsidiado, con una representación porcentual del 48% en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Según datos de SISPRO, se han atendido 984.666 personas diagnosticadas con algún tipo de cáncer, de las cuales el 38% corresponde a población pobre y vulnerable, a quienes se les han realizado 2.275.297 número de atenciones con un costo estimado de \$ 274.418.218.926.</p> <p>Sobre otras patologías de alto costo, también a cuatro cohortes (Enfermedad Renal Crónica, HTA, Trasplante Renal y VIH) se han atendido a 5.655.823 casos, de los cuales 3.564.476 (63%) corresponden a población con capacidad de pago y 2.091.347 (37%) a la población pobre y vulnerable asegurada con subsidio.</p> <p>5. Acceso de los usuarios:</p> <p>El texto del proyecto de ley 339, plantea un enorme riesgo para la atención a los usuarios porque se perderán las redes de prestadores de servicios que las EPS tienen ya organizadas y que están al servicio de pacientes y usuarios, y en su defecto el proyecto prevé la conformación de redes que denomina integradas e integrales pero que en realidad no lo son. En efecto, se plantean redes para la atención primaria, los servicios especializados ambulatorios, los de hospitalización, urgencias médicas y odontológicas, rehabilitación, laboratorios y suministro de medicamentos, las cuales serían esencialmente</p>

<p>públicas. Es decir, siete redes diferentes y desintegradas, sin que se esté planeando una coordinación que integre las necesidades y cubra lo que requieren los pacientes con integralidad y sin fraccionamiento. Es lógico que la propuesta del proyecto de ley tan fragmentada tiene retos infinitos de coordinación que es poco posible que logre el sector público y riesgos mayores de falta de integración, fragmentación, oportunidad y mejores resultados en salud.</p> <p>El proyecto señala que los CAPIRS serán la puerta de entrada al sistema; no obstante, no es claro de que tipo de institución se trata. Señala que serán integradas y manejadas por los Fondos Territoriales las redes de mediana y alta complejidad. Pero nuevamente, no es clara la forma como va a ser la coordinación para que la atención integral del paciente se materialice.</p> <p>En la práctica el proyecto va a crear 2.500 mini EPS en todo el país (los CAPIRS) encargados de coordinar redes de mediana y alta complejidad, lo cual desde el punto de vista administrativo resulta un proceso ineficiente. El mismo gobierno ha señalado que la consolidación de los CAPIRS puede tardar más de 10 años lo cual representa un riesgo enorme en la garantía del derecho a la salud de los colombianos migrar a un sistema cuya construcción plena tarde más de 10 años por cuanto de derecho fundamental a la salud es de aplicación inmediata y no admite transiciones.</p> <p>Además esto tiene el agravante de que el acceso a los servicios de salud será a través de un único CAPIRS a la cual la persona debe estar adscrita, lo que en un país con importantes niveles de movilidad interna de la población representará una verdadera barrera de acceso a los servicios de salud. Hoy en día las personas acceden a los servicios de salud por cualquiera de las IPS que hagan parte de la red prestadora de las EPS.</p> <p>6. El financiamiento podría colapsar:</p> <p>El proyecto de ley no explica de manera detallada cómo sería el control del gasto que permitiría cubrir las necesidades de atención para los usuarios. Es bueno recordar, que ha sido una labor fundamental de las EPS hacer gestión del riesgo de salud y financiero utilizando eficientemente los recursos de la UPC para que los millones de afiliados puedan tener a su servicio las redes de atención que hemos construido por muchos años. Es muy importante tener presente que sin una administración eficiente de los recursos, estos no</p>	<p>alcanzarán para atender los crecientes costos de los servicios de salud. Los ciudadanos tendremos que soportar las consecuencias. Los pacientes estarán en riesgo de no ser atendidos y las finanzas públicas colapsarán.</p> <p>Las experiencias de fondos pagadores públicos, han sido nefastas en el país y han puesto en riesgo las finanzas sectoriales. Además de ser imposible el control del gasto sin la debida gestión de riesgos en salud; los riesgos de corrupción y fuga de recursos se han materializado en varias ocasiones. Ejemplos tenemos muchos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las EPS transitorias años 1995-1996 como antesala del régimen subsidiado. • La libre adscripción del seguro social años 1997-1998 • Atención en Salud de Población desplazada con recursos del FOSYGA como pagador directo. Años 2001-2002. • Los recobros del régimen contributivo al FOSYGA. • Los recobros del régimen subsidiado a departamentos y distritos. <p>Los casos de corrupción más notorios se han dado en el país por ese tipo de pagadores. En muchos casos, como en el de las EPS transitorias, no existió ni siquiera referencia de lo que pasó con los recursos.</p> <p>Aunque es razonable que la ADRES funja de tesorería de las EPS, mediante el giro directo a las IPS, no es aconsejable que no haya quien organice los servicios, es decir, quien, de manera inteligente e informada, contrata y compra y, luego, audita y ordena el pago.</p> <p>7. Los usuarios enfrentarían dispersión de responsabilidades:</p> <p>Tal y como está previsto, los usuarios estarían desamparados ante sus reclamos y solicitudes. Actualmente, los usuarios del sistema de salud tienen claro que existe una sola entidad (EPS) responsable de garantizar todos los servicios de salud que requieran, desde el procedimiento más sencillo hasta el más complejo. El texto radicado muestra que se dispersan esas responsabilidades entre la ADRES, los Fondos Regionales de Salud, las Direcciones Territoriales de Salud y los Centros de Atención Primaria, entre otros. En últimas, no habrá quién responda por el usuario como hoy sí sucede. La coordinación de todas las instancias públicas que se plantean es muy ambiciosa y seguramente excesivamente traumática.</p>
<p>Se trata de una experimentación institucional que en otros sectores puede darse cuando no esté en juego un derecho fundamental autónomo como el de la salud, pero que en este sector esa experimentación institucional se cuenta en vidas humanas que generarían un perjuicio irremediable. No hay evidencia histórica en más 200 años de vida republicana en Colombia de que el sector salud administrado y manejado exclusivamente por agentes públicos sea mejor o superior a un sistema mixto que permita la presencia de agentes públicos, privados o mixtos. Ese pluralismo de origen constitucional y que constituye la médula central de nuestro sistema se elimina con el proyecto de ley presentado por el Gobierno Nacional</p> <p>Los pacientes y usuarios rechazan la propuesta porque saben que esta propuesta no va a mejorar la atención. No se enfoca en resolver los verdaderos problemas.</p> <p>8. La transición propuesta será inviable.</p> <p>Se plantea una transición indefinida mientras se estructura el nuevo modelo, en la cual las EPS tendrán que seguir operando, tal y como operan hoy. Así el compromiso de nuestras agremiadas con sus afiliados sea irrestricto, un escenario premonitorio de fin de actividades, así no se exprese el término, será una agonía prolongada, con enormes dificultades para la operación, en medio de semejante incertidumbre. La responsabilidad frente a los afiliados de operar obligatoriamente en condiciones adversas, debilita la confianza de proveedores y trabajadores, y limita las inversiones, generando un clima no apropiado, que deteriora inevitablemente el ejercicio de la labor de nuestras agremiadas.</p> <p>En este punto, cabe recordar que varias EPS están en proceso de transición para adecuarse, en el régimen subsidiado de salud, a unas condiciones financieras similares a las de las compañías de seguros. En efecto, el Decreto 2707 de diciembre de 2014 y sus modificatorias plantean una transición de diez años para la capitalización, que en muchos casos se encuentra frenada ante un escenario de no continuidad de las EPS. Dicha transición termina en algunos casos en 2024 y hasta 2031.</p> <p>Frente a la incertidumbre y desconfianza, los agentes y proveedores restringen su operación. Esto es obvio en un Sistema donde hay codependencia de unos y otros.</p> <p>Claramente las entidades con mayores retos financieros son las entidades de la economía popular como las solidarias y cooperativas, que nacen como se dijo de una política pública</p>	<p>diseñada por el Estado, las Cajas de Compensación Familiar y las Entidades con capitales públicos. La incertidumbre que genera la reforma, algunas de ellas por ser incluidas en la exposición de motivos como entidades incumplidas, sin considerar las circunstancias particulares de su naturaleza y la misma imposibilidad para concretar capitales que genera el ambiente reformista, o desconociendo las capitalizaciones recientes, es bastante cuestionable.</p> <p>No se consideran circunstancias sobrevinientes como la pandemia que obliga a las EPS a volcarse a su atención. Tampoco se consideran los efectos en las finanzas de las entidades del incremento de frecuencias de uso y el crecimiento atípico de la inflación y devaluación de los últimos años, que superan en varios puntos porcentuales lo estimado cuando fue calculada la UPC. Suficiente evidencia existe sobre la insuficiencia de recursos, que se está presentando y que no va a variar haciendo las modificaciones al sistema de salud que está propuesta y por el contrario agrega elementos que pueden resultar muy temprano en un desbordamiento del gasto, sobre el cual hay suficiente evidencia.</p> <p>Por lo tanto, plantear un escenario de transición indefinida, con las mismas obligaciones, como el expuesto en el texto de proyecto, no es posible para las EPS agremiadas.</p> <p>9. El sistema se ha venido mejorando a través de los años.</p> <p>El sistema que tenemos hoy, en su esencia mantiene los principios de la Ley 100 de 1993; no obstante en estos años el sistema ha evolucionado y se han hecho importantes transformaciones. Seguramente se necesitarán muchas más.</p> <p>En esta historia de 30 años vale la pena recordar algunas transformaciones producto del afianzamiento del derecho, la gestión institucional, los avances tecnológicos y el trabajo de miles de personas de las instituciones de la seguridad social, así como de los pacientes que se han empoderado y han exigido sus derechos.</p> <p>Evolución del Régimen Subsidiado de Salud. El régimen subsidiado de salud empezó en 1996, con una operación muy compleja. Se suscribían contratos del régimen subsidiado para materializar la afiliación de las personas. Estos contratos se suscribían entre los municipios y departamentos, con las EPS, hasta el año 2000; y después de la ley 715 de 2001, solo los municipios con las EPS que habían escogido los afiliados. Los pagos se</p>

hacían por los fondos locales de salud con retrasos importantes entre 90 y 180 días. Las EPS debían cobrar al departamento y al municipio y el Ministerio de Salud autorizaba la cofinanciación una vez cumplidos unos requisitos que en general el municipio no cumplía a tiempo. El resultado era una demora importante en el flujo de recursos y algunas administraciones los desviaron. Incluso, en muchos casos, los municipios no pagaron a las EPS, denominadas ARS, para la época.

En 2012 se reconoció este problema y se realizó un saneamiento de las deudas que ascendían a aproximadamente \$780.000 millones de esa época, de los cuales se reconocieron \$530.000 millones para lo cual se habilitaron fuentes como, excedentes de cuentas maestras, FAEP, regalías e incluso FOSYGA. La deuda restante debía ser revisada por la Superintendencia Nacional de Salud. Nunca se obtuvo el resultado de esta revisión que debía hacerse, como tampoco se conocieron sanciones por el desvío de los recursos que se identificaron plenamente.

Esta situación se corrigió mediante la Ley 1438 de 2011, con el manejo sin situación de fondos de los recursos del Sistema General de Participaciones girado desde el FOSYGA y el reconocimiento desde la Nación de la UPC. Posteriormente con la creación de la ADRES en 2017 se garantiza el 100 por ciento de los recursos de la UPC girados desde la Nación de manera puntual. Esta fue una transformación fundamental que permitió que todas las EPS pudieran manejar los dos regímenes y posibilitara la movilidad y la portabilidad de la afiliación como garantía para el afiliado de tener cobertura donde se encontrara y si pertenecía al régimen subsidiado y conseguía un trabajo temporal el proceso de continuar con su afiliación fuera automático.

Estos avances se debilitan en la propuesta, se vuelve al manejo disperso de los recursos a través de distintos fondos públicos, con el riesgo de repetir historias conocidas.

Afiliación y base de datos única. De la misma manera ha evolucionado la afiliación, desde tener bases de datos separadas por EPS, con muchos duplicados e inconsistencias hasta tener hoy una Base de Datos Única de Afiliados BDUA, y un sistema de afiliación transaccional. La base de datos del sector salud es quizás la más completa de cualquier sector en el país.

Mecanismos para agilizar el flujo de recursos en el sistema. Con la expedición de la Ley 1438 de 2011, se estableció el mecanismo de giro directo de los recursos del régimen subsidiado y contributivo a las instituciones prestadoras de servicios de salud y a los proveedores de servicios y tecnologías en salud, garantizando de esta manera la

continuidad en prestación de servicios de los afiliados al SGSSS. Muestra lo anterior, es que a través de este mecanismo se giraron alrededor de \$17 billones de pesos entre la red pública y privada del país, tal como se muestra a continuación:

Tabla 2. Giro directo realizado por la ADRES – vigencia 2022.
Cifras en miles de millones de pesos

Naturaleza Jurídica	Valor Girar IPS	% Giro
Privada	9.612	56,21%
Pública	7.249	42,39%
Mixta	241	1,41%
Total General	17.102	

Fuente: Lupa al giro – ADRES.

Transformación del FOSYGA. La creación de la ADRES resuelve el problema de las inflexibilidades de las subcuentas del FOSYGA, de la existencia de un fondo sin personería jurídica incapaz de responder y el manejo disperso con varios contratos. En este punto cabe mencionar que todos estos avances se borran en la propuesta presentada.

Ley Estatutaria de Salud. Afianza el derecho fundamental, contempla la existencia de un ente similar a las EPS que denomina gestores, contempla la existencia de un plan de beneficios, que dice debe ser actualizado cada dos años, garantía de la libre elección. Aspectos que entre otros, no son considerados en el proyecto.

10. Los principales problemas que no tienen solución concreta en el proyecto.

- Falta de oportunidad por escasez de talento humano de algunas especialidades.
- Falta de acceso por situaciones geográficas.
- Falta de camas hospitalarias en algunos municipios e incluso en algunas zonas de grandes ciudades.
- La UPC cada vez es más estrecha. La mayor parte de las EPS no generan excedentes. La siniestralidad promedio es del 95% en 2022. Debe generarse rápidamente una revisión considerando que los hospitales públicos en general tienen enormes problemas para reportar los registros de atención tanto para la base de datos RIPS como para la de Suficiencia. Esta última base de datos, se solicita

a partir de 2004 ante la mala calidad de los RIPS que reportan directamente los hospitales. No obstante se convirtió en una necesidad y se normalizó la solicitud. En el fondo se están reportando los datos dos veces y son de mala calidad.

- El pago de las tecnologías nuevas no se ha logrado estabilizar. La estrategia de valores máximos fue buena para la ADRES porque disminuyó los procesos de auditoría y muy mala para las EPS y por ende para los usuarios, que han tenido que esperar más de un año para el ajuste de los gastos por ejemplo del año 2021.
- Entrega inoportuna de medicamentos. No se prevé en el proyecto ni siquiera como se van a dispensar los medicamentos.

11. El texto es repetitivo e inconsistente en varios puntos. Algunas inconsistencias en el articulado se mencionan a continuación:

- El artículo 1 del proyecto señala que el objeto de la ley es reestructurar el Sistema General de Seguridad Social en Salud y establecer el Sistema de Salud, pero en realidad lo que hace todo el articulado posterior es acabar con el Sistema General de Seguridad Social en Salud que sólo vuelve a mencionarse en el artículo 149 a propósito del régimen de transición.
- Señalan los artículos 9 y 10 del proyecto que el Consejo Nacional de Salud será una instancia de dirección del sistema con autonomía para la toma de decisiones, pero el artículo 12 del proyecto sólo le señala como funciones presentar propuestas y elaborar informes, con lo cual se anula toda capacidad de decisión. La capacidad de decisión se concentra en el Ministerio de Salud y Protección Social.
- El artículo 29 del proyecto establece que la ADRES tendrá sólo dos cuentas que son la de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) y la de Fortalecimiento Red Pública para la Equidad. Sin embargo, en el artículo 42 se menciona que los Fondos Regionales de Salud recibirán recursos de la ADRES de las siguientes cuentas: Cuenta Prestaciones Económicas en Salud y Cuenta Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE). Estas cuentas no están en ADRES. ¿Como será entonces el manejo de esos recursos?
- El artículo 32 del proyecto señala que el Plan decenal de Equipamiento en Salud se financiará con los recursos de la Cuenta de Infraestructura y Equipamiento del Fondo Único Público para la Salud. Sin embargo, esta cuenta no aparece en el Fondo Único Público para la Salud, ni en las cuentas de la ADRES. ¿De donde saldrán los recursos para financiar la infraestructura en salud y cual es su fuente?

- El artículo 43 del proyecto señala que el Consejo Administrador del Fondo Regional de Salud en cada región nombrará al Gerente del Fondo Regional de Salud pero el artículo 47 del proyecto establece que el Gerente del Fondo Regional de Seguridad Social en Salud, (aunque los nombres no coinciden asumimos que se trata del mismo fondo) será un funcionario de la ADRES. Esto significa que a pesar del nombramiento por parte del Consejo Administrador, el Gerente del Fondo Regional tendrá un superior jerárquico que es el Director de ADRES. ¿A quien obedece instrucciones este funcionario público? ¿Al Consejo Administrador o al Director de la ADRES?
- El artículo 51 del proyecto establece que toda persona nacional o extranjera podrá solicitar la atención en salud a las entidades prestadoras de servicios de salud y que se prohíbe la negación de prestación de servicios de salud a quien lo solicite. Por su parte el artículo 83 señala que todas las personas deberán estar adscritas a un Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud en función de su lugar de residencia y el artículo 84 señala que los CAPIRS serán el punto de origen obligatorio de las órdenes de referencia para la atención de la población asignada hacia la red hospitalaria y especializada de mediana y alta complejidad. ¿Pueden entonces en realidad las personas acudir a cualquier prestador de servicios de salud para recibir la atención que requieren o sólo pueden recibir servicios en el prestador al cual los remita el CAPIR?
- El artículo 76 del proyecto señala que las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud – RIISS son entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar atención sanitaria. De igual manera el artículo 77 señala que las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y mixtas podrán formar parte de las redes integradas e integrales de servicios de salud para garantizar el derecho fundamental de la salud. Pero posteriormente el artículo 79 establece que Las entidades departamentales y distritales según corresponda, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, organizarán y conformarán las redes integradas e integrales de servicios de salud incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos. ¿Las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud – RIISS se conforman por voluntad de sus integrantes o por decisión de los departamentos y distritos?
- El artículo 76 del proyecto establece que los servicios en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación se dispensarán por las Redes integradas e integrales pero a renglón seguido hace el siguiente listado de redes:

<p>Las redes integrales e integradas de servicios son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Redes de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud - APIRS. 2. Redes de servicios especializados ambulatorios. 3. Redes de servicios de hospitalización, incluye hospitalización domiciliaria. 4. Redes de urgencias médicas y odontológicas. 5. Redes de rehabilitación. 6. Redes de laboratorios. 7. Redes integrales de apoyo en materia de vigilancia en salud pública, servicios diagnósticos, farmacéuticos y de tecnologías en salud. <p>Estas redes claramente no cumplen con el requisito de garantizar la integralidad en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Son redes fraccionadas que parten del tipo de servicios mas no integradas ni integrales. El usuario deberá transitar por varias redes para garantizar su derecho.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El artículo 100 del proyecto señala que los servicios para las enfermedades raras se pagarán de la Cuenta de Enfermedades Raras conforme al artículo 31 del proyecto. Sin embargo, el artículo 31 del proyecto no hace referencia a esta cuenta y ningún otro artículo del proyecto la menciona. ¿De donde saldrán los recursos para efectuar estos pagos y cual es su fuente? • El artículo 122 del proyecto señala que el Ministerio de Salud y Protección Social definirá el monto anual de recursos destinados a la investigación, desarrollo tecnológico e innovación en problemas de especial interés en salud pública provenientes de la subcuenta de Control de Problemas y Enfermedades de Interés en Salud Pública (CEISP) del Fondo Único Público para la Salud. Sin embargo, esta subcuenta no se menciona en ninguna otra parte del proyecto. ¿De donde saldrán los recursos y cuales son las fuentes para financiar la investigación en salud? • Se prevé el pago de prestaciones económicas en los fondos regionales. Este proceso extremadamente complejo, se gestiona por la EPS y se tramita de cerca al aportante. Esta reforma no propone algo concreto respecto a este beneficio. Todo esto supone un gran desconocimiento de los procesos operativos. • No se tocan los regímenes exceptuados donde las personas sufren enormes vulneraciones y no tienen derecho a la libertad de elección. 	<p>Agradecemos la oportunidad de presentar nuestras apreciaciones y esperamos que se evalúen, así como las múltiples manifestaciones de los académicos, pacientes, Ex Ministros de Salud, ex funcionarios del sistema, actores del sistema, analistas económicos, entre muchos otros, que advierten los riesgos para todos los afiliados actuales, de este proyecto.</p> <p>Atentamente,</p>  <p>CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO Directora Ejecutiva</p>
---	--

CONTENIDO

Gaceta número 272 - Viernes, 31 de marzo de 2023
CÁMARA DE REPRESENTANTES
CARTAS DE COMENTARIOS

	Págs.
Carta de comentarios del Ministerio de Comercio, Industria y Turismo al Proyecto de ley número 308 de 2022 Cámara, por medio de la cual se fortalecen las economías populares y comunitarias campesinas a través de la autorización al Estado a crear Sociedades de Economía Mixta con juntas de acción comunal, se modifica la Ley 2166 de 2021, y se fortalecen las capacidades de las Juntas de Acción Comunal en municipios de 4, 5 y 6 categoría.	1
Carta de comentarios de la Procuraduría General de la Nación sobre el Proyecto de ley número 339 de 2023 Cámara, por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones.....	2
Carta de comentarios de la Superintendencia Nacional de Salud al Proyecto de ley número 340 de 2023 Cámara, por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud.....	13
Carta de comentarios de la Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento en Salud del Proyecto de ley número 339 de 2023 Cámara, por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones.	16