



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXII - N° 671

Bogotá, D. C., martes, 3 de septiembre de 2013

EDICIÓN DE 36 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariassenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE SENADO A LOS PROYECTOS DE LEYES 210 DE 2013 SENADO

por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y sus acumulados el proyecto de ley número 51 de 2012 Senado por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y el proyecto de ley número 233 de 2013 Senado por la cual se crea el sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud.

Bogotá D. C., 29 de agosto de 2013

Honorable Senador:

GUILLERMO SANTOS MARÍN

Presidente Comisión Séptima Constitucional

Senado de la República

Ciudad

Asunto: Ponencia para Segundo Debate Senado a los Proyectos de ley números 210 de 2013 Senado, por medio del cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y sus acumulados al Proyecto de ley número 51 de 2012 Senado, por medio del cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y el Proyecto de ley número 233 de 2013 Senado, por el cual se crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud.

Respetado presidente:

En cumplimiento de lo establecido en los artículos 150, 153 y 156 de la Ley 5ª de 1992

y, en desarrollo de la tarea que me fue asignada por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del honorable Senado de la República, presento a consideración de sus miembros el informe de Ponencia para Segundo Debate Senado al Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado, *por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*, y sus acumulados, en los siguientes términos:

1. ANTECEDENTE DE LA INICIATIVA

1.1. Sobre el trámite en primer debate

La Comisión Séptima Constitucional Permanente asumió el estudio del Proyecto de ley número 210 de 2013 y, si bien acumuló los Proyectos de ley números 51 de 2012 y 233 de 2013, lo cierto es que el Proyecto número 233 fue visto con indiferencia, a pesar de tratarse del Proyecto presentado por la Alianza Nacional para la Salud, integrada por varias organizaciones sociales que luchan por el derecho fundamental a la salud de los colombianos y varios académicos que han estudiado a profundidad la crisis del sector.

Así pues, la Comisión en estricto sentido, estudió fundamentalmente el Proyecto número 210 de 2013, toda vez que se trata del proyecto con el aval del Gobierno y, por lo tanto, ha sido la apuesta del Gobierno para solucionar la crisis del sector salud.

De otra parte, el Senador Mauricio Ernesto Ospina Gómez fue el único Senador que se apartó del texto propuesto de la Ponencia mayoritaria al Proyecto de ley número 210 de 2013 y rindió ponencia negativa.

1.2. Informes de ponencia a primer debate

Se presentaron tres informes de Ponencia y una solicitud de aplazamiento de la votación del Proyecto de ley número 210 de 2013 para la siguiente legislatura, la cual fue votada negativa.

En los que respecta a los informes de Ponencia:

1.2.1. Informe de Ponencia negativa (sustitutiva)

El Senador Mauricio Ernesto Ospina Gómez presentó Ponencia negativa al Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado, la cual fue publicada el 30 de mayo en la *Gaceta del Congreso* número 346 de 2013. Dicha Ponencia fue votada negativa.

1.2.2. Informe de Ponencia positiva (minoritaria)

La Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos presentó Ponencia positiva al Proyecto de ley número 210 de 2013 con 53 artículos, publicada el 31 de mayo en la *Gaceta del Congreso* número 350 de 2013. Dicha Ponencia fue votada negativa.

1.2.3. Informe de Ponencia positiva (mayoritaria)

Los Senadores Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Antonio José Correa Jiménez, Edinson Delgado Ruiz, Teresita García Romero, Astrid Sánchez Montes de Occa, Guillermo Antonio Santos Marín, Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento, y Gabriel Zapata Correa presentaron Ponencia positiva al Proyecto de ley número 210 de 2013 con 90 artículos, publicado el 29 de mayo de 2013 en la *Gaceta del Congreso* número 336 de 2013. Dicha Ponencia fue aprobada, conservando en lo fundamental, el sentido del proyecto de Ponencia presentado.

Por lo anterior, los mismos argumentos expuestos en el informe de ponencia negativa al primer debate se mantienen intactos para la presentación del informe de Ponencia a Segundo debate.

Como argumentos adicionales, se analizará si las modificaciones surtidas en las proposiciones modificatorias cambiaron la estructura del modelo propuesto o, si por el contrario, el modelo se mantiene a pesar de algunos cambios introducidos en el transcurso de la discusión.

1.3. Contexto y trasfondo histórico de la reforma. Lo que no debemos perder de vista

Recordemos que el Gobierno Nacional anunció desde comienzos del 2013 una reforma ordinaria al Sistema General de Seguridad Social en Salud, radicada el 20 de marzo del mismo año, publicada en la *Gaceta del Congreso* número 116, con el objetivo de solucionar la crisis del sector, la cual se ha venido agravando en los últimos años y ante la que el Gobierno ha intentado dos salvamentos: la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011; ambas normas incumplieron la promesa de superar la complicada situación del sector salud.

La difícil e injusta realidad que siguió a los salvamentos, la cual soportan actualmente millones de colombianos, permite emitir un juicio certero. Las propuestas del Gobierno para superar la crisis de la salud han sido inadecuadas, e inapropiadamente formuladas, frente a las condiciones y presupuestos que se requieren solucionar en beneficio de la salud de los colombianos.

La realidad de la crisis conocida por todos (insatisfacción generalizada de los usuarios con respecto a la prestación de los servicios de salud, filas interminables, congestión inaudita en los servicios de urgencias y de hospitalización, citas con especialistas inoportunas con agendas de varios meses para su asignación, atención breve por parte de los médicos por indicadores que limitan su adecuada atención -20 minutos máximo por consulta en una población que no tiene educación para expresar con claridad y síntesis-, diversas barreras de acceso, mecanismos sofisticados para negar la atención en salud y traslado de la carga administrativa para realizar trámites¹, entre otros), desborda ampliamente las razones para soportar esta afirmación.

Se ha venido acuñando una afirmación que gráficamente nos ilustra el sentir del pueblo colombiano, frente al modelo que debemos construir:

El lunes 1° de octubre de 2012, el Presidente Juan Manuel Santos anunció que después de someterse a algunos exámenes a finales de septiembre le diagnosticaron cáncer de próstata. Manifestó, el Presidente de Colombia, que el miércoles 3 de octubre, es decir, dos días después, sería sometido a una cirugía. Hoy goza de buena salud.

El 1° de febrero de 2012, el presidente de la junta de acción comunal de una vereda pérdida de Colombia, le informó a su familia que los exámenes que con tanta dificultad consiguió después de 5 meses de querrela en contra de la EPS dieron un diagnóstico de cáncer de próstata. A finales de diciembre de 2012 su familia lo enterró.

Sin duda y sin dilataciones, el modelo de salud que el pueblo colombiano se merece y debemos construir es el que recibió el presidente de Colombia.

Pero la realidad del país es el padecimiento que soportó el presidente de la junta de acción comunal. La gran mayoría de la población se ve reflejada en este segundo caso, consecuencia del actual

¹ Sucede en los casos en los que se niegan servicios, medicamentos o dispositivos médicos no incluidos en el POS y se requiere autorización por parte de la EPS o la Dirección de Salud del ente territorial. En muchos casos, es el usuario quien debe soportar los trámites administrativos y radicar la documentación necesaria para obtener una autorización del servicio. Sucede con frecuencia que debido a la falta de claridad sobre el trámite, las personas tienen que ir y volver hasta dos y tres veces a una entidad en aras de lograr la radicación de su solicitud de autorización, con una pérdida de una semana, sin contar con los términos que le aplican para resolver su solicitud, que son los mismos.

modelo de salud vigente, el mismo que se pretende ajustar con la propuesta de reforma.

Este trasfondo histórico de crisis y el contexto de un sistema de salud que no responde a las necesidades del pueblo colombiano es el que debemos conjurar.

Sin embargo, la Ponencia mayoritaria aprobada mantiene el eje estructural del modelo de salud que tanto daño le ha hecho al país, sin que se advierta una verdadera reforma, tal y como había sido anunciada por el Gobierno Nacional.

2. OBJETIVOS DE LA INICIATIVA LEGISLATIVA

Según la exposición de motivos y lo plasmado en el articulado del proyecto que fue aprobado en primer debate Senado, la iniciativa tiene los siguientes objetivos:

Lograr el mejor estado de salud posible de la población mediante acciones colectivas y acciones individuales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención integral, continua y de calidad.

Para ello, el proyecto de ley propuso “redefinir” el sistema, establecer los principios para orientar el marco interpretativo de la norma y regular la operación, gestión y administración de la prestación del servicio de salud.

Adicionalmente, la reforma regula las funciones de inspección, vigilancia y control por parte del Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

Análisis sobre los objetivos de la propuesta de reforma que siguen siendo los mismos objetivos aprobados en el primer debate Senado.

Debemos establecer si el articulado propuesto es un desarrollo coherente para cumplir con el objetivo general de “lograr el mejor estado de salud posible de la población”, lo cual resulta un objetivo loable; sin embargo, una norma no se puede aprobar porque su objetivo sea laudable.

Es más, es improbable encontrar una norma cuyo objetivo tenga una redacción que vaya en contravía de intereses generales. Todas las normas como consecuencia de decisiones políticas se presentan con el objeto de satisfacer intereses generales. El problema en realidad radica en si ese objetivo realmente se alcanza con la propuesta normativa que se propone. O en otros términos, debemos establecer si el “cómo” propuesto por el Gobierno Nacional es la mejor propuesta para sacar el sistema de salud de su crisis.

Si la norma pretende regular una realidad, debemos evaluar si esa realidad se reglamenta claramente en todo el articulado y si desarrolla los objetivos propuestos en ella.

No estar de acuerdo con lo desarrollado en el articulado no implica necesariamente no estar de acuerdo con el objetivo. Son dos cosas distintas.

También, existe un consenso en que el modelo del Sistema General de Seguridad Social en Salud debe ser cambiado y que es necesario conjurar la crisis del sector; esta tarea debe realizarse normativamente fijando un nuevo rumbo del marco regulatorio, giro que no ocurre en la propuesta presentada por el Gobierno.

3. ARGUMENTOS QUE SE MANTIENEN PARA RENDIR INFORME DE PONENCIA NEGATIVA PARA SEGUNDO DEBATE, LUEGO DE LA APROBACIÓN DEL INFORME DE PONENCIA POSITIVO MAYORITARIO APROBADO EN PRIMER DEBATE

En el informe de Ponencia mayoritario al Proyecto de ley número 210 de 2013, y teniendo en cuenta el articulado aprobado, si bien tiene como objeto fines indiscutibles, y su motivación de solucionar la crisis lo es aún más, se evidencia que su desarrollo y regulación resulta contraria a los objetivos presentados.

La norma aprobada en primer debate resulta ambiciosa en sus fines, pero, desafortunadamente, en su articulado mantiene el eje estructural del actual modelo, razón por la cual es muy poco probable que cumpla precisamente con esos objetivos loables, pues sería como afirmar que el actual modelo logra cumplir adecuadamente algunos objetivos en salud y que solo requiere unos pequeños ajustes; contrario a ello se afirma: el actual modelo ha hecho sumir al sistema de salud en una profunda crisis, de la cual no es posible salir, si se mantiene la estructura del sistema actual como eje fundamental del anhelado y falsamente anunciado “nuevo” modelo del sistema de salud.

Por lo anterior, esta Ponencia negativa al segundo debate Senado tiene como finalidad explicar las razones por las cuales la propuesta no es conveniente ni acertada para solucionar la crisis en la que está sumido el sistema de salud, aunado a la falta de técnica legislativa de la que adolece la propuesta.

Para cumplir con dicho cometido, la Ponencia se dividirá en dos partes.

En la primera, se expondrán algunos determinantes que han generado la crisis del actual sistema de salud; dentro de esos determinantes, se desarrollará la inviabilidad del modelo actual y, por lo tanto, lo inapropiado que resultaría simplemente redefinir el sistema o ajustarlo como lo propone el Gobierno.

En la segunda, se analizará el articulado de la iniciativa para verificar si garantiza el derecho fundamental a la salud y la adecuada prestación de su faceta prestacional.

3.1. Determinantes que han generado la crisis actual del Sistema de Salud y que el articulado propuesto no ataca de Fondo

Los efectos de la crisis del sector salud lo padecen millones de colombianos y se manifiesta,

entre otros, en una **inadecuada o, muchas veces, pésima prestación del servicio de salud.**

La percepción que tienen los usuarios del sistema sobre la prestación del servicio de salud nos lleva a una idea innegable, en Colombia no existe garantía del derecho fundamental a la salud. Se han generado diversas barreras de acceso por parte de los actores del sistema (IPS, EPS y Entes Territoriales), de tal forma que el usuario debe soportar, entre otras cosas, lo siguiente:

a) Falta de oportunidad en la asignación de citas médicas. (Agendas llenas y disponibilidad hasta dentro de cuatro o cinco meses).

b) Dificultad para agendar o pedir citas médicas. (El indicador de llamadas no atendidas supera el 15%)².

c) Filas interminables para la atención.

d) Falta de oportunidad en la atención.

e) Interrupción abrupta de la prestación del servicio.

f) Inadecuado cubrimiento y padecimiento administrativo a las que se deben someter colombianos por sufrir enfermedades catastróficas y de alto costo.

g) Inadecuada atención por falta de información, acompañamiento y seguimiento necesario para un tratamiento eficaz.

h) Obstaculización del acceso al servicio y traslado de cargas administrativas y burocráticas al usuario que les corresponde asumir a las EPS.

i) Demora o negación sistemática de la prestación de servicios de salud incluidos en el POS.

j) Demora o negación sistemática de la prestación de servicios de salud por las llamadas zonas grises del plan de beneficios, precisamente por la “incertidumbre” sobre su contenido. Omisión del Estado para regular en favor de los colombianos.

k) Percepción de que todo se soluciona con ibuprofeno.

De otra parte, tenemos la realidad que sufren los hospitales y clínicas, especialmente, las del sector público, llamadas Empresas Sociales del Estado (en adelante E. S. E.).

Toda vez que las ESE no hacen parte de la red de prestadores del sector privado, quienes tienen consolidados esquemas de integración vertical, deben soportar dificultades para competir con el sector privado; adicionalmente, cuando les han otorgado algún contrato, deben soportar las condiciones de quien en la relación contractual tiene la posición dominante, es decir, la EPS, quien le fija tarifas, condiciones de pago, entre otros. Como si lo anterior fuera poco, las ESE deben esperar a que las EPS quieran realizar los pagos por

la prestación de los servicios realizados (carteras morosas con tiempos mayores a 180 días), sin que podamos dejar de mencionar el hecho de que las EPS consolidaron algunos mecanismos sofisticados y estratégicos para realizar objeciones a las facturas (glosas).

En síntesis, es un acierto afirmar que las EPS tenían incentivos para negar servicios, retener pagos e impedir el flujo de recursos por el sistema. Evidencia de lo anterior, como hecho notorio, son todas las clínicas, hospitales, edificios, clubes y hoteles que algunas EPS lograron construir con la utilización de los recursos públicos de la salud. Lo que en otros términos significa: las EPS no tuvieron que apalancar con préstamos del sector financiero la construcción de dichas clínicas, hospitales, edificios, clubes y hoteles, ni asumir el respectivo pago de intereses como normalmente debe hacerlo cualquier ciudadano colombiano. Por dicha razón, insistimos en esta descripción, a las EPS les convenía no pagar servicios de salud y, más ampliamente, negar servicios de salud.

Este último punto explica la reducción que el Gobierno quiere hacer del problema, es decir, tal y como lo sugiere el Ministro, toda la crisis del sector se limita al hecho de que el flujo de los recursos del sistema no funciona adecuadamente. Por esa razón el problema, a su juicio, es única y exclusivamente financiero. Creer que la causa principal de los efectos antes enunciados se reduce a un problema financiero, tal y como lo afirma el Gobierno Nacional,³ resulta contra fáctico.

En consecuencia, con esa visión reduccionista, la propuesta de reforma a la Ley 100 de 1993 presentada por el Gobierno resulta una propuesta no solo limitada, sino con un enfoque de solución inadmisibles, pues en realidad no hay grandes transformaciones del modelo, tal y como engañosamente y falsamente anunció el Gobierno en su momento.

En efecto, la crisis del sistema no es únicamente financiera. La crisis del sistema responde al modelo implementado por la Ley 100 de 1993, la misma que permite incentivos incalculables a los aseguradores y que coloca en su núcleo la salud como un puro y simple negocio, un puro y simple gran negocio.

Tan así es que los indicadores de las EPS no preguntan por cuántas personas sanan con sus tratamientos o en cuánto están los indicadores de sa-

2 Indicador tomado de la ejecución de algunos contratos con centrales de atención de llamadas telefónicas o call center. ESE Hospital Universitario de la Samaritana.

3 Entrevista realizada por Yamid Amad al Ministro de Salud, Alejandro Gaviria, publicada en el periódico El Tiempo el 12 de enero de 2013: “¿Por qué está en crisis la salud? *Quisiera hacer una aclaración semántica. En Colombia no hay una crisis de salud pública. Los indicadores no se han deteriorado drásticamente, como dicen algunos. Tampoco hay una crisis de prestación de servicios. Hay más de un millón de eventos diarios de salud. Existe, sí, una crisis financiera, un crecimiento acelerado de las deudas con los prestadores. Nuestra principal obligación es que la crisis financiera no se traduzca en una crisis de salud.*”

lud pública con un énfasis en prevención. No. Los indicadores de las EPS son ¿cuántos ganamos este año? Ganancias que obtienen a cualquier costo: con la vida de las personas. Lo peor: nadie responde por dichas vidas cegadas.⁴

Así las cosas, entre los determinantes reales que han generado la crisis del sector salud, debemos tener en cuenta:

3.1.1. Trasfondo de políticas de regulación que conciben la salud como un gran negocio y no como un derecho

Las políticas de regulación que están en el trasfondo del Sistema General de Seguridad Social en Salud tienen un enfoque económico de apertura de mercados, acorde con la política fiscal, política, monetaria, cambiaria y políticas del sector financiero, tal y como están consagrados en los compromisos de los acuerdos *Stand By* suscritos por Colombia y el Fondo Monetario Internacional⁵. Así, el modelo de salud de Colombia consagrado en la Ley 100 de 1993 contiene elementos de lo que se conoce como “libre competencia regulada”.

Toda vez que se presentaron fallas en la regulación por parte del otrora Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la entonces Comisión de Regulación de la Salud y el anterior Ministerio de Protección Social, la fórmula del modelo quedó, como de “libre competencia”.

En efecto, la ausencia de regulación fundamentó un mercado de libre competencia que presentó desequilibrios, razón por la cual la omisión y equivocada regulación por parte del Estado alentaron prácticas únicas y exclusivamente fundadas desde la racionalidad económica de los actores que tuvieron incentivos para negar servicios:⁶ la racionalidad más inicua fue la de las EPS, quienes son la columna vertebral o el eje estructural del modelo; con la propuesta de reforma las ahora llamadas gestoras continúan con similares funciones a las que tenían las EPS (incluso, las fortalece, tal y como se demostrará posteriormente), alentando incentivos para permanecer en la lógica de la negación de servicios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, pues no se evidencian formas de controlar o prevenir esta situación.

En todo caso, la racionalidad económica de la libre competencia en salud por parte de los aseguradores (EPS) los llevó a concebir la salud como un gran negocio y no como un derecho. Si bien comprendemos que la operación de una empresa tiene como fundamento obtener ganancias, lo que no podemos aceptar es que las ganancias en el sector salud tengan un margen exagerado o exorbitante y que se consiga a costa de la salud de los colombianos.

En el proyecto de reforma los Gestores de Servicios de Salud continúan como la columna vertebral o el eje estructural del modelo, razón por la cual este determinante de la crisis continuará y, por lo tanto, se configura como una razón para proponer Ponencia negativa, pues en realidad este determinante de la crisis no se está solucionando.

Hay que añadir que en el trámite de primer debate se le quitó la función a los gestores de servicios de salud de configurar o conformar la red de prestación de servicios y se le traslada dicha función a una Comisión de Área de Gestión Sanitaria; sin embargo, dicha función trasladada no rompe de fondo con la capacidad de los Gestores de realizar lo que realmente está en el centro del problema: **la inducción del gasto**. Los Gestores de servicios de salud podrán inducir el gasto a su antojo, aun dentro de los límites que supuestamente van a tener, según la visión general que plantea el Gobierno.

3.1.2. Corrupción manifestada en desvío de recursos públicos para la satisfacción de intereses particulares, su control va a resultar demasiado costoso para el bolsillo de los colombianos y gratis para los corruptos

Como uno de los determinantes que ha contribuido a la crisis del sector salud está en el hecho consistente en los innumerables actos de corrupción que condujeron al **desvío de recursos públicos** y el aprovechamiento por parte de los actores, especialmente de las EPS, quienes le sacaron el máximo rendimiento a dichos recursos construyendo clínicas y hospitales privados y realizando innumerables “inversiones” privadas en segmentos diversos de la economía, tanto a nivel nacional como internacional⁷.

Se configuran como actos de corrupción cualquier desviación de recursos públicos, en cualquier modalidad, que no sean invertidos en el sistema de salud.

De tal forma que las EPS, para cumplir la finalidad de invertir en proyectos particulares de su estrategia de negocio, por regla general, no tuvieron que acudir al sector financiero para obtener créditos ni tampoco invertir solamente sus ganancias, sino que vieron en la posibilidad de apalancar sus proyectos de inversión y estrategia de negocio utilizando los recursos públicos y aprovechando

4 Un caso público reciente fue la muerte del señor José Ángel Chiquiza Rubiano, un paciente de la EPS, Unicas Confacundi, quien el 20 de marzo de 2012 falleció a sus 58 años por pura y física negligencia en la atención de salud, después de presentar un problema renal, y por la negación de la prestación del servicio por parte de la EPS, murió en una silla, luego de que desde días antes estaba solicitando que se le hiciera el tratamiento de diálisis en la Unidad Renal.

5 Ver http://www.banrep.gov.co/publicaciones/pub_fmi.htm. Especialmente, acuerdo stand by de Colombia con el Fondo Monetario Internacional – 2003.

6 Ver Guerrero, R., Prada S. & Lambard, G. (2013). *Fallas de mercado, fallas de Gobierno e incentivos perversos en el SGSSS*. Friedrich Ebert Stiftung en Colombia (Fescol). Enero 2013.

7 <http://www.elespectador.com/noticias/salud/articulo-359106-vender-parte-de-saludcoop>

su papel de administrador delegado para destinar los recursos en lo que más les convenía.

Lo anterior, determinó en gran medida los problemas financieros que el sistema empezó a padecer, pero ante todo la inadecuada prestación del servicio que siguen soportando millones de colombianos.

La solución propuesta es sencilla, práctica, aunque injusta ante los desmanes de quienes ejercieron actos de corrupción y hoy con la propuesta de reforma podrán seguir participando en el negocio de la salud por intermedio de cualquier figura jurídica comercial (ser accionistas), la propuesta de reforma propone crear un fondo único que funcionará a la manera de una fiduciaria. Pero lo que está en entre dicho es que el costo lo asumiremos los colombianos, sin que hasta la fecha se haya avanzado con acciones eficaces y contundentes para la devolución de todos los recursos malversados por parte de los colombianos que por interpuestas EPS realizaron actos de corrupción y quienes, insistimos, podrán seguir participando en el negocio, por ejemplo, siendo socios de una empresa Gestora que se constituya en la modalidad requerida para expedir acciones.

3.1.3. Corrupción manifestada en apropiación de recursos públicos de la salud mediante maniobras fraudulentas y sofisticadas. Recobros fraudulentos

Otra manifestación de la corrupción consistió en los diversos mecanismos para realizar recobros al sistema con cargo al Fondo de Solidaridad y Garantía (en adelante FOSYGA). Recobros por personas inexistentes y personas fallecidas, cambios de identidad, dobles recobros sobre el mismo bien o servicio y recobros con incremento exponencial de precios por parte de la intermediación de la EPS: en síntesis, diversas maniobras para realizar recobros fraudulentos.

El Ministerio de Protección Social, responsable del funcionamiento del FOSYGA, no asumió una adecuada vigilancia sobre los funcionarios o contratistas encargados de aprobar los pagos o desembolsos por conceptos de recobros, lo que implica que actualmente existen altos niveles de impunidad y pocas garantías para recuperar los recursos públicos desfalcados.

Los altos precios por los medicamentos y biotecnología que cobran los laboratorios se pagará directamente por parte del Fondo Único -Salud- Mía, por lo que el problema del alto costo asumido bajo el juego multimillonario de las farmacéuticas y proveedores se mantendrá.

3.1.4. Sistemas de información privado que impiden revisar la trazabilidad del modelo para tomar decisiones de política pública integral de Seguridad Social en Salud: epidemiológica, administrativa y financiera

El Sistema de Seguridad Social en Salud no contó con un sistema de información público, lo

que impidió acceder a información oportuna y adecuada para tomar decisiones fundamentales en términos de dirección del Sistema frente a aspectos epidemiológicos, administrativos y financieros.

Dicho lastre es uno de los principales determinantes de la crisis del sector salud. La naturaleza privada de la información impidió el adecuado funcionamiento del sistema. Este es uno de los aspectos fundamentales que deberá tenerse en cuenta para una verdadera reforma a la salud. La reforma aprobada en primer debate hizo caso omiso a las recomendaciones expresadas en este sentido. La trazabilidad de la información es algo que no se toca de manera contundente, sino tangencial y efímera.

3.2. ¿Se superan los determinantes que han generado la crisis actual del sistema de salud?

3.2.1. ¿Se supera el trasfondo de las políticas de regulación que conciben la salud como un negocio?

El Proyecto de reforma no cambia el trasfondo de las políticas de regulación, toda vez que la salud sigue siendo concebida como un negocio atractivo para inversionistas.

Incluso, con la propuesta de reforma, se advierte que se quiere hacer del negocio un oligopolio del sistema financiero, puesto que se rastrean los siguientes elementos en el articulado propuesto:

- Se crean zonas de gestión sanitaria en donde se repartirá la población a afiliar en dos o tres Gestores de Servicios de Salud, en aras de garantizar entre 800.000 y 1.000.000 de afiliados por Gestor. En efecto, ningún mercado de aseguramiento garantiza ese número de afiliados. (Artículo 21 del Proyecto de ley número 210 de 2013).

- Se hace un reconocimiento económico y pago al Gestor de Servicios de Salud con base en el número de usuarios, el cual será girado en cuotas mensuales. (Artículo 33 a) del Proyecto de ley número 210 de 2013). Vale la pena aclarar que los gastos de administración hoy día son un porcentaje con tope en la UPC, es decir, les aseguran a los Gestores de Servicios de Salud los costos de administración con recursos públicos.

- Se le otorgan todas las garantías a los Gestores de Servicios de Salud para que conformen y gestionen la operación de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud (artículo 27 c del Proyecto de ley número 210 de 2013), suscribir contratos con los Prestadores de Servicios de Salud (artículo 27 f del Proyecto de ley número 210 de 2013), auditar las facturas por servicios prestados (artículo 27 h del Proyecto de ley número 210 de 2013), apoyar a Salud-Mía en los procesos de afiliación y recaudo (artículo 27 l del Proyecto de ley número 210 de 2013).

- Se prohíbe integración vertical entre Gestores de Servicios de Salud y Prestadores de Servi-

cios de Salud, salvo en la prestación primaria de servicios (artículo 32 del Proyecto de ley número 210 de 2013), es decir, se garantiza el negocio de inducción del gasto integrado en el primer y segundo nivel de atención, lo que se constata en la función del literal h del artículo 27, puesto que los Gestores de Servicios de Salud realizarán el reconocimiento de los montos a pagar y ordenar los giros directos desde Salud-Mía a los Prestadores de Servicios de Salud que hacen parte de la red de Prestadores de Servicios de Salud y proveedores de medicamentos y dispositivos médicos.

Como se advierte, el negocio integrado de venta de medicamentos y dispositivos médicos se deja incólume, tal y como sucede hoy en día, como *factum*, con las EPS.

3.2.2. ¿Previene la reforma la corrupción manifestada en el desvío de los recursos públicos para la satisfacción de intereses particulares?

Podríamos decir que sí se avanza en la prevención de la corrupción, sin embargo, con un costo demasiado alto que tenemos que pagar todos los colombianos por los actos corruptos de unos pocos.

La gran solución propuesta por el Gobierno es crear una mega entidad, Salud-Mía, que será pagada con recursos públicos en aras de que cumpla funciones principalmente de fiducia de administración y de garantía: recaudar recursos, administrar recursos y girar los recursos que le ordene el Gestor de Servicios de Salud (artículo 8° del Proyecto de ley número 210 de 2013) con cero costo para ellos. (En el mercado, comúnmente quien asume los costos de la fiducia es quien debe garantizar la transparencia en el manejo de los recursos).

Dos funciones adicionales a las funciones generales de una fiducia de administración son implementar métodos de auditoría para verificar la información sobre resultados en salud y mecanismos de ajuste de riesgo y la administración de la información relativa a la afiliación, cotización, registro de novedades y manejo de los recursos del sistema (artículo 8 g-h, respectivamente del Proyecto de ley número 210 de 2013).

Para sustentar la afirmación anterior, vale la pena recordar ¿Qué es una fiducia?

La fiducia mercantil es un negocio jurídico en virtud del cual una persona llamada fiduciante o fideicomitente transfiere uno o más bienes especificados a otra llamada fiduciario, quien se obliga a administrarlos o enajenarlos, para cumplir una finalidad determinada por el constituyente, en provecho de este o un tercero llamado beneficiario o fideicomisario.

¿Qué es una fiducia de administración?

Negocio fiduciario en el que el fideicomitente entrega bienes con o sin transferencia de la propiedad para que la sociedad fiduciaria los destine

al pago y cumplimiento de una obligación contraída por el fideicomitente con cargo a los recursos del fideicomiso (del patrimonio autónomo).

¿Por qué se afirma que la reforma propone una fiducia de administración?

El fondo único Salud-Mía va a cumplir funciones de sociedad fiduciaria.

El fondo único solo será responsable de la gestión financiera de los recursos. Artículo 33 de la reforma. (Cuidarlos financieramente - que tengan frutos con inversiones no riesgosas).

El Fondo Único realizará los pagos que ordene el Gestor de Servicios de Salud. El Gestor hace las veces de fideicomitente. Los recursos estarán en cuentas a nombre del gestor. Artículos 27- h), 33 y 34 del Proyecto de ley número 210 de 2013.

4. El fondo único tendrá a cargo la administración de las reservas.

Tal estructura fue aprobada en el primer debate Senado. Se sugiere un esquema en el que los Gestores de servicios de salud como parte del componente de costos para que dichos recursos no salgan del Presupuesto General de la Nación.

Implicaciones de que la solución a la crisis sea a través de una fiducia de administración.

Si bien hay consenso de que la fiducia de administración le otorga transparencia a los negocios mercantiles, pues el pago para los beneficiarios se garantiza por un tercero (fondo único) que no tiene incentivos para no pagar y cuyo objeto consiste precisamente en realizar el pago, lo cierto es que la crisis del sector va mucho más allá de los actos de corrupción, hoy impunes, y que aportaron a la crisis financiera del sector.

La salida de crear un fondo único con funciones de administración de los recursos es muy inteligente, pero otorgarles el poder completo a los Gestores, hoy EPS, para que manejen los recursos del sistema mediante la figura de la fiducia merece total reproche.

Las EPS realizaron actos de corrupción inimaginables y se apoderaron de miles de millones de pesos. Con la reforma se les otorga nuevamente el manejo y control total de los recursos y se les premia con una gran Entidad, cuyo gasto es asumido por el Estado, quien manejará al mejor estilo de una fiduciaria, los recursos públicos de la salud.

La objeción no es contra la figura de la fiducia que otorga transparencia; la objeción es que los Gestores de Servicios de Salud van a cumplir función de fideicomitentes y no tendrán que asumir ningún costo.

Adicionalmente, la reforma legaliza la impunidad de todos aquellos que realizaron actos de corrupción.

Conclusión:

Sí a una figura como una fiducia de administración que ayuda a garantizar transparencia, pero el costo debe asumirlo quien debe garantizar el adecuado manejo de los recursos públicos.

No a que los gestores sean los ordenadores del gasto: serán, según la reforma, quienes fijarán las condiciones contractuales, los montos de pago a reconocer y la orden de pago que deberá cumplir sin objeciones el fondo único.

3.2.3. ¿Se previene con la reforma la corrupción manifestada en la apropiación de recursos públicos de la salud mediante maniobras fraudulentas y sofisticadas? Por ejemplo, recobros fraudulentos

El informe de Ponencia aprobado en primer debate Senado no avanza en la dirección correcta, pues sigue estableciendo un plan de beneficios, al cual denominará Mi-Plan, en donde se establecerá un listado de servicios y tecnologías aprobadas para su uso en el país, es decir, seguirá existiendo un listado, aunque se desconoce a ciencia cierta cómo se establecerá, pues la reforma no plantea cuáles serán los criterios que se utilizarán para la elaboración de dicho listado.

Adicionalmente, el informe de Ponencia de primer debate Senado plantea que se establecerá un listado de servicios y tecnologías excluidos de Mi-Plan con unos criterios que habrá que analizar en detalle.

El punto aquí es que la propuesta no termina con los recobros. No los termina por las siguientes razones:

Si el servicio o la tecnología no están incluidos en el plan de beneficios de Mi-Plan, pues no será cubierta por el Gestor de Servicios de Salud, toda vez que estaría por fuera del plan de beneficios. Aun así, al estar por fuera del plan de beneficios, si un paciente lo requiere se le deberá garantizar. Los servicios y tecnologías por fuera del Plan de cobertura los deberá asumir el Estado con cargo a recursos públicos y lo hará de manera directa, insistimos, asumiendo el juego multimillonario de las farmacéuticas y proveedores de dispositivos médicos. Los mismos dos billones de pesos que antes se recobraban, ahora los pagará directamente el Estado a los mismos beneficiarios que saltaban de la dicha al revisar sus balances previo a la propuesta de reforma.

Adicionalmente, otro tanto ocurre en los casos en los que por vía judicial un juez ordene la prestación de un servicio o tecnología excluidos del plan de beneficios y expresamente inserto en la lista negativa, protegiendo derechos fundamentales que requieran aquello que, en principio, pensemos que no debe ser garantizado (el caso de una cirugía estética).

Si no se terminan los recobros, nos preguntamos si la reforma avanza en el diseño para la verificación, control y pago de los recobros o los pagos directos que pudieran presentarse, ante lo

cual se advierte que nada dice al respecto, pues pareciera que la propuesta de reforma entendiera erróneamente que, en efecto, se acaban los recobros. Tan es así que en el artículo 60 del Proyecto de ley número 210 de 2013 se establece un mecanismo para realizar los recobros que se presenten ante el Fosyga, generando la idea de ser un mecanismo de transición.

Para ello establece que los recobros y reclamaciones ante el Fosyga (y no ante Salud-Mía) que hubieren sido glosados caducarán en dos (2) años. Y se establece que el reconocimiento y pago de los recobros y reclamaciones se exigirá los requisitos esenciales que demuestren la existencia de la respectiva obligación, previa auditoría que será sufragada por las entidades recobrantes o reclamantes.

Sin duda, un artículo en el que, al contrario de plantear un diseño riguroso para verificación, control y pago, le entrega toda la buena fe para que los mismos que realizaron maniobras fraudulentas y sofisticadas sean quienes contraten la auditoría de aquello que reclaman y recobran.

En síntesis, queda demostrado que los recobros no se terminan con la propuesta de reforma y la reforma en nada regula los mecanismos para controlar adecuadamente los posibles recobros o los cobros directos que se presenten, lo que significa que el problema queda intacto, sin solución.

3.2.4. ¿Con la reforma se avanza en los sistemas de información de naturaleza y control público que permita revisar la trazabilidad del modelo para tomar decisiones de política pública en el Sistema de Seguridad Social en Salud desde el punto de vista epidemiológico, administrativo y financiero?

Desafortunadamente la reforma le entrega la obligación a los Gestores de Servicios de Salud para que controlen toda la información epidemiológica, administrativa y financiera. El Estado seguirá conociendo lo que los intermediarios le quieran entregar.

No existe una verdadera apuesta por controlar la trazabilidad de la información desde el punto de vista financiero. Los instrumentos existentes actualmente no tienen la eficacia que se requiere.

Si el Gobierno quisiera soluciones de fondo frente al sistema de información, haría una propuesta en donde la DIAN jugaría un papel fundamental y avanzaría en verdaderos sistemas de información. La propuesta del Gobierno es absolutamente tímida en este sentido.

En síntesis, la reforma no avanza en los sistemas de información necesarios para revisar la trazabilidad del modelo y poder tomar decisiones razonables desde el punto de vista epidemiológico, administrativo y financiero.

3.2.5. La inducción del gasto no se limita con las funciones e incentivos propuestos para los Gestores de Servicios de Salud

Es conocido por todos que en el sector salud, específicamente en el mercado farmacéutico, el de dispositivos médicos y biotecnología es un segmento que deja ganancias astronómicas a partir del principio del respeto por las patentes de invención.

Hoy uno de los temas de preocupación mundial es precisamente la inducción del gasto que se genera desde los administradores del sistema de salud.

Tener un modelo que favorezca la inducción del gasto resulta ser un modelo criticado fuertemente en la última década.

La propuesta aprobada en primer debate Senado formula un modelo que favorece la inducción del gasto.

Un modelo de inducción del gasto es un modelo que acoge el juego multimillonario de los laboratorios internacionales y proveedores, en el que los administradores del sistema rápidamente aprenden cómo sacar ventaja de dicho aparataje y el Estado sigue pagando cifras en aumento para solucionar la salud de sus habitantes, según su obligación constitucional.

En el informe de Ponencia de primer debate Senado se cree que con evitar que los Gestores de Servicios de Salud conformen las redes de prestación de servicios y con la propuesta de trasladar dicha función a una Comisión de Área de Gestión Sanitaria en la que participan otros actores distintos a los Gestores (obviamente, también están incluidos), así como el Ministerio de Salud se limita el papel de los Gestores, se cambia el corazón de la propuesta del Gobierno y se solucionan los problemas asociados al gran poder que adquieren los Gestores. Dos razones para creer que ello no va a ser así:

En primer lugar, la conformación de la Comisión rápidamente se adecuó para que las decisiones sean tomadas por mayoría que favorezca a los Gestores: por tal razón el artículo 33 de la propuesta formula que deberán integrarla 2 representantes de los Gestores de Servicios de salud, un representante del Ministerio y un representante de los Prestadores de Servicios de Salud Vs. 2 representantes de los entes territoriales y un representante de los usuarios.

En segundo lugar, porque por más que el Gestor no conforme o configure su red de prestación de servicios, las otras funciones otorgadas le permiten realizar la inducción del gasto.

Máxime cuando la prohibición de la integración vertical consagrada en el artículo 38 del Proyecto quedó inane, tal y como la avaló el informe de Ponencia primer debate Senado, puesto que la forma de operación de las EPS (hoy Gestoras) no

se hizo principalmente bajo la figura de integración por razones de participación en la propiedad de los actores, sino bajo la lógica de la integración comercial y acuerdos de conglomerado comercial.

4. FUNDAMENTOS PARA UNA REFORMA ESTRUCTURAL

4.1. Contextualización

En medio de la crisis del sector salud, el Gobierno Nacional presentó una propuesta de reforma a la Ley 100 de 1993 y en ella anunció cambios importantes a la estructura del sistema.

Sin embargo, al analizar el articulado presentado y consagrado en el Proyecto de ley 210 de 2013, aprobado en primer debate Senado, se evidencia que se mantiene la lógica del asegurador intermediario (en idéntico sentido a la función de las actuales EPS en el modelo vigente) y que la gran apuesta del Gobierno Nacional consiste en una propuesta por cambiar de lugar los incentivos económicos que tenían los aseguradores intermediarios, los cuales estaban mal propuestos, lo que implicó la tergiversación del modelo construido hace 20 años y la crisis de atención en la última década. En tal sentido, como se ha dicho, al analizar la propuesta del Gobierno en realidad no existe un cambio estructural del sistema.

El cambio de lugar de los incentivos, a juicio del Ministro, llevará a que los nuevos aseguradores intermediarios realicen su función atada a resultados, lo cual sería suficiente para resolver todas las anomalías y los llamados, eufemísticamente, inconvenientes de mayor relevancia en la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los defensores del derecho fundamental a la salud de los colombianos creemos que cambiar de lugar los incentivos, no implica un cambio estructural del sistema y trae muchos inconvenientes si no se dan los supuestos necesarios para que funcionen; también creemos que, quizás, en gracia de discusión, la propuesta del Ministro podría funcionar teóricamente, tal y como teóricamente debía funcionar el modelo consagrado en la Ley 100 de 1993 y que desembocó en las conductas referidas *supra* 1. Veamos un apartado de la Ponencia de primer debate ante la Plenaria del Senado, en donde se presentó la reforma de la Ley 100 como el mejor de los escenarios:

La internacionalización de la economía nos llevará a (...) Costos estándares internacionales de seguridad social {en salud}, que para sufragarlos con nuestro ingreso tendremos que aplicar políticas redistributivas o de solidaridad, combatir la concentración, acelerar el crecimiento económico e ir organizando la informalidad.

El último postulado constitucional que el proyecto desarrolla al máximo es el de la eficiencia. Y propone múltiples modos de obtenerla. La eficiencia resulta de un mejor funcionamiento de cada una de las instituciones. Y en el proyecto se inclu-

*yen las principales modificaciones al modo actual de funcionamiento de los hospitales, de los financiadores, de los controladores: se buscan entidades autónomas, solventes, descentralizadas. Pero también depende del diseño de un sistema que, en su conjunto resulte ágil, versátil y económico. El sistema de seguridad social en salud que aquí se presenta, con su conjunción de entidades promotoras de salud y entidades prestadores directas (sic) garantiza estas condiciones. Los sistemas de pagos por capitación a las entidades promotoras de la salud es una innovación fundamental para el logro de la eficiencia en su manejo. Y, además, las garantiza porque tienen en su fundamento la posibilidad de elección de los usuarios, y la competencia de los promotores y los prestadores por proveer el mejor servicio. Con mejores instituciones, mejor interrelacionadas, más competitivas y con más posibilidad de elección libre por los usuarios, el principio constitucional de la eficiencia se desarrolla a cabalidad.*⁸

No obstante, la experiencia nos ha enseñado ampliamente que la implementación de teorías en nuestra realidad resulta muy difícil cuando la racionalidad económica prima sobre la protección real de un derecho fundamental.

Mientras persista la lógica en la que la prestación del derecho fundamental a la salud sea un tema objeto de análisis de inversionistas como un sector atractivo para sus inversiones, no saldremos del círculo vicioso en el que cualquier incentivo, por muy bien puesto que se asuma, resulte poco para el afán de lucro desmedido, incluso si se tiene que pasar por encima de los seres humanos que tienen derecho a una adecuada prestación para la garantía de su derecho fundamental a la salud.

En dicho sentido, en esta contextualización queda la pregunta para el señor Ministro: ¿A cuánto asciende el margen de intermediación proyectado para los inversionistas que serán accionistas de las Sociedades Anónimas que actuarán como Gestoras de Servicios de Salud?

Acaso, ¿debemos confiar nuevamente de manera ciega en la autorregulación del mercado, bajo las condiciones propuestas en la actual reforma?

Muchos creen de buena fe que, en efecto, se están corrigiendo algunas fallas que presentaba el modelo de la Ley 100 de 1993: por ejemplo, se crean zonas sanitarias con cierto límite en el número de Gestores de Servicios de Salud que garantizará el equilibrio en la lógica de aseguramiento, es decir, una mejor colectivización del riesgo que haga sostenible el sistema.

Sin embargo, lo que se censura no es que se busque el equilibrio en un esquema de aseguramiento ni las pretensiones de una mejor colectivización del riesgo de salud; lo censurable nos lo otorga la experiencia, la cual nos ha mostrado ampliamente que cuando los inversionistas ven

atractivo invertir en la salud y la ven como negocio, sus inversiones deben tener los rendimientos proyectados a cualquier costo, incluso si el costo es la salud y la vida de la población.

4.2. Condiciones previas a la discusión del Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado

Existen algunas condiciones previas necesarias para la adecuada discusión de una ley ordinaria del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, claro está, si la discusión pretende ser seria, razonable y defender realmente el derecho fundamental a la salud de los colombianos.

Entre las condiciones previas está la imperiosa necesidad de sacar adelante y previamente la Ley Estatutaria sobre el derecho fundamental a la salud en la que se incluye el alcance del núcleo del derecho en la lógica de un Estado Social y Democrático de Derecho.

Hay quienes afirman que ello no es necesario. Ninguna razón les asiste. Un viejo refrán sobre el orden de las cosas dice: primero el número 1 y después el número 2. Primero las bases y las columnas y después las paredes.

Si bien, en este momento de la discusión, ya se aprobó en primer debate el texto de ley estatutaria de salud, advertimos a manera de metáfora que se trata de un cascarón, de un significante, a la manera en la que enseñó el estructuralista Ferdinand de Saussure, que podrá ser llenado con cualquier significado, es decir, cualquier modelo de salud que pretenda “garantizar” el derecho fundamental será compatible con lo que allí se aprobó.

4.2.1. Ley Estatutaria: núcleo del derecho o núcleo del negocio / Estado Social de Derecho o protección del mercado

La Ley Estatutaria define el núcleo del derecho fundamental. El núcleo de un derecho fundamental como figura de uso extendido implica aquella parte del derecho que no puede ser limitado bajo ninguna circunstancia; en otros términos, aquella parte que se define como núcleo del derecho debe ser garantizado incondicionalmente y sin ningún tipo de restricción.

De aquí la importancia de que en la Ley Estatutaria y por vía legislativa se establezca el **alcance del derecho a la salud**, lo cual conlleva a la pregunta por: **¿qué concebimos como derecho fundamental a la salud?**

4.2.1.1. Definición de la concepción de salud que Colombia acoge. Concepción reducida o concepción amplia de salud

Perspectivas reducidas: las perspectivas estrechas sobre lo que significa el derecho a la salud asumen que salud es ausencia de enfermedad, razón por la cual desde esta perspectiva las acciones de salud se limitan a tratar estados patológicos y tiene mayormente intervención de diagnóstico y tratamiento en aras de la curación. Esta es una perspectiva reactiva frente a la enfermedad. Mien-

⁸ *Gaceta del Congreso*. Año II No. 130 de 1993.

tras más personas enfermas mejor, puesto que a mayor cantidad de demanda de servicios, mayor posibilidad de facturar y conseguir ganancias.

Perspectivas amplias: Las perspectivas amplias sobre lo que es salud las encontramos en las declaraciones de la Organización Mundial de la Salud y algunos teóricos quienes sostienen que la salud es un derecho fundamental en el que se busca el nivel de salud más alto posible. Se entiende por salud el estado bio-psico-social de la persona con un énfasis preventivo, en el que se promueven los estilos de vida saludable en aras de reducir los riesgos de la salud. Adicionalmente, concibe como necesario reducir el exceso de mortalidad, morbilidad y discapacidad con especial énfasis en las poblaciones pobres y marginadas, lo que significa, concretamente, plantear las políticas públicas en cualquier segmento (educación, infraestructura, obras públicas, alimentación, etc.) con el objetivo de priorizar aquello que ayude a solucionar los determinantes que afectan la salud. Se enfatiza en una visión preventiva e integral.

Sin duda, creemos que un modelo de salud debe ser progresivo hacia una concepción amplia del derecho a la salud, de tal forma que un ser humano pueda explotar todas sus capacidades y aportarle al país.

4.2.1.2. Quitarle el carácter de negocio al proceso de la administración del modelo o al intermediario asegurador

Sin duda, uno de los presupuestos y condiciones previas que debe quedar consagrado en la Ley Estatutaria es el quitarle el carácter de negocio al proceso de la administración del modelo al intermediario asegurador, en el que debemos avanzar hacia un modelo mixto que no tenga el ánimo de negocio por parte de inversionistas.

Con un modelo mixto se controla que la información del sistema vuelva a ser pública realmente.

4.3. Análisis del articulado de la iniciativa aprobados en primer debate Senado

Algunos artículos de la propuesta que resultan problemáticos para garantizar el derecho fundamental a la salud y la adecuada prestación de su faceta prestacional

Artículo 4°. *Principios.* Redacción enfocada no a la garantía del derecho, sino a la progresividad de la prestación.

En cuanto a los principios que son los pilares sobre los cuales se sustenta la ley siguiendo el orden del Proyecto de ley número 210/2013 vamos a revisar algunos de los principios:

En realidad en este país la Defensora del Usuario ha sido la Tutela. A través de ella se ha garantizado efectivamente el goce efectivo del derecho a los colombianos.

Revisando la nueva propuesta del Gobierno de reforma a la salud nos encontramos en sus principios con una serie de verbos en futuro los cuales verdaderamente solapadamente atentan contra el derecho.

Para el caso de la Obligatoriedad resultó la Ley 100 una mansa paloma al lado del Proyecto de ley número 210 de 2013, en este se le cambia por completo la naturaleza del derecho a la lógica del negocio. Vemos:

Algunos Principios de la Ley 100 de 1993

3.4 Obligatoriedad. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia.

3.5 Prevalencia de derechos. Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta ley, dentro del Plan de Beneficios.

3.6 Enfoque diferencial. El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.

3.11. Progresividad. Es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios.

Principio de Obligatoriedad Proyecto de ley número 210 de 2013

Obligatoriedad. Todos los residentes en el territorio colombiano estarán afiliados al Sistema;

Prevalencia de derechos. El Sistema propende, como obligación de la familia, la sociedad y el Estado en materia de salud, por el cuidado, protección y asistencia a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños y niñas para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral;

Enfoque diferencial. El Sistema reconoce y protege a las poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia y realizará, de manera progresiva, esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación;

Progresividad. El Sistema promueve la ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora de la prestación, la ampliación de la capacidad instalada y

la cualificación del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas, de conformidad con la capacidad administrativa y económica del Estado;

Integralidad. El Sistema garantiza la atención en salud a la población en sus fases de educación, información, fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con oportunidad, calidad y eficiencia. En consecuencia, no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario ni se podrá negar un servicio de salud estrechamente vinculado con otro cubierto por el Sistema. **En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Sistema, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.**

Inembargabilidad. Los recursos que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud son inembargables. Las decisiones de la autoridad judicial que contravengan lo dispuesto en la presente ley harán incurrir al funcionario judicial que la profiera en falta disciplinaria gravísima y genera responsabilidad fiscal. **Los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud destinados a las prestaciones individuales son públicos hasta que se transfieren desde Salud-Mía a los agentes del Sistema.**

Artículos 5 y 8. Salud Mía. Las funciones del Fondo Único o la unidad de Gestión es limitada a la de una fiducia de administración. Los Gestores de Servicios de Salud son los ordenadores del gasto y la unidad de gestión tiene pocas herramientas de control.

Artículo 14. Plan de Beneficios de Salud.

No se crean los controles necesarios en la reforma para contener el gasto descontrolado que podría surgir con el modelo propuesto, pues los incentivos no acaban con la lógica de que facturar puede resultar más rentable para los inversionistas del sector salud.

No se tienen claros los indicadores que van a ser utilizados para evaluar los resultados en salud por parte de los gestores, ni los mecanismos para controlar la ordenación del gasto.

Jueces que reconozcan bienes o servicios contenidos en la lista negativa.

Causa extrañeza que el Ministro abiertamente reconozca que los jueces no pueden proteger el derecho a la salud de un colombiano ordenando prestaciones o bienes de la lista negativa. Es decir, contrario a lo que ha afirmado el Ministro en varias audiencias, un Juez se vería compelido a negar los servicios de la lista negativa, salvo que quiera incurrir en prevaricato. Creo que el alcan-

ce de la protección del derecho a la tutela no se puede limitar así. Basta identificar la cantidad de colombianos que requieren, por ejemplo, una intervención quirúrgica estética, precisamente para garantizar su salud y que solo la obtienen al acudir a la protección constitucional del Juez.

Artículo 27. *Funciones de los Gestores de Servicios de Salud.* Se fortalecen a las EPS otorgándoles todas las garantías del negocio.

Auditar facturas.

Realizar contratación con los prestadores.

Gestionar la operación de las Redes de prestadores de servicios.

- El actor clave de la reforma es el Gestor, en quien recae la responsabilidad de que todo funcione bien y cuya apuesta por el nuevo lugar de los incentivos corregirá 20 años en donde estuvieron inadecuadamente puestos los incentivos, a pesar de que actualmente seguimos con información asimétrica.

Artículo 33. *Reconocimientos económicos y pago a los Gestores de Servicios de Salud.* Cada Gestor de Servicios de Salud en una determinada Área de Gestión Sanitaria tendrá derecho a los siguientes reconocimientos económicos y pagos por parte de Salud-Mía:

Una suma fija anual para financiar los gastos de administración, definida por el Ministerio de Salud y Protección Social con base en el número de usuarios, la cual será girada en cuotas mensuales;

Un valor per cápita ajustado por riesgo. Este se dividirá en: i) una fracción para cubrir parcialmente el costo de las prestaciones individuales de Mi-Plan y; ii) la fracción restante condicionada al logro de acciones o resultados en salud.

El valor per cápita permanecerá en Salud-Mía en una cuenta a nombre de cada Gestor de Servicios de Salud, el cual será girado directamente a los Prestadores de Servicios de Salud de la forma como este lo indique.

Si como resultado de la gestión de los recursos del valor per cápita se presenta un déficit, este será cubierto, en primer lugar, con las reservas con que cuenta el Gestor de Servicios de Salud en Salud-Mía.

Cuando al cierre de la vigencia el Gestor de Servicios de Salud genere excedentes, se procederá así:

Una proporción será asignada a la constitución, mantenimiento o incremento de la reserva de cada Gestor de Servicios de Salud;

El saldo de los excedentes podrá ser asignado al Gestor de Servicios de Salud como excedente propio en función del cumplimiento de resultados;

Los valores no asignados se destinarán como reservas del Sistema General de Seguridad Social en Salud y serán administrados por Salud-Mía.

Parágrafo. Salud-Mía será responsable de la gestión financiera de los recursos, de la realización de los pagos que ordene el Gestor de Servicios de Salud, y de la administración de las reservas. Las decisiones de prestación de servicio, de calidad, y de responsabilidad médica y de auditoría serán responsabilidad de los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud.

Sin duda, el nuevo esquema de pago y reconocimiento pretende garantizar el negocio. Sin embargo, la inducción del gasto que hacen los gestores en el nivel primario es el lugar en donde realmente está el negocio.

Artículo 62. Fondo de garantías para el sector salud:

Los ingresos del fondo podrán ser:

a) Recursos del Presupuesto General de la Nación;

Sin duda, no podemos aceptar que las EPS y personas naturales que realizaron inadecuados manejos de los recursos públicos puedan ser beneficiarios del salvamento que crea el fondo de garantías y que el Ministro ha explicado como un problema ético inadecuadamente planteado: ¿cuál es el menor daño que debemos asumir? O salvamos a los hospitales o los condenamos a la quiebra. Olvidemos los otros asuntos (conductas de EPS) de menor importancia.

Así las cosas,

PROPOSICIÓN

Con fundamento en las razones expuestas me permito rendir **ponencia negativa** para segundo debate y, en consecuencia, solicitarle al honorable Senado de la República **archivar el Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones y sus acumulados el Proyecto de ley número 51 de 2012 Senado, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y el Proyecto de ley número 233 de 2013 Senado, por la cual se crea el sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud**, toda vez que el proyecto presentado, nuevamente, no responde a los retos que debemos enfrentar para regular un sistema en beneficio de la salud integral de los colombianos, teniendo en cuenta que mantiene en su eje estructural el mismo modelo que hoy está en crisis, tal y como quedó demostrado en esta Ponencia.

De los honorables Senadores,

Mauricio Ernesto Ospina Gómez,
Senador de la República.

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá D. C., a los dos (2) días del mes de septiembre año dos mil trece (2013). En la presente fecha se autoriza la **publicación en la Gaceta del Congreso**, el Informe de ponencia para segundo debate, en veintinueve (29) folios, **al Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado, por medio del cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones y sus acumulados el Proyecto de ley número 51 de 2012 Senado, por medio del cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y al Proyecto de ley número 233 de 2013 Senado, por la cual se crea el sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud**. Autoría del **Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado** (Ministerio de la Salud y de la Protección Social -doctor Alejandro Gaviria Uribe). **Proyecto de ley número 51 de 2012 Senado** (honorables Senadores Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Edinson Delgado Ruiz) y **Proyecto de ley número 233 de 2013 Senado** (honorables Senadores Luis Carlos Avellaneda, Gloria Inés Ramírez, Juan Manuel Galán, Camilo Romero, Alexánder López, Parmenio Cuéllar, John Sudarsky, Jorge Guevara, Juan Fernando Cristo, Germán Carlosama, Carlos Alberto Baena y honorable Representante Iván Cepeda Castro, Germán Navas Talero, Ángela María Robledo, José Joaquín Camelo, Gloria Stella Díaz, Alba Luz Pinilla, Hugo Velásquez).

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

NOTA SECRETARIAL

El presente informe de ponencia para segundo debate Senado, que se ordena publicar, con proposición (**archivo**), está refrendado por el honorable Senador Mauricio Ernesto Ospina Gómez (Coordinador), en su calidad de ponente. Los honorables Senadores Antonio José Correa Jiménez (Coordinador), Edinson Delgado Ruiz (Coordinador), Gabriel Zapata Correa (Coordinador), Jorge Eliécer Ballesteros Bernier (Coordinador), Teresita García Romero, Germán Carlosama López, Gloria Inés Ramírez Ríos, Guillermo Antonio Santos Marín (Coordinador) y el honorable Senador Rodrigo Romero Hernández, actúa como ponente para segundo debate en reemplazo de la honorable Senadora Gilma Jiménez Gómez (Fallecida), Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento, Astrid Sanchez Montes de Oca y Liliana María Rendón Roldán, no refrendaron este informe que se ordena publicar.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

INFORME DE PONENCIA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 210 DE 2013 SENADO

por medio de la cual se redefine el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones y sus acumulados los proyectos de ley número 233 de 2013 senado y 051 de 2012 senado

1. ANTECEDENTES DE LA REFORMA DE SALUD

1.1. Contexto

La reforma a la salud se presenta en el marco de una crisis estructural del sistema de salud, concebida desde el mismo modelo de competencia regulada, que estableció la separación de funciones, establecidas de la siguiente forma: **Modulación** a cargo del Estado, **Financiamiento** de parafiscales y fiscales, **Articulación** de EPS públicas y privadas en competencia y **Prestación** a cargo de IPS públicas y privadas en competencia, este modelo de la Ley 100/93 trajo consecuencias que han sido lesivas para los colombianos, para ello el gobierno ha intentado durante estos últimos años enviar “varios salvavidas” como la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, que sin lugar a dudas no lograron superar la grave crisis como lo había aclamado el Presidente en su momento.

Hoy nuevamente nos encontramos ante una nueva reforma ordinaria al Sistema General de Seguridad Social en salud SGSSS, que fue radicada por Ministro de Salud el 20 de marzo de 2013, que en su exposición de motivos reconoce que el modelo actual “*derivó diferentes problemas especialmente concentrados en la fragmentación del modelo de salud con incentivos de los agentes hacia la extracción de rentas en demérito de los objetivos de salud de la población*”.

A pesar del reconocimiento de la crisis, el texto aprobado en primer debate por la bancada de la Unidad Nacional no cambia sino que acentúa la racionalidad de mercado fundamentada en la separación de funciones de financiamiento, aseguramiento, administración y prestación de servicios del SGSS, que fue acuñada como estrategia para estimular la privatización progresiva de los hospitales y servicios de salud pública, del seguro social y de sus instrumentos de gestión, y como método para facilitar la apropiación privada de recursos públicos, tal y como se explicará a continuación.

1.2. CONSIDERACIONES INICIALES

– Presentación de los proyectos de ley

• **Proyecto de ley número 51/2012 Senado;** *por medio del cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.*

Iniciativa: Honorables Senadores *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Edinson Delgado Ruiz.*

Número. de artículos: doce (12).

Fecha de Radicación Senado: agosto 1° de 2012.

Fecha de Radicación Comisión Séptima Senado: agosto 15 de 2012.

Publicación: **Gaceta del Congreso** número 488/2012.

• **Proyecto de ley número 233/2013 Senado,** *por la cual se crea el sistema único descentralizado de seguridad social en salud.*

Iniciativa: Honorables Senadores *Luis Carlos Avellaneda, Gloria Inés Ramírez, Juan Manuel Galán, Camilo Romero, Alexander López, Parmenio Cuellar, John Sudarsky, Jorge Guevara, Juan Fernando Cristo, Germán Carlosama, Carlos Alberto Baena,* y honorables Representantes *Iván Cepeda Castro, German Navas Talero, Ángela María Robledo, José Joaquín Camelo, Gloria Stella Díaz, Alba Luz Pinilla, Hugo Velásquez.*

Radicado en Senado: 10-04-2013

Radicado en Comisión: 12-04-2013

Número de artículos: cincuenta y tres (53).

Publicación: **Gaceta del Congreso** Número. 198/2013.

• **Proyecto de ley número 210/2013 Senado,** *por medio de la cual se redefine el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.*

Iniciativa: Ministro de Salud y Protección Social. Doctor Alejandro Gaviria.

Radicado en Senado: 19-03-2013

Radicado en Comisión: 21-03-2013

Número de artículos: sesenta y siete (67).

Publicación: **Gaceta del Congreso** número 116 de 2013.

– Acumulación de proyectos

Los tres Proyectos de ley número 233 de 2013, 210 de 2013 y 051 de 2012 – Senado, fueron acumulados en virtud del artículo 151. Acumulación de proyectos de la ley 5ª de 1992.

– Audiencias públicas

Por ser este un tema de interés nacional la Comisión Séptima de Senado convocó 12 audiencias públicas, en las cuales participaron diferentes sectores y agentes interesados.

Los temas desarrollados durante las doce audiencias fueron:

– El impacto de la reforma en las Entidades Territoriales.

– La visión de las asociaciones de usuarios y pacientes frente a la reforma.

- La visión de los agentes del Sistema frente a la reforma.
- La visión de las Sociedades Científicas frente a la reforma.
- La visión de los Hospitales Públicos y Privados frente a la reforma.
- La visión de la industria farmacéutica frente a la reforma.
- La visión de las facultades de medicina frente a la reforma.
- La visión regional (Medellín) frente a la reforma.
- La visión de las etnias (afrocolombianos, indígenas, raizales, palenqueras, comunidad rom y gitanos) frente a la reforma.
- La visión regional (Cali) frente a la reforma.
- La visión regional (Barranquilla) frente a la reforma.
- La visión regional (Bucaramanga) frente a la reforma.

En el desarrollo de las audiencias los temas generales evidenciaron otros tantos de mayor interés para la comunidad y giraron en torno a:

- La inclusión de la salud como un derecho fundamental.
- El énfasis en la salud antes que la enfermedad y la inclusión del trato humanizado en la prestación de los servicios.
- La unificación en el manejo de los recursos con la creación de Salud-Mía.
- La naturaleza de los Gestores de Servicios de Salud, la posibilidad de contar con excedentes, la revisión de sus funciones, especialmente, respecto de la conformación de las Redes de Prestación de Servicios.
- La posibilidad de que las Entidades Territoriales sean Gestores de Servicios de Salud públicos.
- El riesgo de que los Gestores de Servicios de Salud aumenten sus ganancias negando servicios.
- La posibilidad de que con los seguros voluntarios se incremente el negocio de las Entidades Promotoras de Salud, aumentando la inequidad social.
- El pago de las deudas de las Entidades Promotoras de Salud con los Prestadores de Servicios de Salud.
- La eliminación del condicionamiento de la capacidad de pago.
- La autonomía médica para atender a los pacientes, recetarles y ordenarles los medicamentos y tratamientos.
- La desaparición de las EPS del Sistema y su transformación: se les cambia el nombre, pero se les da unas funciones, gestión y autorización, de pago de servicio o tecnologías.

- La revisión de las funciones de los Gestores de Servicios de Salud, especialmente la de auditar las cuentas, la conformación de las redes y su diferenciación con las funciones actuales de las Entidades Promotoras de Salud.

- El Modelo de aseguramiento, no garantiza el derecho de acceso a la salud, porque aquí se habla de redes integradas.

- La necesidad de que el Estado garantice el ingreso al Sistema de Seguridad Social en Salud del recurso humano idóneo y competente a través de concursos públicos y creando una adecuada remuneración acorde a su nivel académico.

- Las implicaciones de la naturaleza jurídica de Salud-Mía y sus funciones

- La determinación de la Unidad de Pago por Capitación - UPC como factor integral

- Definición de plazos para la determinación del cumplimiento de requisitos por parte de las actuales Entidades Promotoras de Salud – EPS puedan adelantar procesos de transformación para la operación como Gestores de Servicios de Salud.

- La definición clara de las especialidades básicas y su concordancia con los niveles de atención de complejidad.

- La garantía en la continuidad de las instituciones de salud indígenas como red pública hospitalaria en las entidades territoriales.

- La garantía del enfoque diferencial en la administración y servicios de salud del pueblo Wayuu, en cumplimiento de lo ordenado por la Constitución que debe corregir la reforma.

Informes de ponencia

Al **Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado**, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y sus acumulados 233 de 2013 y 051 de 2012 Senado se presentaron 4 informes de ponencia para primer debate, a los cuales se les autorizó por el Presidente de la Comisión la reproducción mecánica:

- **Informe de Ponencia Mayoritaria:** El informe de ponencia de 90 artículos fue radicado el 29 de mayo de 2013, publicado en la misma fecha en la **Gaceta del Congreso** número 336/2013, y suscrito por los Honorables Senadores: Antonio José Correa Jiménez, Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento, Edinson Delgado Ruíz, Astrid Sánchez Montes de Oca, Gabriel Zapata Correa, Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Teresita García Romero y Guillermo Antonio Santos Marín. La honorable Senadora Gilma Jiménez Gómez, mediante escrito del 5 de junio de 2013, adhirió a esta ponencia mayoritaria.

- **Informe de ponencia negativa (sustitutivo):** El informe de ponencia fue radicado el 29 de mayo de 2013, publicado en **Gaceta del Congreso** número 346/2013 del 30 de mayo de 2013 y sus-

crita por el honorable Senador Mauricio Ernesto Ospina Gómez.

• **Informe de ponencia positiva (minoritaria):** El informe de ponencia de 53 artículos fue radicado el 30 de mayo de 2013, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 350/2013 del 31 de mayo de 2013 y suscrito por la Honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos.

• **Proposición de aplazamiento de la discusión y aprobación del articulado para la próxima legislatura:** Radicada el 4 de junio de 2013, publicada en la *Gaceta* número 379/2013 del 06 de junio de 2013 y presentada por la Honorable Senadora Liliana María Rendón Roldán.

– Trámite primer debate

En sesiones siguientes, sesiones ordinarias de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, fueron considerados los informes de ponencias para primer debate y los textos propuestos (de las ponencias positivas) al **Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y sus acumulados 233 de 2013 y 051 de 2012 Senado:** i) 29 de mayo de 2013 (según Acta número 28); ii) 4 de junio de 2013 (según Acta número 29); iii) 5 de junio de 2013 (según Acta número 30); iv) 11 de junio de 2013 (según Acta número 31); v) 12 de junio de 2013 (según Acta número 32) y, vi) 13 de junio de 2013 (según Acta número 33), presentadas por los honorables Senadores Jorge Eliécer Ballesteros, Edinson Delgado Ruiz, Antonio José Correa Jiménez, Guillermo Antonio Santos Marín, Mauricio Ernesto Ospina Gómez, Zapata Correa Gabriel Ignacio (Coordinadores ponentes) y los honorables Senadores Liliana María Rendón Roldán, Gloria Inés Ramírez Ríos, Teresita García Romero, Gilma Jiménez Gómez, Astrid Sánchez Montes de Oca, Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento, Germán Bernardo Carlosama López (Ponentes).

– Votación

En las sesiones adelantadas los días 4 y 5 de junio de 2013, según consta en Actas número 29 y 30, fueron puestos a consideración y votación impedimentos por presunto conflicto de intereses de los honorables Senadores, para participar en la discusión y votación al **Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y sus acumulados 233 de 2013 y 051 de 2012 Senado**, así:

Honorable Senador Edinson Delgado Ruiz.

Honorable Senador Jorge Eliecer Ballesteros Bernier.

Honorable Senadora Astrid Sánchez Montes de Oca.

Honorable Senador Germán Bernardo Carlosama López.

La Comisión Séptima Constitucional Permanente del Honorable Senado de la República desestimó mayoritariamente la existencia de conflicto de intereses negando los impedimentos presentados.

Al finalizar la discusión y votación de los impedimentos presentados, se puso en consideración de la Comisión, los días 5 y 11 de junio de 2013, las respectivas proposiciones con que termina cada uno de los cuatro informes de ponencia para primer debate al **Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y sus acumulados 233 de 2013 y 051 de 2012 Senado**, se obtuvo el siguiente resultado:

• **Fue negada** la Proposición de aplazamiento de la discusión y aprobación del articulado para la próxima legislatura presentada por la honorable Senadora Liliana María Rendón Roldán.

• **Fue negada** la Proposición sustitutiva que propone el archivo del **Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y sus acumulados 233 de 2013 y 051 de 2012 Senado** presentada por el honorable Senador Mauricio Ernesto Ospina Gómez.

• **Fue aprobada** la proposición con que termina la ponencia mayoritaria, suscrita por los Honorables Senadores: Antonio José Correa Jiménez, Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento, Edinson Delgado Ruiz, Astrid Sánchez Montes de Oca, Gabriel Zapata Correa, Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Teresita García Romero, Guillermo Antonio Santos Marín y Gilma Jiménez Gómez.

• **Fue negada** la proposición con que termina el informe de ponencia minoritaria, suscrita por la Honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos.

2. LEY ESTATUTARIA

El pasado 20 de junio de 2013, el Honorable Congreso de la República aprobó el proyecto de ley estatutaria “*por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*”, el objeto de este proyecto es garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Actualmente esta iniciativa se encuentra en control previo por parte la Corte Constitucional.

El proyecto de ley fue denominado por el presidente Santos como la “ley que comienza a resolver los problemas del cuestionado sistema de salud y que acaba con el negocio de la salud”, mientras tanto sus ministros y funcionarios hablan de una “reforma responsable”, pero definitivamente la realidad es otra, lo aprobado por el congreso no es otra cosa que la limitación del derecho a la salud que va en contra de las necesidades de las comunidades, esta limitación se evidencia en lo siguiente:

– El artículo 15 de la ley mantiene la restricción del derecho al definir el “núcleo esencial” del derecho como **“la prestación de servicios y tecnologías estructurados sobre una concepción integral de la salud”**, significando esto que lo exigible al estado como derecho fundamental a la salud será un paquete de “beneficios”, con *“exclusiones explícitas”* y *“prestaciones en salud cubiertas”* que serán definidas por la ley ordinaria.

Las exclusiones en apariencia son razonables, pues se dice que el Estado no cubrirá servicios o intervenciones de tipo cosmético o suntuario, no autorizados por autoridad competente, en experimentación o prestados en el exterior. Pero también excluye aquellos en los *“que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia [o] su efectividad clínica”*. El alcance de estos criterios es bastante incierto en muchos procedimientos, tecnologías, medicamentos, dispositivos y toda clase de medicinas alternativas. Estas exclusiones serán definidas cada cierto tiempo por el Ministerio de Salud con la participación de expertos y posibles afectados, como se intentó muchas veces con el anterior POS.

Con el agravante de que si alguno de los servicios o tecnologías queda excluido tendrá que utilizar el recurso de “reposición” de esa decisión administrativa y si tampoco logra protección del derecho tendrá que iniciar una demanda de nulidad u otras acciones contencioso administrativas y si finalmente luego de este largo proceso judicial, que implica pagar a un profesional del derecho por todo el trámite y otros gastos del proceso, podrá recurrir a la acción de tutela, lo cual no solo va a generar más barreras de acceso, sino que también limita la acción de tutela a un fallo, porque solo se podrá interponer “contra las providencias proferidas para decidir sobre las demandas de nulidad y otras acciones contencioso-administrativas” artículo 15 parágrafo 2°.

– En la actualidad el 70% de tutelas se presentan por la negación de servicios incluidos en el POS por parte de las EPS, según el gobierno se supone que con la ley estatutaria este problema no se va a presentar más, porque tal y como lo señala el artículo 14 queda prohibida *la negación de prestación de servicios, a partir de la siguiente afirmación: “para acceder no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa”* pero a renglón seguido solo se refiere a la atención inicial de urgencias, lo que no implica un cambio y mucho menos la eliminación de los “paseos de la muerte”, en la actualidad también están obligadas a prestar la atención inicial de urgencias las EPS y las IPS y se han registrado centenares de casos de colombianos muertos por la falta de atención inicial, la pregunta es, ¿cuál es el cambio?.

– De igual manera ocurre con la autonomía de los médicos y demás profesionales de la salud, a pesar de que el artículo 17 “garantiza” la autonomía en los tratamientos y procedimientos utiliza-

dos que no podrán ser constreñidos y mucho menos limitados, la ley en su redacción señala otra cosa, porque no podrán ordenar o formular nada que no tenga evidencia científica sobre seguridad, eficacia y efectividad, serán las “guías y protocolos” de manejo las que decidan, so pena de violar la ley e ir a la cárcel¹.

– El sostenimiento de un sistema basado en el negocio “regulado” de la administración de los recursos públicos para la salud.

Con lo que podemos concluir que esta ley estatutaria no es otra cosa que un saludo a la bandera, porque no tiene ningún cambio de fondo y fue intrascendente al pedido de millones de colombianos que exigían un cambio al modelo de la Ley 100/93, además, con la ley estatutaria por su carácter se blindó jurídicamente la permanencia de las EPS y la intermediación financiera en la ley ordinaria, nuevamente se limitó el derecho a la sostenibilidad fiscal.

3. OBJETIVO DEL PROYECTO

De acuerdo con la exposición de motivos presentada inicialmente y con el texto aprobado en primer debate el objeto central es la redefinición del Sistema General de Seguridad Social en Salud con el propósito de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud [...].

Buscando el mejor estado de salud posible de la población por medio de acciones colectivas e individuales [...].

4. ANÁLISIS SOBRE LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO

En primer lugar debemos señalar que el Ministerio de salud ha reconocido que parte de la crisis se debe a varios problemas del modelo, entre ellos, lo que han denominado “la fragmentación del modelo con incentivos de los agentes hacia la extracción de rentas en demerito de los objetivos de salud.

Sin embargo muchos analistas, expertos de la academia y del sector de la salud han señalado que la crisis de salud no es solo una crisis financiera, esta es una crisis estructural debida al modelo de “competencia regulada” que estableció la separación de funciones e implicó una nueva relación entre el Estado y el mercado de aseguramiento y de prestación de servicios:

- Una forma de pago entre el pagador público y los “articuladores”: UPC-POS.

- Las EPS no son ni han sido “aseguradores”: Han manejado la relación UPC-POS como agen-

1 Artículo “Ley estatutaria en salud: otra vez gato por liebre”. Mario Hernández, Médico, bioeticista, doctor en Historia, Profesor Asociado, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, miembro de la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760/08 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social (CSR) y de la Alianza Nacional por un Nuevo Sistema de Salud (ANSA). Junio 20 de 2013.

tes dominantes y han tenido mucha incidencia en las decisiones del “modulador” (CNSSS, CRES, SINS).

Este modelo trajo varias consecuencias:

La intermediación financiera actual no agrega valor, sino sustrae valor:

- Los recursos públicos (parafiscales y fiscales) han sido apropiados indebidamente por los intermediarios: ingresos de operación (8% o 10%) y cuentas de orden (92% o 90%).

- La ganancia derivada del menor gasto de la UPC explica la negación de servicios, las deudas a los prestadores de servicio y las inversiones en patrimonio.

- La integración vertical y horizontal permiten pasar los recursos de la UPC de un negocio al otro.

- La concentración en utilidades derivadas de los contratos entre EPS e IPS hace que la información siga las facturas y no las personas. No se conoce el perfil de morbilidad real atendida en Colombia.

- El lucro derivado del dolor, la enfermedad y la muerte es intolerable.

Por lo tanto, en segundo lugar, se debe establecer si los objetivos propuestos en el proyecto de ley fijan un nuevo rumbo del SGSSS que realmente garantice el derecho a la salud. Para esto se debe tener en cuenta el contenido de lo aprobado en la ley estatutaria y en el texto aprobado en primer debate de la ley ordinaria, frente a esto observamos que al “redefinir” el actual sistema ya se está asegurando que se siga bajo la misma lógica, sosteniendo su mecanismo fundamental de intermediación con ánimo de lucro, entre el nuevo fondo y llamado Salud-Mía, los gestores del servicio de salud y los prestadores, lo que seguirá presentando barreras de acceso.

No basta con enunciar en su objeto que con la actual reforma se va a garantizar el derecho a la salud, es necesario que su articulado refleje lo mismo, de lo contrario sucederá lo mismo que con las reformas anteriores, es decir ahondaron en la crisis.

5. CONSIDERACIONES

En este acápite me permito presentar algunas consideraciones que evidencian que con la actual reforma no vamos a quedar igual sino peor de lo que nos encontramos, porque lo que hará es depurar un poco el negocio, sin afectar las causas de la crisis reconocida por todos.

5.1. Componentes de la crisis del Sistema de Salud

Es preciso aclarar que la crisis del actual sistema de salud, implementado mediante la Ley 100 de 1993, no es una crisis del negocio médico-industrial, cuyo auge lo demuestra la proliferación de prestadores privados del servicio, el fortaleci-

miento de las farmacéuticas transnacionales y el turismo médico; ni del negocio médico-financiero con la enorme inversión en seguros privados y en empresas de intermediación financiera de los recursos de la salud².

Es una crisis de:

- La sostenibilidad de la red pública de prestadores del servicio de salud.

- De la capacidad del sistema para satisfacer las necesidades de la población en materia de salud.

- Del régimen subsidiado de salud, producto de la segmentación del sistema por capacidad de pago que reproduce la inequidad.

- De la dignidad laboral y la autonomía profesional del talento humano.

- De un enfoque preventivo, promocional e integral de la salud.

5.2. Algunos responsables

– Rol de las EPS

- Para nadie es un secreto que son las EPS unas de las principales responsables de la crisis del sistema de salud, por su ánimo de lucro que desdibujó el carácter de derecho fundamental de la salud y lo convirtió en un negocio al punto de destinar los recursos para fines totalmente ajenos al mismo.

- Así, de acuerdo con el 29° Informe de seguimiento de cartera hospitalaria con corte a 31 de diciembre de 2012 realizado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, las EPS son las principales deudoras. Estudiando la cartera de 131 Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud afiliadas a la Asociación, se encontró que las mayores deudoras son las EPS del régimen contributivo, con el 36.1%, seguidas por las del régimen subsidiado con el 29.0%.

- Las EPS del contributivo adeudan a la fecha \$1.7 billones, siendo el 59% cartera morosa, es decir, con más de 60 días de vencimiento y las EPS del régimen subsidiado adeudan \$1.4 billones, de los cuales el 67.7% es cartera morosa valor cercano a los \$960.341 millones.

- De igual forma, a esa fecha, la cartera de las entidades de vigilancia especial y en liquidación por parte de la Supersalud, asciende a \$1.7 billones.

- No obstante, las alarmantes cifras, de acuerdo con la Contraloría General de la República, el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud, aún no adelantan las medidas suficientes para lograr la restitución de liquidez al sistema por parte las EPS, así como el desmonte de operaciones fiscales de préstamo, donación, inversión, leasing que se ha establecido que las EPS hicieron con la UPC y los parafiscales. Por el contrario se adop-

² Ideas tomadas del documento Marchemos “por una salud para la segunda y definitiva independencia”. Documento de discusión en el activo nacional de salud. Elaborado por el doctor Román Vega Romero.

tan medidas como la Ley 1608 de 2013 [Ley de Cuentas Maestras], que implementó toda una serie de medidas para cubrir parte del pasivo que principalmente tenían las EPS con las IPS públicas a través de dinero de los entes territoriales y fondos nacionales, y en ningún caso con dinero de las mismas deudoras.

- Pero como se dijo antes la crisis no es financiera esto hace parte de los síntomas, sino que es una verdadera crisis del servicio de seguridad social en salud; en lo que va corrido de este año, por mencionar sólo el caso de Bogotá D.C., se han registrado más 6.000 quejas por la mala atención de las EPS, tanto del Contributivo como del Subsidiado: negación de citas con especialistas, demora en la entrega de medicamentos, etc., siendo los adultos mayores los principales perjudicados.

“El 70% de las tutelas que hoy tenemos son tutelas por haberle negado a lo que tienen derecho los ciudadanos, está incluido dentro del POS”, aseguró en su momento el secretario de Salud de Bogotá, Guillermo Jaramillo.

- **Corrupción Generalizada**

- El mayor problema que ha demostrado tener el sistema de salud, como parte de su propia lógica mercantilista y el papel pasivo del Estado, es **la CORRUPCIÓN** en todos los eslabones de la cadena, pues si en algo ha habido acuerdo es en que los recursos de la salud en Colombia son suficientes.

- De acuerdo con informe de prensa de la Contraloría publicado en el diario *El Espectador* el pasado 25 de octubre, los procesos de responsabilidad fiscal e indagaciones preliminares en el sector salud rondan los \$1.5 billones, abarcan municipios, hospitales, direcciones territoriales de salud, empresas promotoras de salud, etc., y están relacionadas con irregularidades en contratación, sobre costos, multifiliaciones, cobro de facturas adulteradas, etc.

5.3. Problemas centrales del Proyecto de ley número 210 de 2013

- Continuidad del mismo modelo de competencia regulada.

- Conserva los “articuladores”: de EPS a GSS, pagados por UPC- Plan de Beneficios.

- Por lo anterior define el plan de beneficios por exclusiones amplias y ambiguas.

- Continúan regímenes separados y la segregación según capacidad de pago.

- La forma de pago a los GSS no garantiza la superación de las barreras de acceso.

- Los GSS pasarán de la integración vertical a la integración comercial.

- Ausencia de dignificación del trabajo y de mejoramiento de la capacitación del talento humano.

- Continúan separados la atención individual y la salud pública

- Inspección, Vigilancia y Control: inermes y sin participación social.

Luego de observar de manera general los grandes problemas de la reforma, analizaremos algunas puntuales:

- **AUSENCIA DE APS**

La estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), es precaria en el **proyecto de ley del Gobierno**.

Un sistema de salud basado en APS, implica poner el énfasis en la promoción y prevención en salud, y no simplemente en un enfoque curativo de la enfermedad; significa incidir en los determinantes de la salud, tales como agua potable, medio ambiente sano, vivienda y trabajo dignos, etc.; significa acercar el sistema de salud al lugar de residencia, a la comunidad y al sitio de trabajo de las personas; significa establecer una relación de confianza y permanencia con el médico tratante quien deberá guiar al paciente a través de toda la complejidad del sistema cuando así lo requiera y lo volverá a recibir, esto a su vez conlleva la formación de médicos generales diferentes a los de la actualidad, con un alta capacidad resolutoria en la mayoría de contingencias de los pacientes.

En la actualidad la congestión de las salas de urgencias del Distrito obedece en gran parte a la falta de implementación de la estrategia de APS que ocasiona que numerosas contingencias que pudieron haberse resuelto incluso en las casas de los pacientes se hayan agravado y convertido en una urgencia.

- **PRIVATIZACIÓN, INTERMEDIACIÓN FINANCIERA Y MERCANTILIZACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD**

Con toda claridad hay que decir que el texto aprobado en primer debate presentado por el Gobierno y avalado por su bancada ahonda en la privatización del servicio, la intermediación financiera y la mercantilización del derecho a la salud, por múltiples razones, pero en especial por las siguientes:

I. Continuidad del mismo esquema

El Sistema de Salud continúa operando bajo el mismo esquema de unas entidades intermediarias que garantizan unas determinadas prestaciones de salud definidas en un Plan de Beneficios a cambio de una contraprestación económica que como se verá en este proyecto se aumenta y garantiza.

II. Exclusiones amplias y ambiguas en el Plan de Beneficios

No es cierto propiamente que ahora no va a existir un lista explícita de bienes y servicios en salud y que será reemplazada por una lista de exclusiones queriendo significar que prácticamente todo estará cubierto excepto algunas cosas plenamente justificadas. El texto aprobado en primer debate trae unos criterios amplios y ambiguos que dejen por fuera de nuevo muchos de los servicios y tecnologías requeridos por las personas, por lo que en la práctica será igual, entre ellos figuran: Los que no estén catalogados por la autoridad competente como servicios y tecnologías en salud o que

no hayan sido autorizados por la misma y sobre los que no haya evidencia técnica o científica de su seguridad, eficacia o pertinencia clínica.

Sumado a lo anterior se le otorga al Ministerio de Salud la facultad de reglamentar los mecanismos para establecer los servicios y tecnologías que quedarán excluidos del Plan de Beneficios, sin que hoy se tenga claridad qué va pasar con aquellos servicios y tecnologías que están ingresando al país, porque el Ministro de Salud ha dicho que no tienen “la capacidad económica” de incluir en el listado de Mi-Plan todos los servicios y tecnologías que luego de la expedición de esta ley cumplan con los requisitos para la inclusión, significando que nuevamente los colombianos tendrán que recurrir a la tutela por la negación de los servicios.

III. Barreras de acceso al servicio de salud

El acceso al servicio de salud pese a los principios de igualdad y equidad que se mencionan formalmente, sigue estando atado a la capacidad de pago; los ahora Gestores pese a veinte (20) años de transitoriedad, la segmentación entre pobres y ricos, a través de los regímenes contributivo y subsidiado continúa, con la excusa de que la Reforma Tributaria se quedó corta en garantizar la financiación de un solo régimen, cuando es sólo cuestión de voluntad política.

IV. Participación social precaria y ausencia de transparencia en los procesos

La participación social y la transparencia de los procesos, a que está ligada, es reducida, en primer lugar, se canaliza a través de personas jurídicas debidamente constituidas, no se establece su carácter vinculante, los mecanismos de participación no son claros y está ausente de centros de poder o decisión como el órgano de administración más importante del sistema: Salud-Mía, que se encargará de la afiliación, recaudo y distribución de aproximadamente 36 billones de pesos, de cuya junta directiva sólo hará parte el Gobierno Nacional y una precaria participación de los entes territoriales.

Adicional a lo anterior, se exceptúa a dicha Unidad del Régimen de Contratación Administrativa por lo que sus procesos contractuales podrán hacerse sin las garantías de transparencia, concurrencia, objetividad, eficiencia, etc., que procuran las licitaciones públicas, el proceso de selección objetiva, el concurso de méritos, etc., no obstante la enorme cantidad de recursos que va a manejar, es decir que exceptúa a Salud-Mía de los procesos contractuales de la Ley 80 de 1993. A lo que se suma el que los Gerentes de las ESE seguirán siendo nombrados a dedo por el Gobierno central o territorial, según el caso.

De igual manera, es clara la voluntad política del Gobierno Nacional en materia de participación social, cuando una gran cantidad de los aspectos más controversiales y delicados del proyecto de ley, los sujeta a su reglamentación posterior, en muchos casos sin criterios ni términos ciertos, con la ausencia de debate que caracteriza dichos pro-

cesos, por mencionar sólo algunos de los más relevantes, tenemos:

a) El sistema de pago por desempeño que incentive a los gestores del servicio de salud.

b) La definición de los montos que se destinarán a cada concepto de gasto y la política de manejo de inversiones del portafolio, a pesar de que los valores y porcentajes se pueden fijar en el texto de la norma y con ello evitar problemas en la puesta en marcha del sistema.

c) La entrada en funcionamiento de Salud-Mía, en cuya ausencia sus funciones de recaudo y pago seguirán siendo asumidas por las EPS y, posteriormente por los Gestores, al no quedar claro “la participación y apoyo a Salud-Mía”.

El porcentaje que se pagará a los Gestores por concepto de administración, por el manejo de las licencias, sobre el valor per cápita y sobre los excedentes de estos valores, etc.

V. No es cierto que se acabe la intermediación financiera

El caballito de batalla que ha utilizado el Ministro de Salud y el Presidente de la República para vender este proyecto de ley ordinaria a la ciudadanía es que las EPS ahora Gestores ya no manejarán los recursos de la salud: falso de toda falsedad.

Lo primero que hay que decir es que el Gobierno a su libre arbitrio fijará el inicio de operaciones de Salud-Mía según el artículo 19 y mientras esto sucede las actuales EPS y los Gestores posteriormente, seguirán en el caso de los primeros y asumirán en el de los segundos las funciones de afiliación, recaudo y administración de los recursos de la salud como expresamente lo señala el parágrafo del artículo 32, es decir, continuarán con la intermediación financiera.

Pero aún, cuando entre en vigencia Salud-Mía y haciendo la claridad que el artículo 32 literal l, establece que los Gestores “participarán y apoyarán con esa unidad en la afiliación, no queda explícita su función en esto, esperamos que el Ministro de Salud, nos explique cómo, los Gestores recibirán directamente, por lo menos los siguientes recursos:

a) Una suma fija anual para financiar los gastos de administración.

b) Los cobrados por concepto de copagos y cuotas moderadoras a los usuarios.

c) Una fracción del valor per cápita ajustado por riesgo, por logros en salud.

d) El saldo de los excedentes derivados de la gestión del valor per cápita, por resultados en salud, una vez restada una proporción que se destinará a la reserva que debe constituir cada Gestor en Salud-Mía. **Sólo después de estos descuentos, el saldo, si es que queda de los excedentes, se destinará al sistema de salud.**

El único monto que en principio no percibirán directamente los Gestores, es la fracción del valor per cápita destinada a Mi-Plan, que aun per-

teneciéndoles, se girará directamente, por orden suya, a los prestadores del servicio de salud. Sin embargo, al final, los excedentes de la misma le terminarán llegando como se señaló en el literal c, anterior.

Como si fuera poco, se establece dentro de las funciones de la Unidad de Gestión que administrará un reaseguro que busca proteger las utilidades de los Gestores frente a los eventos de alto costo así como el respaldo del Estado en los casos de insuficiencia del valor per cápita por mala gestión.

VI. Permanencia de las EPS en el Sistema

Por más que le cambien el nombre de Entidades Promotoras de Salud, a **Gestores de Servicios de Salud**, lo cierto es que el proyecto de ley está diseñado para que aquellas se transformen en Gestores, que ahora podrán no sólo gestionar los servicios de Mi-Plan sino los de la cobertura complementaria o medicina prepagada.

Gravemente, se observa que les imponen la condición de estar al día con las obligaciones del Sistema, pero no se establece que por ello deba entenderse el pagado efectivo del pasivo y con sus propios recursos. Pues lo que se observa es que desde la Ley 1608/12, se viene allanando el camino para que el Estado con recursos de todos los colombianos, a través, por ejemplo, de la subcuenta del Fosyga y de los excedentes de rentas cedidas, cuentas maestras, entre otros, se subrogue en el pasivo que tienen las EPS con las IPS, sin exigir el mínimo esfuerzo de aquellas ni consagrar mecanismos claros y efectivos para que paguen posteriormente el dinero, en esto es diáfano el parágrafo del artículo 62 del proyecto de ley.

La propuesta del Gobierno carece de causales de inhabilidad para que las EPS puedan transformarse en Gestores, basadas, por ejemplo, en haber sido sujetos de medidas administrativas especiales, en el número de tutelas interpuestas por servicios POS, en la baja calificación de los usuarios, en recobros indebidos, etc., mandando el mensaje claro de que la ineficiencia, los delitos contra el patrimonio público y, en últimas, negociar con la salud, paga.

VII. Privatización del servicio de salud

Como muestra de la profundización en la privatización del servicio a la salud, es palpable la inequidad entre el tratamiento dado a los Gestores, que siguen siendo unos intermediarios, y el dispensado a los prestadores de los servicios de salud que son los verdaderos responsables de que las personas materialicen su derecho.

En primer lugar, los Gestores son quienes contratan a los prestadores del servicio de salud, bajo unas condiciones de pago que el proyecto de ley permite que pacten de forma privada.

Para el pago, los prestadores dependen de los Gestores, que tienen la potestad de aprobar o no las facturas y ordenar o no el giro de la fracción del valor per cápita, que les paga a los Gestores Salud-

Mía, no a los prestadores, como bien lo señala el artículo 32 literal h).

Los prestadores a diferencia de los Gestores no tienen reconocimientos económicos por resultados en salud y a contrario sensu de los mismos, Salud-Mía les puede retener el giro por no cumplir con el envío de la información en las condiciones establecidas por el MinSalud.

Por otro lado y siguiendo en la línea de la privatización del servicio de salud, los Departamentos, Distritos y Ciudades Capitales, entre sí, en asocio con un tercero o individualmente podrán constituirse como Gestores del Servicio de Salud, cuando en su jurisdicción tengan mínimo un millón de habitantes, sin embargo de esta clase de Gestores sólo puede haber uno por Área de Gestión Sanitaria, que son las zonas del territorio nacional en que se dividirá la prestación del servicio de salud, no habiendo ninguna limitación para los Gestores privados.

Adicionalmente, pese a que el Ministro de Salud ha repetido la importancia de que los Gestores se concentren en una determinada área del territorio, el proyecto de ley permite que conformen filiales para tener presencia en otras áreas y establece que en aquellas zonas del territorio con dispersión poblacional, baja institucionalidad y capacidad, se constituirán Áreas de Gestión Sanitaria operadas **por un solo Gestor**, elegido a dedo, siendo este el caso de múltiples regiones como La Guajira donde la salud es precaria y la corrupción abunda.

Por último, si bien se establece que el MinSalud, determina los contenidos, forma y tiempo en que se deben dar los flujos de información administrativa, financiera, de prestación y calidad de los servicios, por parte de los agentes del sistema, así como, el carácter público de la misma; lo cierto es que se les da a los Gestores control sobre su propia información y, más grave, aún sobre la de los prestadores de servicios de sus redes.

VIII. Legalización de la integración comercial

Haciendo caso omiso de que la integración en todas sus formas entre los diferentes agentes es uno de los cánceres del sistema, por las distorsiones en la demanda y en la oferta, el abuso de la posición dominante, la ausencia de controles, etc., el Gobierno Nacional, mantiene con el proyecto de ley la integración vertical, ya que a pesar de que la prohíbe en el artículo 38, queda con muchos vacíos, entre ellos el hecho de establecer un término tan prolongado mantiene el negocio de las EPS, porque en realidad empezará a regir dentro de cinco años aproximadamente, al exceptuar de esta prohibición a las cajas de compensación, se deja abierta la puerta para que tal y como lo señala el informe de **avance del cálculo de la unidad de pago por capitación de la Universidad Nacional, publicado en el año 2011** “*algunas entidades sin ánimo de lucro, tanto del Régimen Contributivo como del Subsidiado adopten comportamientos rentistas en los que no interesa la utilidad de*

la EPS sino la utilidad de los negocios derivados integrados verticalmente, como capitación con entidades propias, compra de medicamentos o insumos, servicios de ambulancias, lavanderías, celduría y otros servicios generales”.

Además de esto, no se menciona en ningún artículo del proyecto la prohibición de la **integración comercial** en general en todos los niveles de atención evidenciando el interés del gobierno en mantener el negocio.

X. Ausencia de dignificación del trabajo y de mejoramiento de la capacitación del talento humano

PROBLEMÁTICAS DE LOS TRABAJADORES	LO QUE PLANTEA EL GOBIERNO
Tercerización laboral	No introduce ningún mecanismo para mejorar esta realidad
Inestabilidad laboral,	
Salarios bajos	
Negación de prestaciones sociales	Facultades extraordinarias para determinar el régimen laboral de los trabajadores de las ESE
Ausencia de formación constante	
Ausencia de autonomía médica	

Gracias a la denuncia de las organizaciones sindicales y sociales se logró eliminar del texto aprobado en primer debate todo el capítulo referente al régimen laboral, sin embargo es necesario pronosticar como lo hemos hecho en las anteriores reformas, que si no se garantiza los derechos de los trabajadores y trabajadoras del sistema de salud, esta reforma nuevamente fracasará, porque la solución no era eliminar el capítulo y omitir la grave situación de los trabajadores del sector de la salud, sino al contrario cumplir con lo ordenado en las distintas sentencias de la Corte Constitucional (C-614/09, C-690/11 y C-171/12) y el respeto del artículo 53 de la Constitución Política en lo que corresponde a la estabilidad y formalidad laboral y la progresividad de los derechos de los mismos.

5.4. Una propuesta alternativa si es posible

La protección al derecho fundamental a la salud si es posible, es necesario corregir la actual lógica económica de derechos en tres aspectos, primero, ligar el derecho a la ganancia, la salud debe estar ligado a la naturaleza humana, porque no se puede entender la cotización como un derecho contractual, donde se paga y se obtienen unos beneficios, segundo, al estado es el garante, promoviéndolo y protegiéndolo sin que signifique esto que se va a estatizar y tercero, la administración de los recursos debe ser de carácter público y de carácter participativo, permitiendo a través de la atención primaria en salud, la prevención y la determinación epidemiológica garantizar que con los recur-

sos que tenemos hoy se financie el sistema, tal y como lo expresamos en el Proyecto de ley 233/13, que fue votado negativo por mayoría de la Comisión séptima, sin ningún tipo de análisis o debate.

Esta propuesta que fue concebida desde la sociedad civil, representaba una opción clara para salir de la crisis, que tenía por objeto Un nuevo sistema de salud basado en el modelo de seguro universal, de carácter público, solidario, sin intermediación financiera comercial y con la recuperación de la administración pública de los recursos en forma descentralizada, con amplia participación social y fuerte inspección, vigilancia y control de los recursos y procesos de atención. Integrando la atención individual con la colectiva, la preventiva con la curativa, y la de todos los daños y enfermedades endémicas, epidémicas, laborales y accidentales. A pesar de tener un sustento técnico y financiero viable, se prefirió mantener el mismo modelo.

No es cierto que en los sistemas de salud se requiera un “articulador”, existen modelos sostenibles y garantes, como el de Brasil por ejemplo, que con su “sistema Unificado de Salud financiado con impuestos modernizó el sistema de salud brasileño, creando un servicio coordinado nacional al que todos los brasileños pueden acceder. Invirtiendo fuertemente en atención primaria, la Estrategia de Salud Familiar en particular ha sido el vehículo utilizado para llevar a cabo reformas importantes, permitiéndoles a las familias acceder al sistema de salud a través de visitas domiciliarias y actividades y comunidades en pro de la salud”³ o el de Canadá que es financiado por el estado y se basa en cinco principios, es de gestión pública, es de acceso universal a los ciudadanos y residentes permanentes, y se aplica dentro y fuera del país.

Las normas del sistema de salud son establecidas por el gobierno federal y son administradas localmente por cada provincia y territorio, que tienen sus propios planes de salud que cubre las necesidades de los servicios médicos. En general, los costos de los servicios médicos son pagados por primas mensuales y/o a través de los impuestos sobre la renta. Los gobiernos provinciales y territoriales son responsables de financiar el sistema público de salud y de atención médica⁴.

Finalmente no puedo dejar de manifestar mi preocupación frente al real impacto que está reforma pueda tener al someter la garantía y protección del derecho a la salud al principio de sostenibilidad fiscal⁵.

3 Artículo de prensa, tomado el 28 de agosto de 2013 de: <http://www.americaeconomia.com/politica-sociedad/politica/conozca-los-nueve-paises-que-destacan-por-su-sistema-de-salud-publica>

4 Artículo de prensa, tomado el 28 de agosto de 2103 de: <http://www.artim.ca/es/articulos/el-sistema-de-salud-canadiense>.

5 Respuestas del Ministerio de Hacienda al cuestionario de la proposición 02 de 2013, debate de control político “cuentas de la salud y la crisis financiera del sector”, Comisión Séptima Constitucional Senado de la República.

1. Análisis crítico detallado del articulado:

En la siguiente tabla se agrupan, por temáticas relevantes, que orientan el análisis del proyecto de ley, los diferentes artículos de contenido pro-

blemático y contrario a un Sistema de Seguridad Social en Salud donde se materialice el carácter fundamental de este derecho. Con negrita están resaltados algunos de los puntos que suscitan mayor preocupación.

TEMÁTICA	ARTÍCULO	OBSERVACIONES
Reforma Estructural	Artículo 1°	Se “redefine” el sistema implementado por la Ley 100 de 1993, profundizando en la privatización y mercantilización del servicio de salud. Manteniendo el mismo modelo que ha causado la muerte de muchos colombianos.
Derecho a la Salud	Artículo 1°	A pesar de que se hace mención a la salud como derecho fundamental, en el desarrollo del articulado pierde este carácter, delegando funciones que son de resorte exclusivo del Estado.
Salud Pública	Artículo 6°	Se limita la obligación fundamental del Estado de controlar los riesgos que ponen en peligro la salud y la vida de los ciudadanos, al permitir que se contrate estas obligaciones a entidades privadas. Además se reduce la salud pública a actividades de promoción y prevención siguiendo el modelo propuesto por la Ley 100.
Plan de Beneficios		Se mantiene el esquema de aseguramiento por parte de unas entidades públicas, privadas o mixtas, de unas determinadas contingencias, teniendo como contraprestación un valor por unidad de capitación.
	Artículos 20, 21	Se dice que se va a seguir un proceso con participación social para definir las exclusiones pero bajo parámetros inamovibles que en la práctica devendrán en una lista de exclusiones amplísima: - Que no estén catalogados por la autoridad competente como servicios y tecnologías en salud o que no hayan sido autorizados por la misma. - Que no haya evidencia técnica o científica de su seguridad, eficacia o pertinencia clínica. - Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas. - Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica. - Que se encuentren en fase de experimentación. A pesar de que se habla de unos criterios de exclusión el derecho de salud seguirá limitado por un manual de procedimientos originado en un manual tarifas de contratación entre aseguradores y prestadores.
Segmentación del Sistema	Artículo 3° lit. o), h)	Continúa habiendo 2 regímenes, el contributivo y el subsidiado, más los servicios complementarios.
	Artículo 5°, lit. d) i).	El principio de igualdad y equidad independiente de la capacidad económica, que, supuestamente informa el sistema de salud, es contrario a la existencia de dos regímenes de salud más el complementario.
	Artículo 36	Aunque como resultado de las discusiones en primer debate el texto del proyecto elimina el tema de la facultatividad en la atención al régimen subsidiado, el problema de fondo persiste ya que la dualidad del sistema es perjudicial para los usuarios. Separación odiosa de regímenes.
Fondo de Salud-Mía	Artículo 11	Muchos expertos han advertido sobre la creación de un monstruo pagador del tamaño del que se convertirá Salud Mía, tomando como base la mala experiencia del Fosyga, que únicamente pagaba un porcentaje muy pequeño de las cuentas provenientes de las IPS, aquellas relacionadas con el No POS y con el recobro de accidentes de tránsito y catástrofes. Coincidimos en advertir que concentrar en un organismo burocrático centralizado el pago de la totalidad de las cuentas, de la totalidad de las IPS del país es un riesgo demasiado grande para la operación eficiente del Sistema. Si al menos este organismo tuviera centros de recepción, trámite y procesamiento de cuentas en las grandes regiones del país, aunque fuera una única entidad descentralizada, cabría alguna esperanza, pero el centralismo absoluto parece ser la regla de los últimos años de legislación. La única ventaja de un Fondo Centralizado es la administración de los mecanismos de reaseguro y distribución de riesgo, pero ello no requiere una operación centralizada de todos los pagos del país ⁶ .

6 Carta Abierta Comisión Séptima Senado de la República, Fedesalud, Bogotá. Agosto 13 de 2013.

TEMÁTICA	ARTÍCULO	OBSERVACIONES
Barreras de Acceso	Artículo 26 lit. b) párrafo 2°	Los Gestores de Servicios de Salud, cobrarán cuotas moderadoras y copagos en los planes complementarios de acuerdo con su capacidad de pago y señala que el Ministerio de Salud definirá el cobro en el régimen contributivo cuando se trata de atención en medicina general y programas de promoción, protección y prevención.
Ausencia de Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)	Artículo 3°, lit. h) artículo 9°	El capítulo II desarrolla el tema de Atención Primaria en Salud junto con el artículo 9°; pero siendo este uno de los temas centrales en la garantía del derecho fundamental a la salud, es posible afirmar que el desarrollo es precario. Lo anterior, siempre que se delega su reglamentación al gobierno de la república. Tal situación no debería ocurrir si el propósito de la reforma es un cambio estructural y no meramente formal del sistema actual de salud. Esto se traduce en la necesidad de desarrollar una propuesta concreta y completa frente al tema.
Escasa Participación Social	Artículo 3°, lit. m)	La participación individual es nula: “ <i>Contará con la participación de los afiliados quienes podrán asociarse para actuar ante los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud</i> ”. No es clara la participación de los usuarios al no establecer el procedimiento y no establece el carácter vinculante y no se establecen términos.
	Artículo 5°, lit. k)	El principio de Participación Social en la organización, gestión y fiscalización del sistema se ve desdibujado en el articulado.
	Artículos 13, 18	La Junta Directiva de Salud-Mía, unidad encargada del registro de la afiliación, recaudo, pago y administración de la información, amplía el número de miembros de 3 a 9, dando lugar a una somera garantía de representación por medio de 1 representante de gobernadores y 2 alcaldes junto con 1 representante de los usuarios; a pesar de ello aun se encuentran excluidos muchos sectores sociales.
	Artículo 21	Para definir las exclusiones de Mi-Plan, habla de que se garantizará la participación social; sin embargo, no se establece el carácter vinculante, se condiciona a que sean organizaciones debidamente constituidas y no se fija el término dentro del cual se deberá llevar a cabo.
Traslado de cargas a los ciudadanos	Artículo 5°, lit. r)	El principio de Corresponsabilidad que se introduce puede funcionar como un eximente de responsabilidad del Estado o una fuente de responsabilidad compartida frente al deber de autocuidado de las personas y más grave aún, puede restringir mecanismos jurídicos como la tutela, al hablar de “ <i>uso racional y adecuado de los recursos del Sistema</i> ”.
Privatización de los recursos	Artículo 5°, lit. x)	Este literal consagra expresamente la prohibición de embargar los recursos del sistema de salud, no obstante que se trata de una medida que ha servido para evitar que los agentes del Sistema, como las EPS terminen de despilfarrar los recursos.
Excepción soterrada del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública	Artículo 12, inc. 3°	En este artículo se señala que el régimen contractual de Salud-Mía, que en adelante administrará los \$36.000 billones de la salud, aproximadamente, será el previsto en el artículo 13 de la Ley 1150 de 2007, lo que en la práctica significa que se exceptúa a Salud-Mía de los procesos contractuales de la Ley 80/93 y demás normatividad concordante, porque dicho artículo no consagra un régimen si no que hace referencia a que las entidades que están legalmente exceptuadas deben aplicar los principios de la función administrativa y de la gestión fiscal y el régimen de inhabilidades e incompatibilidades para la contratación estatal. Así las cosas, Salud Mía podrá contratar a dedo.

TEMÁTICA	ARTÍCULO	OBSERVACIONES
Continúa el manejo de los recursos por las EPS o Gestoras y la intermediación financiera	Artículo 17, lit. a)	Los recursos de Salud-Mía destinados a prestaciones individuales en salud se van a pagar a los Gestores no a los Prestadores del Servicio de Salud, es decir, se trata de un dinero que les pertenece, independientemente de la forma de pago, que consiste en que los Gestores contratarán a los Prestadores y ordenarán a Salud-Mía cuánto debe girárseles.
	Artículo 17, lit. a) y b).	Recibirán directamente los recursos por concepto de incapacidades generales y licencias de maternidad y paternidad.
	Artículo 17, lit. j	Recibirán directamente los recursos por concepto de administración, cuyo porcentaje la ley no especifica.
	Artículo 19 y artículo 32 par transitorio.	Contrario a lo sostenido por el Ministro de Salud y el Presidente de la República, las EPS y Gestoras continuarán con la intermediación financiera: - La entrada en operación de Salud-Mía se deja al libre albedrío del Gobierno: <i>“El Gobierno Nacional determinará (...) la fecha en la cual iniciará las funciones de afiliación, recaudo y administración de los recursos”</i> . (Artículo 19) - Al mismo tiempo se dice que: <i>“Mientras Salud-Mía inicia las funciones de afiliación, recaudo, gestión de cobro, administración de los recursos y conciliación de las cotizaciones que defina el reglamento, las Entidades Promotoras de Salud y los Gestores de Servicios de Salud podrán adelantar dichas funciones”</i> . (Artículo 32, Par. Trans.) (Negrita por fuera del texto).
	Artículo 31 inc. 3	Podrán cobrar copagos y cuotas moderadoras a los usuarios de acuerdo con la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social. Aunque se limita este sistema, es claro que su continuación parcial termina constituyendo la prolongación de una de las problemáticas que hoy mantiene viciado el sistema de salud.
	Artículo 32, lit. l)	El nuevo proyecto hace alusión a una colaboración a Salud-Mía por parte de los GSS solo en los procesos operativos de afiliación.
Continúa el manejo de los recursos por las EPS o Gestoras y la intermediación financiera	Artículo 32, lit. o)	Se dice que van a garantizar las prestaciones individuales de Mi-Plan con cargo a los recursos que “reciban”, cuando el Ministro y el Presidente han dicho que no van a recibir estos recursos.
	Artículo 38	Se prohíbe cualquier tipo de integración vertical, salvo gestores y prestadores de servicios de naturaleza pública o mixta y las cajas de compensación familiar. Pero el plazo establecido para que tal situación surta efecto es de tres años más los años de entrada en vigencia de la ley, lo que se constituye en un término muy prolongado e injustificado que podría facilitar actos de corrupción. No se entiende por que se exceptúa a las cajas de compensación. No se deben excluir.
	Artículo 39	Del valor per cápita ajustado por riesgo recibirán, por logros en salud, la fracción restante a la destinada para financiar las prestaciones individuales, no se especifica de cuánto será.
	Artículo 39, inc. 4° inciso 5° literal b)	El saldo de los excedentes derivados de la gestión del valor per cápita, una vez restada una proporción que se destinará a la reserva que debe constituir cada Gestor en Salud-Mía. No se dice cuál será esta proporción ni cuánto lo que les corresponde a los Gestores, se trata de un estímulo perverso para ahorrar costos, negar servicios, pagar barato a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, además que ya tienen asignado un monto del valor per cápita en función de resultados; lo más preocupante es que una vez descontados los dos conceptos mencionados el resto ahí sí se destinará como reservas del sistema de salud. Adicionalmente, todo el sistema de incentivos de los Gestores es inequitativo con los Prestadores de Servicios de Salud, a quien no se les reconoce nada por cumplimiento de resultados. Vale la pena prestar atención a que en el párrafo se faculta a los gestores de servicios de salud para ordenar pagos que tengan que ver con este sistema de estímulos, a Salud-Mía, siendo ésta la responsable de la administración de los mismos. Salud-Mía no debe rendir cuentas a los gestores en términos financieros, estos no deben estar facultados para exigir pagos de este tipo, pues cumplir con su labor es una obligación no un concurso de méritos.
	Artículo 41	Se diseña un sistema de pago por desempeño en donde se incentiva a los Gestores de Servicios de Salud a que desarrollen adecuadamente su trabajo, en lugar de establecer sanciones para quienes no cumplan con sus tareas, dando espacio para la mediocridad y el incumplimiento. Se debe establecer un sistema donde el incentivo no sea financiero, porque va en detrimento de los recursos de la salud.

TEMÁTICA	ARTÍCULO	OBSERVACIONES
Reglamentación Gubernamental de los asuntos más delicados, sin término cierto ni condiciones en muchos casos	Artículo 17, Par. 3°	La definición de los montos que se destinarán a cada concepto de gasto se hará por la Junta Directiva de Salud-Mía, así como la política de manejo de inversiones del portafolio; pero es claro que tales valores o porcentajes podrían fijarse en el texto de la norma y con ello evitar problemas en la puesta en marcha del sistema.
	Artículo 21	El proceso para definir las exclusiones del Plan de Beneficios Mi-Plan aunque en teoría debe contar con participación de la sociedad civil, no precisa los mecanismos para que esto se haga efectivo. Vale la pena señalar que como resultado del primer debate, se incluye en el parágrafo 2 el tratamiento para enfermedades raras o huérfanas.
	Artículo 29	Definir las áreas de gestión sanitaria.
	Artículo 29	Queda por debatir el problema fundamental de que las Áreas de Gestión Sanitaria rompan el ordenamiento territorial colombiano, acaben con la competencia de los departamentos y superen la autoridad política administrativa que establece la Constitución ⁷ .
	Artículo 28	Requisitos de habilitación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
	Artículo 31 inc. 3°	Continuación de la problemática derivada del cobro de cuotas moderadoras y copagos por parte de los GSS.
	Artículo 39	La fracción del valor per cápita que les corresponde a las Gestoras por resultados en salud.
	Artículo 39	El porcentaje de los excedentes del valor per cápita destinado a constituir o aumentar la reserva de los Gestores en Salud-Mía, y del saldo de éste, el porcentaje que se le entregará al Gestor como recurso propio.
	Varios artículos Arts. 39, 40 y 41	Establecerán los resultados en salud de que dependen varias de las ganancias de los Gestores y el pago a los prestadores de servicios.
	Artículo 70	La Supersalud decidirá, a su arbitrio, si ordena la toma de posesión para administrar o liquidar sobre las entidades vigiladas.
	Artículo 71	La Supersalud fijará el término del proceso liquidatorio de entidades vigiladas.
	Artículo 73	La Supersalud determinará si aplica el proceso administrativo sancionatorio verbal, que es más expedito, o escrito, según su arbitrio.
	Artículo 79	Es indispensable discutir acerca de cuales son los casos “excepcionales” en los que las EPS durante la transición podrán aumentar cobertura, hacer movimiento de usuarios y traslados.
Inequidad entre Gestores públicos y privados	Artículo 86, inc. 3°	Mecanismos para desestimular o sancionar el abuso de glosas por los responsables del pago.
	Artículo 37	Se establece que los Departamentos, Distritos y Ciudades Capitales, en asociación entre sí o con un tercero o individualmente podrán constituirse como Gestores de Servicios de Salud, pero sólo podrá haber uno por Área de Gestión Sanitaria , mientras para los demás tipos de gestores no hay restricción.
Manejo de la información	Artículo 23	Se establece el carácter público de la información sobre precio, usos, acceso y calidad de los servicios y tecnologías y el Ministerio regulará la forma en que los agentes la deben reportar.
	Artículo 32, lit. n)	En lo que respecta a los Gestores éstos tendrán control sobre su propia información y la de sus redes de prestadores de servicios.
Política de Patentes	Artículo 24 inc. 2°	La única referencia al control de patentes de invención está dada por la necesidad de que la Superindustria y Comercio solicite concepto al MinSalud en los procesos de patentabilidad.
Regulación de precios	Artículo 22	Se dice que el Ministerio de Salud regulará las clasificaciones y precios de las tecnologías, así como los precios de los servicios, de acuerdo con la Política Farmacéutica Nacional.

7 Carta Abierta Comisión Séptima Senado de la República, Fedesalud, Bogotá. Agosto 13 de 2013.

TEMÁTICA	ARTÍCULO	OBSERVACIONES
Organización de la prestación	Artículo 29	Áreas de Gestión Sanitaria. Son las porciones del territorio nacional en las que las personas accederán a las prestaciones individuales, cuya definición corresponde al Ministerio.
	Artículo 30	Áreas de Gestión Sanitaria Especial. Se dice que en las zonas donde no se garanticen las prestaciones de Mi-Plan, por alta dispersión o baja densidad de la población, por problemas en el flujo de los recursos, baja institucionalidad o capacidad instalada, etc., el MinSalud constituirá áreas de Gestión Sanitaria Especial, operadas por un solo Gestor seleccionado por un “proceso objetivo” sin especificar cuál, esto significa que en las zonas más problemáticas del país en las que por lo mismo los índices de corrupción son altos como La Guajira, por ejemplo, se va a entregar la prestación (no se entiende porque se emplea este término cuando son las IPS las encargadas) del servicio a1 solo Gestor seleccionado a dedo, porque de acuerdo con el artículo 6° inciso 3°, Salud-Mía está excluida del Régimen de Contratación Pública. Es necesario que el articulado señale la obligación de garantizar el acercamiento activo de la oferta de servicios a las necesidades de las poblaciones dispersas y el financiamiento de equipos extramurales con los equipamientos y el transporte necesarios para garantizarles los servicios de salud a las poblaciones dispersas. Una vez más el problema no consiste en una adaptación geográfica que sea útil al mercado de los gestores, sino en la necesidad de adaptar el sistema de salud a las necesidades de las poblaciones ⁸ .
Áreas de Gestión Sanitaria	Artículo 30 parágrafo	Se delega la responsabilidad de establecer un sistema de salud para la población privada de la libertad a la unidad Administrativa, Penitenciaria y Carcelaria del Ministerio de Justicia y del Derecho y al INPEC.
Prestadores del servicio de salud	Artículo 26	Los hay de 2 tipos: - Primarios. Son la puerta de entrada al sistema, se encargan de las acciones de prevención y de las prestaciones individuales de medicina general y especialidades básicas. - Complementarios. Prestaciones individuales que requieren tecnología, recurso humano e infraestructura más avanzada y especializada.
	Artículo 28	No se dice nada sobre la naturaleza jurídica de las instituciones prestadoras del servicio de salud, si serán públicas, privadas, con o sin ánimo de lucro, o mixtas. Sus requisitos de habilitación los fijará el MinSalud y serán verificados por la Superintendencia Nacional de salud con una continuidad periódica que no se encuentra definida en el cuerpo del texto.
Gestores de Servicios de Salud antiguas EPS	Artículo 31 inc. 1° y 2°	Serán personas jurídicas, públicas, privadas o mixtas, cuyo ánimo de lucro no está prohibido. Producto del debate, se establece que la naturaleza de los gestores estará dentro de las categorías de sociedades comerciales, organizaciones solidarias y cajas de compensación familiar. Manteniendo el concepto mercantil de la salud y la privatización de los recursos,
	Artículo 31, Par.	Se consagra expresamente que las actuales EPS podrán transformarse en GSS y pese a que el artículo 31 (parágrafo) señala que tendrán que estar al día con las obligaciones del Sistema, no establece que por ello debe entenderse que hayan pagado efectivamente el pasivo, no celebrado acuerdos de pago, ni permitido que el Estado haya asumido sus deudas a través de la compra de cartera entre otros mecanismos, como sucedió con las cuentas maestras. Igualmente, el proyecto de ley carece de unas causales de inhabilidad basadas por ejemplo en el haber sido sujetos de medidas administrativas especiales, en el número de tutelas interpuestas por servicios POS, en la baja calificación de los usuarios, en recobros indebidos, etc. Permitiendo con ello que no haya verdaderas sanciones a las EPS actuales por sus comportamientos indebidos.

TEMÁTICA	ARTÍCULO	OBSERVACIONES
Gestores de Servicios de Salud antiguas EPS	Artículo 84	Se habla del saneamiento de deudas entre EPS e IPS, pero como siempre no se indican claramente los mecanismos idóneos para obtener, sobre todo de parte de las primeras, el pago del pasivo: “ <i>El Gobierno Nacional determinará los procedimientos para el saneamiento, la realización de los ajustes contables y la aplicación de medidas que permitan atender dichas obligaciones</i> ”.
	Artículo 26	El artículo ha desaparecido, sin embargo la caracterización hecha de la medicina complementaria en el artículo 26 y el hecho de que el Estado sea incapaz de cubrir este tipo de atención especializada, abrirá la puerta hacia el desarrollo del servicio complementario de salud, generando una segmentación del sistema y un trato desigual para los usuarios.
Concentración de poder en los Gestores	Artículo 32, lit. c)	Los Gestores organizan las redes de prestadores de servicios que habrá al interior de las Áreas de Gestión Sanitarias y deciden qué prestadores las integran.
	Artículo 27	Una vez más, la evaluación de las responsabilidades de los Gestores y Prestadores será realizada por un organismo donde tienen asiento Gestores y Prestadores (auto evaluación, o conflicto de interés cuando se trate de la competencia) ⁹
	Artículo 32, lit. f)	Los Gestores contratan a los prestadores de servicios de salud.
	Artículo 32, lit. h)	Auditan las facturas de los prestadores, aprueban los montos y ordenan los giros. Nuevamente la fluidez de recursos del sistema depende de los Gestores y la prestación de los servicios a los pacientes también, se pregunta qué pasará cuando haya controversia entre los Gestores y los Prestadores, quién la dirime y en qué término, porque quien resulta afectado con esto finalmente es el usuario; por otro lado, los Gestores tendrán el poder de decir a quién se le paga y a quién no, y cuánto, con la posibilidad de corrupción y apropiación de los recursos que ello genera.
	Artículo 32, lit. n)	Van a controlar la información administrativa, financiera, de servicios, epidemiológica y de calidad, que se refiere a su propio desempeño junto con la relativa a su red de prestadores de servicios.
	Artículo 32, lit. q)	Se obliga a tener una auditoría independiente que vigile el cumplimiento de las obligaciones de los prestadores de la red, pero no se obliga a tener una independiente que vigile el cumplimiento de sus propias obligaciones.
	Artículo 33	Realmente sorprende este articulado, que coloca a las entidades territoriales bajo la vigilancia y control de las Comisiones de área de Gestión Sanitaria, en las que participarán los Gestores de Salud y los Prestadores, como si en realidad se estuviera creando una entidad supra-territorial que modifica y supera la estructura del Estado Colombiano. Resultaba ya vergonzoso que nunca se permitiera a las entidades territoriales vigilar al menos la oportunidad y calidad de los servicios y la suficiencia de las redes de prestadores de las aseguradoras en su respectivo territorio. Pero el hecho de que se pretenda ahora que las entidades territoriales sean vigiladas por los Gestores de Salud es una historia de los pájaros tirándole a las escopetas. Esta entidad supra-territorial en la que se propone tengan asiento los Gestores y prestadores será precisamente la encargada de la evaluación de los gestores (léase auto evaluación) y de la habilitación de prestadores de servicios de salud, función que por supuesto crearía un verdadero conflicto de intereses. ¹⁰
	Artículo 34	Pese a que se dice que cada Gestor de Servicios de Salud va a estar concentrado en una determinada Área de Gestión Sanitaria, en este artículo se establece que podrán constituir filiales para operar en otras áreas, es decir que en la práctica los Gestores tendrán presencia en varias zonas del territorio, lo que va en contravía de que los Gestores enfoquen sus esfuerzos, hagan un uso eficiente de los recursos y se combatan la fragmentación y la interrupción de la prestación de los servicios.

9 Carta Abierta Comisión Séptima Senado de la República, Fedesalud, Bogotá. Agosto 13 de 2013.

10 Carta Abierta Comisión Séptima Senado de la República, Fedesalud, Bogotá. Agosto 13 de 2013

TEMÁTICA	ARTÍCULO	OBSERVACIONES
Concentración de poder en los Gestores	Artículo 40	Los Gestores pactarán con los prestadores del servicio de salud la forma de pago. Es inadmisibles que no quede regulado legalmente, pues no se trata de particulares negociando asuntos privados, sino de la calidad, oportunidad, cobertura, continuidad, etc., de la prestación del servicio de salud, del pago digno al talento humano, de la sostenibilidad de los centros de salud, entre otros.
Trato inequitativo entre Gestores y Prestadores de Servicios	Artículo 17, lit. a)	Los Prestadores, que son quienes garantizan el servicio de salud dependen para todos sus pagos de los Gestores, son éstos los dueños del dinero y responsables de su pago no el Estado, y por ende dependen de ellos también los usuarios.
	Artículo 40	Respecto a los prestadores se dice que Salud-Mía podrá retenerles una parte del pago si no reportan la información debida en las condiciones fijadas por MinSalud, pero está misma medida no opera para los Gestores. Además, no se prevén medidas para contrarrestar su impacto en la prestación del servicio de salud al usuario.
	Artículo 40, par.	Aunque como consecuencia de lo aprobado en primer debate en este punto, el parágrafo es modificado, fijando como fecha de inicio del término de la prescripción la correspondiente a la finalización de la prestación del servicio, aun no es claro el procedimiento en caso de controversia, ni el término dentro del cual los Gestores debe ordenar el pago y Salud-Mía hacer el giro a los prestadores.
Continúa la Integración Comercial en todos los niveles	Artículo 38	Se pone en marcha una limitación para el tema de la integración vertical, a pesar de ello el término de 3 años para que se haga efectiva desde la entrada en vigencia de la norma constituye un término muy prolongado; permitiendo un lapso para el detrimento de los derechos de los usuarios. El Proyecto de Ley ordinaria cambia los presupuestos del Ministerio de Salud, en el sentido de que las Empresas Gestoras fueran únicamente sociedades anónimas. Abre paso nuevamente a las organizaciones solidarias y cajas de Compensación, es decir a las entidades sin ánimo de lucro. Sin duda no había otra posibilidad, pues de acuerdo con los pronunciamientos conocidos resulta poco probable que empresas comerciales se involucren en el nuevo modelo de administración y gestión del riesgo, que sustituye el modelo asegurador previo. Conocemos los graves problemas que han derivado de la gestión del aseguramiento por este grupo de entidades, como los señalados por el CID de la Universidad Nacional en el estudio de la UPC 2011: La preocupación fundamental consiste en que algunas entidades sin ánimo de lucro, tanto del Régimen Contributivo como del Subsidiado adopten comportamientos rentistas en los que no interesa la utilidad de la EPS sino la utilidad de los negocios derivados integrados verticalmente, como capitación con entidades propias, compra de medicamentos o insumos, servicios de ambulancias, lavanderías, celaduría y otros servicios generales. La ausencia de control de los verdaderos dueños del capital sobre los administradores (los miembros de las cooperativas asociadas en una EPS pueden ser decenas de miles y no tener ningún control real sobre las entidades asociadas en entidades más grandes), permite que estos busquen rentabilidad en los negocios secundarios que son mucho más grandes cuando se da la integración vertical. Máxime cuando no opera la prohibición ética y explícita de las corporaciones insertas en el mercado internacional en el sentido de que los administradores no pueden jamás participar en ningún negocio de la empresa con interés personal. Las compras de servicios, medicamentos o insumos, en estos procesos de integración vertical con las empresas de la misma entidad o el consorcio, o en el que participan los administradores o sus allegados, quedan por fuera de mecanismos de mercado, sin competencia real de precios y por tanto no hay garantía de que las negociaciones se den a los precios óptimos¹¹.

11 Universidad Nacional, Estudio de la UPC 2011.

TEMÁTICA	ARTÍCULO	OBSERVACIONES
Reaseguro	Artículo 39, inc. 4°	Cuando producto de una mala gestión de los Gestores, del valor per cápita destinado a las prestaciones individuales en salud, haya un déficit, se dice que en primer lugar, que , se cubrirá con las reservas de los Gestores, lo que deja un vacío en cuanto a cuál será el procedimiento a seguir cuando lo anterior no sea posible. Podría llegarse a pensar que en segundo lugar será el Estado el responsable de cumplir con dicha obligación.
	Artículo 39	Por otra parte, en relación con los excedentes económicos posibles que puedan generar los Gestores, como plantea el artículo, cabe recordar que la Defensoría del Pueblo ha señalado, con respecto a las EPS, “que la potestad de negar servicios o posponerlos por mil mecanismos burocráticos y el incentivo perverso implícito, que supone la posibilidad de ganar más dinero en la medida que no se autoricen o se pospongan las autorizaciones de atención especializada o procedimientos diagnósticos y terapéuticos, en especial de mediana y alta complejidad, es la causa fundamental de las denuncias públicas y de las millones de tutelas presentadas por los ciudadanos ante la justicia por el derecho a la salud y la vida, para exigir la prestación de servicios.”. En realidad, el incentivo perverso está implícito en el contrato con pago ex-ante por capitación y aunque la negación o postergación de servicios obedezca la mayor parte de las veces a razones técnicas o administrativas justificadas, dado el ánimo de lucro permitido a las administradoras, ha sido y será interpretada casi siempre por los ciudadanos como intento de aumentar las ganancias. ¹²
	Artículo 43	Se establece que MinSalud establecerá los mecanismos de redistribución y compensación del riesgo a los Gestores, entre otros por frecuencia de eventos de alto costo, de manera que en ningún caso estos actores pierdan dinero.
Inspección, vigilancia y control	Artículos 70 y 71	Habla de las causales de toma de posesión para administrar o liquidar pero no se especifica cuáles aplican para cada medida en particular, lo que debería estar claramente establecido y no ser potestativo de la Supersalud, máxime cuando en el caso de la intervención forzosa para administrar se dice que el plazo que conceda la Supersalud para superar las causales puede ser de 2 años prorrogables por igual término, vencido el cual si no se logra se procederá a la liquidación; lo que resulta inadmisibles, no puede ser que a un agente del sistema se le permita prestar mal el servicio de salud durante cuatro años para entonces tomar la decisión de liquidarlo, cuando además ha tenido tiempo suficiente para insolventarse.
	Artículo 71, inc. 2°	Se deja como potestad de la Supersalud definir la duración del proceso liquidatorio, cuando de la misma depende en parte que los agentes del sistema no se insolventen. Este término debe quedar claramente establecido en la ley.

12 Carta Abierta Comisión Séptima Senado de la República, Fedesalud, Bogotá. Agosto 13 de 2013.

TEMÁTICA	ARTÍCULO	OBSERVACIONES
Inspección, vigilancia y control	Artículo 73	Se deja como potestativo de la Supersalud determinar si sigue el proceso sancionatorio escrito o verbal, sin que la ley establezca criterio alguno, dando lugar con ello a ambigüedades en perjuicio de los usuarios.
		En ningún artículo se fortalece la capacidad de inspección, vigilancia y control de la Supersalud, excepto en cuanto se le asignan algunas funciones a la Superfinanciera en lo que respecta al manejo de los recursos. Los únicos nuevos aportes, se reúnen en el artículo 76, donde se concede al Superintendente Nacional de Salud la capacidad de ordenar mediante resolución motivada de inmediato cumplimiento , la adopción individual o conjunta de las medidas que trata el artículo 113 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero o de las normas que lo modifiquen, sustituyan o aclaren, a las entidades vigiladas, con el fin de salvaguardar la prestación del servicio público de salud. Y en el artículo 77, que da potestad a la Supersalud para ejercer el control y la obligación de reporte al sistema de precios de medicamentos y dispositivos médicos- SISMED, e impondrá sanciones, de acuerdo al artículo 132 de la Ley 1438 de 2011, a quienes no cumplan estas obligaciones.
	Artículo 73, lit. d) y e) (Proceso Sancionatorio Escrito)	Se debe especificar que los recursos que se interpongan contra las sanciones impuestas por la Supersalud, se concederán en el efecto devolutivo.
	Artículo 74	Se hace un listado de las sanciones que puede imponer la Supersalud, pero no se dice en qué casos proceden o qué criterios se deben tener en cuenta, violándose el principio de legalidad que informa el derecho punitivo y dejándole un margen de acción muy amplio a la entidad de vigilancia y control.
	Artículo 75	Se dice que la inasistencia a la audiencia de conciliación o peor aún el incumplimiento de lo acordado en la misma vulnera el sistema de salud y aunque se precisa que las sanciones aplicables son las correspondientes al artículo 74, la ambigüedad en cuanto a su aplicación, afecta la eficacia del artículo 75.
		No se adoptan medidas que tornen eficaces los procesos que se adelantan en contra de los actores por uso indebido de los recursos de la salud, cuyos obstáculos han permitido que en muchos casos no se logren recuperar los dineros.
Fondos de garantías del sector salud	Artículo 87	Salud-Mía tendrá un Fondo conformado con recursos de todos los colombianos cuya función principal será servir de salvamento a los agentes del sistema, es decir, los Gestores y Prestadores, a través de participación transitoria en su capital, compra o cesión de cartera, garantía para créditos, etc.
Fondos de Salvamento	Artículo 87, Par.	Con la subcuenta de garantías del Fosyga integrada por recursos de todos los colombianos, se autoriza la compra de cartera de IPS cuyos deudores sean las EPS, y la garantía de pago es el descuento de las sumas que se les tengan que girar, lo que claramente es una falacia porque las mismas en su mayoría ya están comprometidas en la prestación del servicio de salud, poniendo en riesgo el mismo; además que se exime a las EPS de pagar con sus propios recursos, servicios que ya fueron pagados por el Estado y las prepara para que se puedan transformar en GESTORES, en la medida que formalmente estarían cumpliendo con las obligaciones con el Sistema. Esto desde la ley de cuentas maestras L.1608/13 ya se viene haciendo.
Nombramiento a dedo de los Gerentes de las ESE	Artículo 89	Los Gerentes de las ESE seguirán siendo nombrados por las autoridades nacionales o territoriales, según el caso, es decir, seguirán siendo fichas políticas, sin independencia, continuidad y focos de corrupción.

TEMÁTICA	ARTÍCULO	OBSERVACIONES
Ausencia total de disposiciones sobre condiciones dignas de trabajo y capacitación del talento humano.	Artículos 51, 53 y 55	En los cargos de dirección, conducción y orientación institucional, incluido el director o gerente y jefe de oficina de control interno, de gestión o quien haga sus veces serán nombrados mediante cargos de libre nombramiento y remoción, entregando la dirección de los hospitales al político de turno. “Para mantener controlado el gasto en salud, y al mismo tiempo poder garantizar el margen de rentabilidad a todos los agentes económicos, en este proyecto de ley, impulsado desde el Gobierno, una vez más se ha decidido sacrificar a los trabajadores de la salud, convirtiéndolos en mercancía de rápida circulación o mercancía desechable en cualquier momento. (Las mercancías de mayor valor, como vehículos o viviendas suelen incorporar arreglos fijos y más duraderos en el tiempo en términos de beneficios, garantías y compromisos de pagos). Al volver a los “servidores de salud”, que así los denomina el proyecto, simples mercancías de libre circulación, recursos unilateralmente descartables, trabajadores sin derecho a estabilidad laboral, contratables por días, semanas o meses, de acuerdo a la conveniencia de los negocios de prestación, se sitúa al personal asistencial de salud, profesional y no profesional, en la categoría de las posiciones socio-ocupacionales más bajas de la sociedad colombiana), la que hoy ocupan los trabajadores de la construcción o los jornaleros agrícolas, que no cuentan con estabilidad laboral, y por tanto tampoco con garantía de estabilidad del ingreso familiar y las protecciones sociales que hoy consideramos derechos de ciudadanía, ligados en nuestro país a los contratos formales de trabajo. La ausencia de estabilidad laboral se traduce en una verdadera condena en la economía de mercado, que expone al trabajador al riesgo permanente de la pérdida del ingreso, lo fuerza a mayor sometimiento al patrón y le resta autonomía o dignidad del trabajador. La falta de seguridad del ingreso, por otra parte, impedirá a las familias de los llamados “servidores de salud” comprometerse en inversiones de largo plazo. Ello sin mencionar las pocas posibilidades de acceso al crédito que tienen en el sistema financiero los trabajadores sin contratos estables. Es necesario entender, honorables Senadores, que el deterioro de la condición laboral de los trabajadores de la salud ha sido permanente desde la expedición de la Ley 100 y este deterioro, que ahora pretenden profundizar, aleja a estos servidores de la definición de trabajo decente de la OIT y hace parte de la crisis del Sistema, por cuanto acaba afectando la calidad de los servicios”¹³.
	Artículo 47 inc. 2°	Se habla de la posibilidad de acceder a los beneficios de los residentes de PSS públicas para quienes vinculados en calidad de residentes en el sector privado no cuenten vínculo laboral, en vez de exigir a las prestadoras privadas la responsabilidad inmediata por un trato igualitario para quienes opten por residencias en cualquiera de los dos sectores. “(...) mientras los residentes de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas no cuenten con vínculo laboral, puedan participar como beneficiarios del programa”. Casilla incorporada de acuerdo con la lectura del Capítulo VII incorporado en el texto definitivo del proyecto.
Facultad de Otorgamiento de título de posgrado	Artículo 45	El párrafo del artículo 45, que faculta a los hospitales universitarios y clínicas que se encuentren debidamente acreditados por parte del Ministerio de Salud, para ofrecer formación de posgrado y titular a sus estudiantes en las áreas de las ciencias de la salud que determine el Gobierno Nacional, parece enormemente riesgoso y contradice la normatividad legal propia del sector educativo¹⁴.

13 Carta Abierta Comisión Séptima Senado de la República, Fedesalud, Bogotá. Agosto 13 de 2013

14 Ibíd.

TEMÁTICA	ARTÍCULO	OBSERVACIONES
Vinculación Laboral a las Empresas Sociales del Estado (ESE)	Artículo 51	El artículo 51 vulnera los derechos de los trabajadores al implementar esta nueva clasificación, omitiendo los fallos de la Corte Constitucional y las recomendaciones de la OIT, tal y como lo expondremos a continuación: • Al dejar los cargos de Dirección, conducción y orientación bajo esta modalidad contractual (Nombramiento por gobernadores y Alcaldes), abre la puerta a la corrupción, en la medida en que estos cargos se convertirán en prebendas de los partidos políticos; retrocediendo en los desarrollos legales, dado que por lo menos la legislación actual prevé que estos cargos sean vinculados por mérito y por máximo dos periodos.
	Artículos 51, 52 y 55	En estos artículos se contempla la creación de una nueva categoría de empleados públicos, que atenta contra la estabilidad laboral de por lo menos el “80% de los trabajadores requeridos en las instituciones prestadoras de servicios de salud” (Carta Junta Directiva Nacional ANTHOC, Agosto de 2013). Lo que se traduce en el carácter temporal de una función permanente e inherente al sistema de salud, la función asistencial. Adicionalmente, este articulado trae implícita la vulneración al principio constitucional de la carrera administrativa que se constituye como regla general para proveer los empleos del sector público (Artículo 125 CPC y Sentencia T-656/11), y garantiza la idoneidad de los funcionarios y la continuidad de los mismos de acuerdo con la calidad en la prestación del servicio. Considerando estos elementos, es posible concluir que la creación de esta nueva categoría encierra problemas que van desde la afectación al orden legal desarrollado para proveer de manera meritosa los empleos del sector público; hasta la estabilidad y formalización laboral, que por las actividades desarrolladas en el sector salud, involucran un carácter de permanencia y esencialidad de la función. En síntesis, “el carácter de actividades o funciones temporales que se le quiere dar a los <i>Servidores de la Salud</i>, en cualquier momento se puede utilizar para dar lugar a contratos de prestación de servicios, intermediarios laborales y a operadores externos” (Carta Junta Directiva Nacional ANTHOC, Agosto de 2013), contradiciendo así los pronunciamientos de la Corte Constitucional que se refieren a la materia (Sentencias C-171/12 y C-614/09), lo anterior, teniendo en cuenta el numeral 3 del artículo 52, donde se señala que “los empleos de los servidores de la salud se proveerán mediante resolución”, la que contará con las siguientes características: a. El tiempo de la vinculación; b. La descripción de las funciones de acuerdo con la actividad o proyecto a desarrollar; c. La apropiación y disponibilidad presupuestal para cubrir el pago de salarios y prestaciones sociales; que analizada, resultan similares a las definidas para el contrato de prestación de servicios. (Sentencia C-154/97 <i>Características de los Contratos de Prestación de Servicios</i>). El problema se concreta en que con la creación de la categoría de “<i>Servidores de la Salud</i>”, se excluye injustificadamente a los trabajadores que cumplen funciones asistenciales en salud del régimen de carrera, contradiciendo lo establecido por la Corte Constitucional, que plantea como única excepción a la regla general la existencia de empleos de libre nombramiento y remoción, para desempeñar funciones de dirección, orientación y conducción (Sentencia C – 368/99). Con esta situación se consolida una “inseguridad jurídica e inestabilidad no solo de los trabajadores, sino también para las instituciones” (Carta Junta Directiva Nacional ANTHOC, Agosto de 2013).

TEMÁTICA	ARTÍCULO	OBSERVACIONES
Vinculación Laboral a las Empresas Sociales del Estado (ESE)	Artículo 53 inc. 2° y artículo 54	Además de que, como ya se señaló, es problemática la nueva categoría de “ <i>Servidores de la salud</i> ”; resulta cuestionable el hecho de que el proyecto no establezca ni siquiera los criterios mínimos en virtud de los cuales el Gobierno Nacional debe implementar la nomenclatura de empleos que les sería aplicable. Ni tampoco se pronuncie sobre el Régimen de Administración de Personal para esta nueva categoría.
	Artículo 53 Parágrafo	Al eliminar la categoría de trabajadores oficiales se está obligando a los trabajadores a renunciar a sus derechos adquiridos y las convenciones colectivas, al momento de ser vinculados al régimen de carrera y con ello se desconoce la protección laboral derivada del Código Sustantivo del trabajo.
	Artículo 59 Parágrafo	Este parágrafo limita el servicio de horas extra a la existencia de disponibilidad presupuestal, y aunque este es un factor importante, no puede ser el criterio empleado para limitar la prestación de un servicio de salud de calidad; siempre que corresponde a la categoría de derecho fundamental tal y como lo señala la Corte Constitucional en su jurisprudencia (Sentencia C-760/98).
	Artículo 67	En este punto, es recurrente la crítica de los sectores sociales interesados, acerca de lo perjudicial que resulta la <i>no exclusividad</i> de los servidores del sector salud, ya que no solo se erosiona la idea de una jornada laboral en un lugar único de trabajo en condiciones adecuadas y dignas, sino que también se pone en riesgo la calidad del servicio. Lo anterior en el entendido de que con este tipo de vinculación, los trabajadores se verán obligados a tener varios tipos de contrato de la misma naturaleza.

Acorde con lo expuesto hasta aquí en esta ponencia y siendo coherentes con la demanda generalizada de una reforma estructural del Sistema de Salud de “competencia regulada” implementado por la Ley 100 de 1993; no es procedente solicitar cambios aislados al proyecto de ley número 210 de 2013 y sus acumulados presentado por el Gobierno y aprobado por sus congresistas de la unidad nacional, cuyo contenido se está en completo desacuerdo pues el mismo está orientado, como lo reconoce su tenor literal, a redefinir el sistema actual de seguridad social, y diseñado en su conjunto a profundizar en la privatización del servicio, la intermediación financiera y la mercantilización del derecho fundamental a la salud.

Para poner fin a esto y materializar el derecho fundamental a la salud se requiere un cambio de fondo en el modelo de salud colombiano, el cual estaba dirigido de manera consciente, armónica e integral en el Proyecto de ley ordinaria 233 de 2013 de iniciativa civil y refrendado por múltiples congresistas, que encierra en términos generales lo que consideramos debe ser la Seguridad Social en Salud en el país. Por ello, en este informe de ponencia, al no ser tenido en cuenta el texto propuesto por la sociedad civil se solicita se archive el presente texto.

PROPOSICIÓN

De acuerdo con las anteriores consideraciones, me permito rendir **ponencia negativa** para segundo debate y en consecuencia solicitarle a la Honorable Plenaria del Senado de la República, **archivar el Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se**

dictan otras disposiciones, y sus acumulados los Proyecto de ley número 233 de 2013 Senado y 51 de 2012 Senado, toda vez que el texto aprobado en primer debate no representa un cambio estructural, por el contrario solo redefine el sistema actual de seguridad social, el cual está diseñado en su conjunto a profundizar en la privatización del servicio, la intermediación financiera y la mercantilización del derecho fundamental a la salud.

Atentamente,

Gloria Inés Ramírez Ríos,

Senadora de la República elegida por el PDA.

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO
DE LA REPÚBLICA

Bogotá D. C., a los dos (2) días del mes de septiembre año dos mil trece (2013). En la presente fecha se autoriza la **publicación en la Gaceta del Congreso**, el Informe de ponencia para segundo debate, en cincuenta y seis (56) folios, **al Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado, por medio del cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones y sus acumulados el Proyecto de ley número 51 de 2012 Senado, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y el Proyecto de ley número 233 de 2013 Senado, por la cual se crea el sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud.** Autoría del **Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado** (Ministerio de la Salud y de la Protección Social -doctor Alejandro Gaviria Uribe). Proyecto de ley número 51 de 2012 Senado (honorables Senadores Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Edinson Delgado Ruiz) y **Proyecto**

de ley número 233 de 2013 Senado (honorables Senadores Luis Carlos Avellaneda, Gloria Inés Ramírez, Juan Manuel Galán, Camilo Romero, Alexander López, Parmenio Cuéllar, John Sudarsky, Jorge Guevara, Juan Fernando Cristo, Germán Carlosama, Carlos Alberto Baena y honorable Representante Iván Cepeda Castro, Germán Navas Talero, **Ángela** María Robledo, José Joaquín Camelo, Gloria Stella Díaz, Alba Luz Pinilla, Hugo Velásquez).

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

NOTA SECRETARIAL

El presente informe de ponencia para segundo debate Senado, que se ordena publicar, con proposición (**archivo**), está refrendado por el honorable Senador Mauricio Ernesto Ospina Gómez (Coordinador), en su calidad de ponente. Los honorables Senadores Antonio José Correa Jiménez (Coordinador), Edinson Delgado Ruiz (Coordinador), Gabriel Zapata Correa (Coordinador), Jorge Eliécer Ballesteros Bernier (Coordinador), Teresita García Romero, Germán Carlosama López, Gloria Inés Ramírez Ríos, Guillermo Antonio Santos Marín (Coordinador) y el honorable Senador Rodrigo Romero Hernández, actúa como ponente para segundo debate en reemplazo de la honorable Senadora Gilma Jiménez Gómez (Fallecida), Claudia

Jeanneth Wilches Sarmiento, Astrid Sanchez Montes de Oca y Liliana María Rendón Roldán, no refrendaron este informe que se ordena publicar.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

CONTENIDO

Gaceta número 671 - martes 3 de septiembre de 2013

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

Págs.

Ponencia para segundo debate senado a los proyectos de leyes 210 de 2013 senado, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y sus acumulados el proyecto de ley número 51 de 2012 Senado por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y el proyecto de ley número 233 de 2013 Senado por la cual se crea el sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud.....	1
Informe de ponencia segundo debate al proyecto de ley número 210 de 2013 senado, por medio de la cual se redefine el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones y sus acumulados los proyecto de ley número 233 de 2013 senado y 051 de 2012 senado.....	14

