



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° 956

Bogotá, D. C., lunes, 25 de noviembre de 2013

EDICIÓN DE 32 PÁGINAS

DIRECTORES:

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

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 147 DE 2013 CÁMARA, 210 DE 2013 SENADO, Y SUS ACUMULADOS LOS PROYECTOS DE LEY 233 DE 2013 SENADO Y 051 DE 2012 SENADO

por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

El informe de ponencia que presentamos tiene como objetivo hacer un análisis del texto definitivo aprobado en la Plenaria del Senado de la República del proyecto de ley en cuestión.

Para el desarrollo de dicho análisis este Informe se encuentra organizado en cinco partes: en el primer punto, presentamos unas consideraciones iniciales, mediante las cuales se hace un recuento de los proyectos presentados y acumulados, descripción general del Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado, una breve contextualización general y repaso de lo que ha pasado en la normatividad del sector salud; en el segundo punto, hacemos algunas observaciones al Proyecto de Ley Estatutaria número 209 de 2013 Senado, 267 de 2013 Cámara, como antecedente fundamental de la presente Reforma Ordinaria a la Salud; en el tercer punto, hacemos un repaso de los temas críticos que a nuestro parecer contiene el presente proyecto de ley ordinaria; en cuarto lugar, presentamos resumen de las principales observaciones que tenemos frente a cada uno de los artículos del texto definitivo de la plenaria del Senado; en el quinto punto, hacemos un relato de los principales análisis realizados por los actores centrales del sistema; y como sexto punto se encuentra la conclusión final del Informe.

1. CONSIDERACIONES INICIALES

Presentación de los proyectos de ley

• **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.*

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

No. 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 de 2012.

• **Proyecto de ley número 233 de 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 Cuéllar, John Sudarsky, Jorge Guevara, Juan Fernando Cristo, Germán Carlosama, Carlos Alberto Baena,* y honorables Representantes *Iván Cepeda Castro, Germán 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 de 2013.

• **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.*

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

Trámite de los proyectos

A instancias del Senado se realizaron cerca de 12 audiencias públicas y algunos foros en diferentes ciudades. Primer debate en la Comisión Séptima de 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 233 de 2013 y 051 de 2012 Senado se presentó un informe de ponencia para primer debate mayoritaria de 90 artículos que fue radicado el 29 de mayo de 2013, suscrita por los honorables Senadores Antonio José Correa Jiménez, Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento, Édinson Delgado Ruiz, Astrid Sánchez Montes de Oca, Gabriel Zapata Correa, Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Teresita García Romero y Guillermo Antonio Santos Marín (*Gaceta del Congreso* número 336 de 2013). La honorable Senadora Gilma Jiménez Gómez, mediante escrito del 5 de junio de 2013, se adhirió a esta ponencia mayoritaria. Otro Informe de Ponencia Minoritaria suscrito por la Senadora Gloria Inés Ramírez fue radicada el 30 de mayo de 2013 (*Gaceta del Congreso* número 350 de 2013); finalmente un Informe de Ponencia Negativa suscrito por el honorable Senador Mauricio Ernesto Ospina Gómez fue radicada el 29 de mayo de 2013 (*Gaceta del Congreso* número 346 de 2013) y también se radicó una Proposición de aplazamiento de la discusión y aprobación del articulado para la próxima legislatura presentada por la honorable Senadora Liliana María Rendón Roldán. La discusión y votación del articulado, título y decisiones de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República se realizó durante las sesiones de los días 11, 12 y 13 de junio de 2013, según Actas números 31, 32 y 33, respectivamente.

Para segundo debate en la Plenaria de Senado: Se presentó un informe de ponencia mayoritaria de 92 artículos que fue radicado y autorizada su publicación el 29 de agosto de 2013 y suscrita por los honorables Senadores: Antonio José Correa Jiménez (Coordinador), Édinson Delgado Ruiz (Coordinador), Gabriel Zapata Correa (Coordinador), Jorge Eliécer Ballesteros Bernier (Coordinador), Teresita García Romero, Germán Carlosama López, 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), en su calidad de ponentes (*Gaceta del Congreso* número 654 de 2013). Dos informes de ponencia negativa, uno suscrito por el honorable Senador Mauricio Ernesto Ospina Gómez y otro suscrito por la honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos radicados y autorizados en su publicación el 2 de septiembre de 2013 (*Gaceta del Congreso* número 671 de 2013). Los debates y aprobación se surtieron los días 15 y 16 de octubre. El texto aprobado en la Plenaria de Senado fue publicado en la *Gaceta del Congreso* número 863 de 2013.

Posteriormente con carta de fecha 6 de noviembre de 2013 fueron nombrados ponentes todos los miembros de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes. El 7 de noviembre se realizó foro sobre el proyecto en Tunja. El 14 de noviembre se realizaron foros en Armenia y Pereira, y el 15 de noviembre en Manizales.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO DE LEY ORDINARIA NÚMERO 210 DE 2013 SENADO

El proyecto de ley aprobado en sesión Plenaria del Senado de la República, los días 15 y 16 de octubre de 2013, tiene por objeto “Redefinir el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el propósito de garantizar la **efectividad** del derecho fundamental a la salud. Establece los principios del Sistema, los instrumentos para la gestión de la salud pública y la atención primaria en salud, el marco a partir del cual se regulan los beneficios en salud, la operación, gestión y administración de la prestación de los servicios, el manejo unificado de los recursos en salud a través de la creación de una entidad de naturaleza especial, algunos procedimientos de inspección, vigilancia y control, el fortalecimiento de la gestión del talento humano en salud, revestir de facultades extraordinarias al Presidente de la República para que expida el régimen laboral aplicable a los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado (ESE) y un régimen de transición para la aplicación de lo dispuesto en la presente ley”¹.

Según el Ministro de Salud, la reforma supera las barreras de acceso a los servicios de salud y las fallas en la promoción y prevención; igualmente, la falta de pago oportuno a los prestadores de servicios de salud y las fallas generalizadas en las Empresas Promotoras de salud; el uso inadecuado de los recursos por corrupción e ineficiencia; la atención deficiente en las zonas especiales (dificultades de acceso para minorías étnicas y habitantes de zonas dispersas); y, la pérdida de legitimidad del sistema.

Así mismo advierte el Ministro, que la reforma tiene como objetivos reducir las barreras de acceso a medicamentos y servicios de salud, garantizar una mayor calidad y continuidad en los servicios recuperar la legitimidad del sistema y la confianza entre los actores, reducir la intermediación financiera que no genera valor, disminuir la corrupción y garantizar una mejor regulación y supervisión y mantener los logros alcanzados en protección financiera y cobertura.

El proyecto de ley radicado consta de 11 capítulos y 98 artículos, distribuidos así:

En el primer capítulo se define el objeto de la ley, su ámbito de aplicación. Los objetivos, las características y evaluación del sistema, así como los principios que lo regirán.

En el segundo capítulo se establece la Salud Pública y Atención Primaria en Salud, la planeación en salud pública y las estrategias de atención primaria en salud e Investigación, innovación y desarrollo tecnológico para la salud.

¹ Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado y sus acumulados números 233 de 2013 y 051 de 2012 Senado, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

En el tercer capítulo se establece la creación de una Entidad del nivel descentralizado del orden nacional, de naturaleza especial, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y presupuestal y patrimonio independiente, denominada Unidad de Gestión “Salud Mía”, la cual será parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En el capítulo cuarto, se establece el Plan de Beneficios Individual “Mi Plan”, el cual incorporará los servicios y tecnologías de salud que hagan parte del núcleo esencial del derecho a la salud, que sean financiables con recursos del Sistema (subrayado nuestro), y requeridos para la promoción de la salud, la prevención, atención y paliación de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas.

El capítulo quinto establece la atención individual y redes de prestación de servicios de salud.

El capítulo sexto establece los Gestores de servicios de salud, las cuales son personas jurídicas de carácter público, privado o mixto, vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud y responsables de operar una red de prestadores de servicios de salud dentro de una Área de Gestión Sanitaria para garantizar las prestaciones individuales de “Mi Plan”.

El séptimo capítulo relacionado con la formación y ejercicio del talento humano en salud, hace referencia a la titulación de especializaciones médicas y quirúrgicas en medicina, a los programas de formación en el área de la salud, a la residencia médica, a los Contratos de práctica formativa para residencia médica, a las Causales de terminación del contrato de práctica formativa para residencia médica, a la cofinanciación del apoyo de sostenimiento educativo mensual, al reporte de residentes ante el Sistema de Información del Registro Único Nacional de Talento Humano y a los hospitales Universitarios, entre otros.

El capítulo octavo trata de la Inspección, vigilancia y control, de la naturaleza jurídica de las medidas especiales, de la toma de posesión y de los procesos sancionatorios de la Superintendencia Nacional de Salud, del Objeto, finalidades y causales de la toma de posesión, de las Modalidades y duración de la toma de posesión, de los Procedimientos de la toma de posesión, de las Modalidades del procedimiento administrativo sancionatorio, de las Sanciones, del Reporte de información, del Financiamiento del ejercicio de funciones de Inspección y la Vigilancia y del Control por parte de las Entidades Territoriales.

El capítulo noveno está relacionado con la atención preferente y diferencial para la infancia y la adolescencia.

El capítulo diez establece las disposiciones transitorias.

Finalmente el capítulo once disposiciones finales.

a) Contextualización

La salud en Colombia está actualmente saturada de normas, entre ellas leyes que no han sido en su totalidad reglamentadas, también hay gran desinformación de los usuarios por parte de diversos sectores que tienen esa obligación, la inversión de dinero en el sector no ha generado prevención de la enfermedad ni mejoría de la calidad de vida de las personas en relación con su salud; se abusó de los recursos públicos por la perversión de intereses que se han fil-

trado en el sistema completamente. El sistema actual cuenta con la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011, entre otras leyes.

Por ello, las preguntas que debemos hacernos son: ¿Seguimos con el sistema que tenemos, le aplicamos correctivos o cambiamos el Sistema?, ¿por qué nos empeñamos en que necesitamos intermediarios para proteger la salud?, ¿cómo debe operar el sistema para que sea más eficiente y garantice realmente la salud de los colombianos?

El pedido de gran parte de nuestra sociedad, es que el sistema debe cambiarse por un sistema que elimine la intermediación financiera, la integración vertical y cree herramientas necesarias para la prestación del servicio, desde una rectoría fortalecida, un sistema descentralizado, con enfoque de salud pública, atención primaria y que prevenga enfermedades. Que dé paso a un modelo más saludable que tome la salud como un derecho y no como un simple negocio de unos pocos, un sistema unificado financieramente y descentralizado por regiones y lugares de acuerdo a su necesidad, donde se modifique la forma de recaudo en el sistema, etc. De allí que se tenga que comprender cuáles han sido las venas rotas del sistema de salud.

Las venas rotas del sistema de salud

Este Sistema de salud tiene 3 principales problemas que impiden el acceso de la población, los cuales son:

- a) La intermediación financiera del sistema;
- b) La debilidad en la rectoría del sistema por parte del Estado;
- c) La existencia de las EPS, que han convertido la salud en un negocio y no en un derecho.

a) *La intermediación financiera del sistema*

La intermediación financiera por parte de las EPS ha generado costos de transacción muy altos, sin generar valor agregado. No hay calidad en las reglas, no hay satisfacción del servicio, el sistema es eficiente para las EPS pero ineficaz para las personas, es decir, genera ganancias al privado pero no atiende ni presta el servicio desde la calidad y la oportunidad al paciente.

- La prevención y promoción en salud que debería prestarse por cada EPS no se realiza en la mayoría de los casos, porque no se implementa ni se le hace seguimiento por parte de los entes de control. Se abandonó adicionalmente la salud pública por parte del Estado, que se centró en un sistema de prestación del servicio, tanto que se desconocen los efectos que tiene actualmente esta área.

- Se suma la integración vertical en el sistema por parte del sector privado, en la que manejan costos del POS a costa de la calidad y oportunidad de la prestación, en las que contratan con sus IPS a precios muy altos, mientras que con el sector público contratan a precios muy bajos y pagan tardíamente, hechos que han generado barreras y complicado el acceso al servicio y la estabilidad de la Red Pública.

- La Ley 100 de 1993 trataba de mejorar el primer nivel de atención, que no se ha desarrollado por el paupérrimo acceso que existe. Además fracasó el manejo y cálculo de la UPC, porque no responde a la realidad de la salud en Colombia.

b) *La debilidad en la rectoría del sistema por parte del Estado*

La falta de rectoría del sistema se evidencia en la ausencia de inspección, vigilancia y control que se requiere actualmente en este sistema perverso, no hay una intervención eficaz del Estado, ni eficiente y real de sus entes para atender las problemáticas, por lo que se han generado daños a la salud de colombianos, se ha perdido el rumbo de la función social del Estado, en la que se desprende de la garantía directa del derecho a la salud; recentralización de la salud, sin tener en cuenta las regiones y su idiosincrasia.

Frente a la debilidad del Estado, se han escuchado varias denuncias entre las que se pueden destacar las siguientes:

- Algunos altos funcionarios de Saludcoop EPS según las investigaciones, presuntamente desviaron recursos del sistema de salud para inversiones en activos y otros asuntos diferentes de la salud de sus afiliados. (Investigaciones de la Contraloría General de la Nación/Procesos Disciplinarios adelantados por la Procuraduría General de la República)².

- EPS que hacen parte de ACEMI, fueron sancionadas por parte de la Superintendencia de Industria y Comercio por el caso del Cartel de los Medicamentos³. (La Silla Vacía- Juanita León/Investigaciones SIC).

- Pero este efecto dominó tiene otro componente, los medicamentos, su desregularización, que extrañamente sucedió en el mismo año que aumentaron los recobros con la circular número 004 de 2006⁴ por la Comisión de Regulación de Medicamentos.

- Ahora, donde dejamos la judicialización de la prestación del servicio, a la Corte ingresa un porcentaje entre 1.620-1.980 tutelas para revisión por día, en las que según la defensoría del pueblo alrededor del 65%⁵ de las tutelas sobre salud reclaman servicios incluidos en el POS. Esto sólo demuestra una vigilancia, control y regulación débil, que no es capaz de sancionar de manera eficaz y eficiente a todas las EPS que hacen que el sistema colapse, o que no da los medicamentos a tiempo, poniendo la salud, la vida, la integridad de las personas y demás derechos en riesgo. Que se debe a la debilidad institucional de un Ministerio y de la incompetente e ineficiente Superintendencia de Salud que no trabaja en la inspección, vigilancia y control.

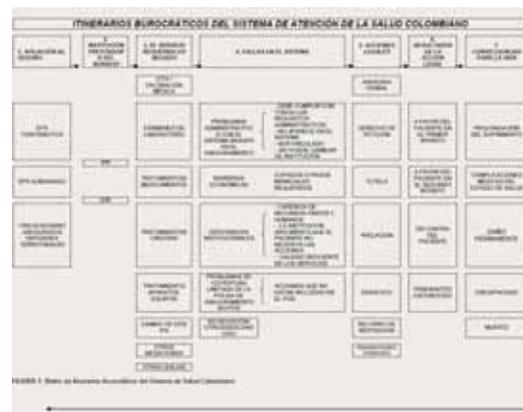
- "...a pesar de que el POS se ha actualizado en los últimos años incluyendo más tecnologías en Salud como consecuencia de la orden emitida por la honorable Corte Constitucional en su Sentencia T-760 de 2008, también es cierto que han aumentado las solicitudes en las tutelas por estos contenidos"⁶.

Solicitudes más frecuentes en las tutelas interpuestas por el derecho a la salud en el año 2012:

Tratamientos	60.084
Medicamentos	41.086
citas médicas especializadas	28.072
Cirugías	23.522
prótesis, órtesis e insumos médicos	16.840
imágenes diagnosticas	15.870
exámenes paraclínicos	12.632
Procedimientos	2.439
otras relacionadas con el sistema	29.157
Otras	4.155
Total solicitudes	114.313

Teniendo en cuenta lo anterior, se encontró que en 2012, las solicitudes se incrementaron en un 3,14% respecto del año anterior. Las más frecuentes fueron las solicitudes por tratamientos, los cuales constituyeron el 25,69% del total, teniendo un incremento del 8,82% respecto del año anterior, seguida de medicamentos (17.57%) y citas médicas (12%)⁷.

Sumado a la debilidad institucional, está la complejidad del sistema que se puede evidenciar en la siguiente matriz:



Fuente: Abadía C, Oviedo D. Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care system. *Social Science & Medicine*, (68) 2009: 1163 - 1160

c) *La existencia de las EPS o intermediarios, que han convertido la salud en un negocio, desconociendo que es un derecho*

Frente a la universalidad del sistema, se tiene un grueso número de afiliados con una dudosa cobertura por parte del sistema, pero se paga una UPC por cada uno de los afiliados a las EPS públicas, privadas o mixtas. Sin embargo, los órdenes médicos, los procedimientos se niegan o se “restringen” por parte de las EPS en algunos casos para aumentar sus ganancias y en otros para desviar los recursos, según lo ha manifestado los entes de control.

Hoy día tenemos niños indígenas en Barrancominas que se mueren de hambre, donde no hay tratamientos médicos cercanos⁸; tenemos en el Amazonas zonas donde no cuentan con un médico o enfermera, donde los indígenas se mueren por inanición donde existe la mayor mortalidad materna, de 374,3 por

2 Caracol Radio. Detrimiento en Saludcoop fue de \$1,4 billones: Contraloría. Ver link: <http://www.caracol.com.co/noticias/judicial/detrimento-en-saludcoop-fue-de-14-billones-contraloria/20131113/nota/2015209.aspx>

3 La Silla Vacía-Juanita León. El ‘Consenso de Acemi’: el acuerdo de las EPS para negar servicios de salud. Ver link: <http://lasillavacia.com/historia/el-consenso-de-acemi-el-acuerdo-de-las-eps-para-negar-servicios-de-salud-23528>

4 Ver link: http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/11/salud/c04_06.pdf

5 La tutela y el derecho a la salud 2012. Defensoría del Pueblo, Pág. 202, Tabla 39.

6 Ibídem, Pág. 200.

7 Defensoría del Pueblo, informe: La tutela y el derecho a la salud 2012: 181, Tabla 28.

8 Denuncias recibidas en la oficina de la Representante a la Cámara Ángela Robledo.

100.000 nacidos vivos⁹ (estudios entre 2006-2009); tenemos el caso del señor Chiquiza¹⁰ que hace unos meses se murió en su EPS por trámites administrativos, no lo remitieron a tiempo para que le realizaran una diálisis. Otro caso de tantos, es el de Rosa Elvira Celys¹¹, que murió de forma dramática, después de luchar por su vida, y quien también fue víctima del paseo de la muerte.

Otro aspecto que se debe resaltar es la precarización del trabajo en el sector de la salud, condiciones irregulares de contratación, malos salarios y precarización de las condiciones laborales de los trabajadores del sistema. Los médicos en ocasiones son víctimas por un sistema que los maltrata, no les respeta la autonomía y se centra en la contención de costos.

Adicionalmente, la inexistencia de un sistema de información único en salud, genera incertidumbre sobre la prestación, efectividad y transparencia en el sistema de salud.

Todo lo anterior, ha hecho que sea cada día más perverso el sistema de salud actual y que no se garantice a los colombianos el derecho fundamental a la salud.

b) Leyes en materia de salud

Desde que se promulgó la Ley 100 de 1993 el país ha venido debatiendo las virtudes y deficiencias del Sistema General de Seguridad Social en Salud; del modelo de aseguramiento con cada vez mayor participación del sector privado; de las funciones que han cumplido las EPS respecto a si son aseguradoras y gestoras del riesgo de enfermar y morir de su población afiliada, o si son administradoras de unos recursos públicos, o si en la práctica son simples intermediarias que no han agregado valor al proceso¹².

Con la Ley 100 de 1993 se buscaba ampliar la cobertura a las personas de menores recursos y darle sostenibilidad financiera al sistema, no obstante muy poco tiempo transcurrió para darse cuenta que la reforma a la salud planteada por dicha norma, no cumplía con su fin primordial y, por el contrario, dejaba entrever que la salud terminaba convertida en un jugoso negocio para pocos y en la pésima o nula atención para la gran mayoría de beneficiarios.

Tres intentos de ajustes a la Ley 100, buscaron mejorar la prestación del servicio de salud a la población colombiana. En 2007, mediante la Ley 1122, se le asignó a la Comisión de Regulación en Salud (CREs) la responsabilidad de definir y actualizar los planes de beneficios. En 2009, durante la administración de Álvaro Uribe, el Ministerio de Protección Social declaró el estado de emergencia social mediante el Decreto 4975, con el cual buscaba proveer de nuevos recursos al sector. Esta disposición fue declarada inexecutable por la Corte Constitucional, lo cual hizo más urgente la necesidad de una reforma estructural al sistema. Recientemente, en 2011 fue

sancionada la Ley 1438 con el objeto de fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a través de un modelo de prestación del servicio que, en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, permitiera una acción coordinada entre el Estado, las Instituciones y la Sociedad, cuyo fin era mejorar el sector, crear un ambiente sano y saludable que brinde servicios de mayor calidad, y hacerlo incluyente y equitativo¹³.

Según informe de la Defensoría del Pueblo entre el 2003 y el 2005 se registraron 60.000 tutelas anuales, la mayoría reclamando el derecho a la vida (36,5%), a la salud (35,9%), y de petición (36,4%). También evidenció que Bogotá, Antioquia, Valle, Atlántico y Santander originaron el mayor número de requerimientos (67%). A Bogotá le corresponde la mayor participación, con 25,4%, dada la población que se encuentra en la Capital del País que sobrepasa los ocho millones de habitantes.

El informe señala además que en el año 2005, más de la tercera parte de las acciones de tutela interpuestas en el país (un total de 81.017), demandaban el derecho a la salud (36,12%), y se originaban en la negación de servicios, entrega de medicamentos y realización de cirugías; también por falta de oportunidad en citas médicas con especialistas, inadecuada interpretación del manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud, autorizaciones parciales, negligencia de las EPS, entrega de planes de beneficios incompletos y falta de especialistas en algunas regiones¹⁴.

Luego de este estudio, la Defensoría concluye: “la acción de la Tutela para reclamar derechos de Salud se convirtió en un prerrequisito de trámite para las autorizaciones”.

Resultado de esa gran congestión de acciones de tutela, la Corte Constitucional -como máximo tribunal- en la Sentencia T-760 de 2008, llamó la atención al Gobierno Nacional pidiendo una revisión inmediata al sistema actual de salud en Colombia.

En dicha Sentencia el alto tribunal le ordenó a las Entidades competentes adoptar las medidas necesarias para garantizar el oportuno y adecuado servicio de salud a los colombianos.

De acuerdo a lo anterior el Sistema de salud en Colombia requiere un cambio, el sistema colapsó y las soluciones que se están dando para no hacer un cambio estructural como la Ley 1608 de 2013 que permite la compra de carteras de los hospitales, contra EPS ilíquidas, que le deben a estas redes públicas y privadas, según la Superintendencia de Salud alrededor de 14 billones de pesos¹⁵, en la que no se encuentran soluciones reales a los inconvenientes del sistema.

El enfoque actual le da a la salud la idea que responde a las políticas correspondientes del mercado, cuando la lógica constitucional del derecho es la prestación de un derecho a una persona, en la que el Estado vela por su protección desde el servicio. De allí que la propuesta del Proyecto de ley 233 de

⁹ Datos tomados del informe de Colombia realizado por la Organización Panamericana de la Salud. Ver link: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=30&option=com_content

¹⁰ Ver link: <http://www.elspectador.com/opinion/columna-382284-el-senor-chiquiza>

¹¹ Ver link: http://www.eltiempo.com/colombia/bogota/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-11920833.html

¹² La tutela y el derecho a la salud 2012. Defensoría del Pueblo, Pág. 83.

¹³ Revista Claves para el debate Público, Bogotá, Colombia, octubre de 2013, número 60. Pág. 6.

¹⁴ Ibídem pp.6.

¹⁵ <http://www.rcnradio.com/noticias/eps-adeudan-mas-de-14-billones-de-pesos-hospitales-y-clinicas-100250>

2013-Senado era la opción más viable, porque se contaba con un sistema que:

- Debía asumir “el derecho a la salud como condición implícita de la ciudadanía y que no esté ligado a la capacidad de pago. Es decir, el derecho se garantiza por el hecho de ser ciudadano y no por pagar una cotización o por demostrar ser pobre”.

- La creación de un fondo público único (integración de cotizaciones e impuestos).

- La promoción de una administración descentralizada (no necesariamente municipal).

- La creación de un nuevo modelo integral de atención según necesidades desiguales e inequidades acumuladas.

Sin embargo, las propuestas que presentamos junto con diversas organizaciones de la sociedad civil en ese proyecto de ley fueron desestimadas por el Senado.

A continuación nos referiremos a algunos aspectos del Proyecto de Ley Estatutaria número 209 de 2013 Senado, 267 de 2013 Cámara que estimamos importante como antecedente del Proyecto de Ley Ordinaria número 210 de 2013 que se está analizando.

2. Proyecto de ley estatutaria

El 19 de marzo de 2013, el Gobierno radicó el **Proyecto de ley número 209 de 2013**, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, que anunciaba como propósito garantizar el derecho fundamental a la salud, objetivo que quedó muy lejano luego de los debates y del texto aprobado en el Congreso.

Después que cientos de colombianos habían visto desde hace varios años vulnerado su derecho fundamental a la salud por las diferentes negaciones de las prestaciones y las diversas barreras del actual sistema de salud, basado en el interés económico de varios de sus actores para obtener utilidades por encima de los resultados en salud, la esperanza se convirtió en frustración.

El grueso volumen de acciones de tutela en salud presentadas durante los últimos 20 años, han dado cuenta de una crisis estructural en un sistema de salud que cada día vulnera los derechos fundamentales. Por ejemplo en el periodo comprendido entre 1999 y 2012 se presentaron un millón ochenta y nueve mil ochocientos sesenta y cuatro (1.089.864) acciones de tutela cuyo contenido es la salud, según las cifras de la Defensoría del Pueblo¹⁶.

Pero pese a la evidente violación de derechos fundamentales, varios sectores han calificado este fenómeno como la “judicialización de la Salud”, sin aclarar que esa judicialización se ha debido a la negación sistemática de este derecho fundamental y a las trabas propias del modelo, donde lo que está en el Plan Obligatorio de Salud (POS), es decir, lo que incluye el Plan de Beneficios, se ha reclamado en el 70,93%¹⁷ de las tutelas.

En el texto quedó plasmado de manera soterrada la intención, no fue reformar para mejorar el modelo y de esa manera reducir el gran número de demandas, sino cortar por el lado más frágil de la cadena que es el propio paciente, reduciendo el Plan de Be-

neficios que tienen derecho a exigir los colombianos y variar el concepto de integralidad para dejar por fuera de la garantía del núcleo esencial del derecho varias prestaciones, servicios, elementos y medicamentos que durante varios años habían sido objeto de amparo por parte de la Corte Constitucional generando en consecuencia el repudio de las asociaciones de pacientes y la denuncia e indignación por parte de las congresistas suscritas Gloria Stella Díaz, Alba Luz Pinilla y Ángela Robledo.

Algunos aspectos que resaltamos del Proyecto de Ley Estatutaria de Salud (Proyecto de ley número 209 de 2013) porque reduce el alcance actual del derecho fundamental a salud y contradice de manera flagrante líneas establecidas por la jurisprudencia:

• *Contradicción de la regla constitucional frente al alcance del principio de integralidad*

Establece la Sentencia T-760 de 2008: “El principio de integralidad ha sido postulado por la Corte Constitucional ante situaciones en las cuales los servicios de salud requeridos son fraccionados o separados, de tal forma que al interesado la entidad responsable solo le autoriza una parte de lo que debería recibir para recuperar su salud y lo obliga a costearse por sí mismo la otra parte del servicio médico requerido”.

Este principio se ha desarrollado en la jurisprudencia de la Corte Constitucional y se concreta en la atención a los pacientes con un tratamiento completo de acuerdo a lo prescrito por el médico tratante.

Citamos de manera muy breve algún aparte que ha sostenido la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008: “(...) el principio de integralidad no significa que el interesado pueda pedir que se le suministren todos los servicios de salud que desee o estime aconsejables. Es el médico tratante adscrito a la correspondiente EPS el que determina lo que el paciente requiere”.

En ese sentido y desarrollo constitucional, este principio ha generado casos y reglas, como por ejemplo:

La jurisprudencia constitucional, fundándose en la regulación,¹⁸ ha señalado en varias ocasiones que toda persona tiene derecho a acceder a los servicios de salud que requiera, lo cual puede implicar tener derecho a los medios de transporte y gastos

¹⁸ En la Sentencia T-975 de 2006 (MP Humberto Antonio Sierra Porto) la Corte ordenó a una EPS (SaludCoop), entre otras cosas, que autorizará los gastos de transporte y manutención en Bogotá que necesitara una persona residente en Chinchiná, Caldas, para poder recibir un trasplante de riñón. La Corte contempló la eventualidad de que la persona requiriera ir con un acompañante.

En la Sentencia T-350 de 2003 (MP Jaime Córdoba Triviño), una de las principales decisiones dentro de esta línea jurisprudencial, se fundó en el artículo 2º de la Resolución número 5261 de 1994 del Ministerio de Salud (*Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio del Sistema de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud*), en tanto señala que ‘cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con algún servicio requerido, este podrá ser remitido al municipio más cercano que cuente con el (sic). Los gastos de desplazamiento generados en las remisiones serán de responsabilidad del paciente, salvo en los casos de urgencia debidamente certificada o en los pacientes internados que requieran atención complementaria. (...)’.

¹⁶ LA TUTELA Y EL DERECHO A LA SALUD. Defensoría del Pueblo, 2012. Pág 136.

¹⁷ Ibídem.

de estadia para poder recibir la atención requerida” (T-760 de 2008). “E incluso a la manutención cuando el desplazamiento es a un domicilio diferente al de la residencia del paciente, si se carece de la capacidad económica para asumir tales costos.” (T-760 de 2008).

Pero a pesar del desarrollo jurisprudencial y del amparo que la Honorable Corte Constitucional le ha dado a pacientes bajo ciertas condiciones y reglas, el proyecto de ley estatutaria pretende en el artículo 8° limitar aspectos como transporte, manutención, etc., aduciendo que las tecnologías o servicios de salud que se reconocen de manera completa son aquellos directamente relacionados con el tratamiento y el cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico.

Vale la pena resaltar que los aspectos que no son reconocidos como tecnologías o servicios en salud, saldrán del núcleo esencial del derecho y consecuentemente de aprobarse el proyecto de ley estatutaria no serán financiables con recursos del sistema de salud pero tampoco establece con qué recursos serán financiados.

• **Derecho a la salud sometido a la capacidad de pago del paciente**

Ha sostenido sobre la capacidad de pago la Jurisprudencia de la Corte Constitucional (T-760 de 2008):

“Se entiende que una persona carece de capacidad de pago cuando no tiene los recursos para sufragar cierto costo, o cuando se afecta su ‘mínimo vital’ (...) “Como lo ha reiterado en varios casos la jurisprudencia constitucional, el derecho al mínimo vital no es una cuestión ‘cuantitativa’ sino ‘cualitativa’.

“Teniendo en cuenta que el mínimo vital es de carácter cualitativo, no cuantitativo, se ha tutelado el derecho a la salud de personas con un ingreso anual y un patrimonio no insignificante, siempre y cuando el costo del servicio de salud requerido afecte desproporcionadamente la estabilidad económica de la persona”.

Sobre capacidad de pago, son bastantes las sentencias de la Corte Constitucional, donde en términos generales se elimina toda barrera que pueda generar la capacidad de pago de un paciente frente al sistema de salud; igualmente como se transcribió anteriormente el carácter de mínimo vital que se puede afectar con los medicamentos, tratamientos o tecnologías de la salud es Cualitativo.

Sin embargo, en el proyecto de ley estatutaria, se insiste en la capacidad de pago de los pacientes, a tal punto que mantiene el gasto de bolsillo de los pacientes de los servicios y tecnologías que no tengan relación con el tratamiento (transporte, alojamiento, suplementos alimenticios, etc.), y en general se irá incrementando con todo lo que no quede en el núcleo esencial del derecho fundamental a la salud.

Sostenibilidad fiscal

Establece el literal i) del artículo 6° del Proyecto de Ley Estatutaria (Proyecto de ley número 209 de 2013) aprobado por el Congreso:

“Sostenibilidad. El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud,

de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal;”.

Frente a la sostenibilidad fiscal establece el artículo 334 de la Constitución Nacional lo siguiente:

Artículo 334. <Artículo modificado por el artículo 1° del Acto Legislativo 3 de 2011. El nuevo texto es el siguiente:> La dirección general de la economía estará a cargo del Estado. Este intervendrá, por mandato de la ley, en la explotación de los recursos naturales, en el uso del suelo, en la producción, distribución, utilización y consumo de los bienes, y en los servicios públicos y privados, para racionalizar la economía con el fin de conseguir en el plano nacional y territorial, en un marco de sostenibilidad fiscal, el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes, la distribución equitativa de las oportunidades y los beneficios del desarrollo y la preservación de un ambiente sano.

Dicho marco de sostenibilidad fiscal deberá funcionar como instrumento para alcanzar de manera progresiva los objetivos del Estado Social de Derecho. En cualquier caso el gasto público social será prioritario.

El Estado, de manera especial, intervendrá para dar pleno empleo a los recursos humanos y asegurar, de manera progresiva, que todas las personas, en particular las de menores ingresos, tengan acceso efectivo al conjunto de los bienes y servicios básicos.

También para promover la productividad y competitividad y el desarrollo armónico de las regiones.

La sostenibilidad fiscal debe orientar a las Ramas y Órganos del Poder Público, dentro de sus competencias, en un marco de colaboración armónica.

El Procurador General de la Nación o uno de los Ministros del Gobierno, una vez proferida la sentencia por cualquiera de las máximas corporaciones judiciales, podrán solicitar la apertura de un Incidente de Impacto Fiscal, cuyo trámite será obligatorio. Se oirán las explicaciones de los proponentes sobre las consecuencias de la sentencia en las finanzas públicas, así como el plan concreto para su cumplimiento y se decidirá si procede modular, modificar o diferir los efectos de la misma, con el objeto de evitar alteraciones serias de la sostenibilidad fiscal. En ningún caso se afectará el núcleo esencial de los derechos fundamentales. (Subrayado nuestro).

Parágrafo. Al interpretar el presente artículo, bajo ninguna circunstancia, autoridad alguna de naturaleza administrativa, legislativa o judicial, podrá invocar la sostenibilidad fiscal.

Hilando estos artículos tenemos que el derecho fundamental a la salud de los pacientes, quedará sometido a la sostenibilidad fiscal, y más que a ella, a la opinión del Ministro de Hacienda y Salud. Por encima de las necesidades de los pacientes, de los diagnósticos y orientaciones médicas, e incluso de las decisiones de las Altas Cortes, la atención en salud dependerá del juicio del Ministro de Salud, acerca de si una orden de tutela, por ejemplo, respeta o no la sostenibilidad fiscal.

Por iniciativa del Ministerio de Hacienda, que hacen parte esencial de un estado democrático y sobre todo social de derecho,

Así quedó contemplado inicialmente en el texto del proyecto de ley estatutaria de salud y queda ratificado en el proyecto de ley ordinaria.

Esto significa además, que se podrá iniciar el incidente de impacto fiscal que prevé el artículo 334 de la Constitución Nacional, artículo que se pretende regular con el Proyecto de Ley 139 de 2012 Senado, 326 de 2013 Cámara, al que solamente le falta un debate para convertirse en ley, y que generará efectos nocivos para la protección de los pacientes.

No se respetarán derechos adquiridos

Al no incluirse en el articulado la protección de derechos adquiridos de los pacientes, podrán ser vulnerados en los derechos que adquirieron mediante sentencias judiciales o lo reconocido o autorizado por las EPS, lo cual va generar un perjuicio especialmente para los que no pueden interrumpir sus tratamientos como los pacientes trasplantados, los pacientes con cáncer que se les han reconocido prestaciones mediante la acción de tutela o los pacientes con insuficiencia renal crónica, porque al transformarse o liquidarse las EPS tendrán que presentar nuevamente tutelas.

En ninguna parte del proyecto aprobado, quedó la garantía de los derechos adquiridos y por lo tanto, a muchos pacientes se les desconocerán estos derechos con los cambios normativos.

Es lamentable que una norma que pretendía ser garantista se omitan los pacientes con derechos adquiridos. La consecuencia será clara, lo que reconoció el juez de tutela se lo quitarán de un solo tajo con los cambios normativos.

Control de precios de los medicamentos

La regulación de los precios de medicamentos fue abandonada por los gobiernos de turno, el Ministerio puede tener facultades para regular los precios en la cadena, no sólo de producción, sino de distribución de medicamentos, entonces eso no apunta al problema de fondo de los precios de medicamentos.

Los precios de los medicamentos son “monopólicos” y están basados en acuerdos comerciales internacionales que defienden las patentes y monopolios. Lo que resulta absurdo es que las empresas digan que son un monopolio y ponen el precio que quieren y que el Estado, que también es un monopolio comprador, diga bueno, cobren al precio que ustedes quieran.

Un informe del Observatorio de Medicamentos de la Federación permite ver cómo los laboratorios han tenido vía libre, por lo menos en la última década, para imponer los precios de los medicamentos que le comercializan a clínicas y hospitales, pero también los que venden en las farmacias y afectan directamente el bolsillo de los colombianos.

La Federación explica que este panorama es resultado de la política de desregulación del anterior gobierno. “Se implementó un régimen de libertad total que dio vía libre a los laboratorios para fijar los precios a su antojo y a los intermediarios (EPS) para recobrar también con precios exorbitantes.

A pesar de que presentamos (Alba Luz Pinilla y Ángela María Robledo) una proposición que cambiaba el enfoque regulador blando y liberal a un enfoque regulador rígido y garantista del derecho, se acogió una proposición propuesta posteriormente por Simón Gaviria que en el texto inicial contemplaba que votamos un control a los precios de las farmacéuticas, desde una perspectiva plena, infortunadamente en la conciliación los técnicos del Minis-

terio de Hacienda intervinieron para hacerla desde el margen de distribución y comercialización cuando este no refleje condiciones competitivas, es decir sujeto a condiciones del mercado.

Se quiso obstaculizar la acción de tutela

Aunque se ha pretendido negar que con este proyecto de ley estatutaria (Proyecto de ley número 209 de 2013) se crean barreras para la acción de tutela, son varios los argumentos jurídicos que lo demuestran, pero vamos a delinear algunos aspectos que se irán a desarrollar a fondo en el debate.

En primer lugar, en virtud del artículo 15 del Proyecto de ley número 209 de 2013, como esos recursos por mandato de la Constitución Nacional -artículo 48-, son de destinación específica, el juez de tutela no podrá ordenar que lo que se conceda por tutela y que no esté en el núcleo esencial se pague con dineros de la salud.

En segundo lugar, el mismo artículo 15 intenta limitar adicionalmente la autonomía que tiene el juez de tutela para fallar en derecho con las listas de exclusiones. Igualmente sucede con el artículo 8º referente a integralidad con lo que no tenga relación directa con el tratamiento y el objetivo preventivo o terapéutico.

En tercer lugar, en el artículo 16, se crea una instancia de resolución de conflictos de Juntas Médicas en las IPS para resolver conflictos o discrepancias en diagnósticos o alternativas terapéuticas, lo cual va generar obstáculos para interponer una acción de tutela.

Se quiere hacer creer que la acción tutela es la causa de la crisis del sistema, cuando la tutela es la consecuencia de las negaciones permanentes por la crisis.

Muchas de las proposiciones presentadas no fueron discutidas

De las más de 150 proposiciones presentadas -para el debate del proyecto de ley estatutaria- sólo se acogieron 11 por parte de una comisión de veto, que impidió el debate a proposiciones que apuntaban a la discusión e inclusión de elementos sensibles a la garantía del núcleo esencial del derecho a la salud y, orientadas a la satisfacción plena del mismo.

El escenario y el manejo dado al proyecto, no dieron lugar a garantías para el debate, impidiendo el análisis y la revisión de aspectos que afectan de fondo el sistema de salud, dejando en pie la conculcación de los caros derechos que en materia de salud exigen los habitantes de Colombia.

La Contraloría General de la República (CGR) -dándonos la razón- a este respecto señala: “Dicho proyecto no aborda ni resuelve los problemas estructurales del Sistema de salud, descritos en la Sentencia T-760 de 2008, pues ubica su actuar sobre las consecuencias del problema y no sobre sus verdaderos orígenes, citando como ejemplo de los problemas estructurales del Sistema no resueltos por el Estado:

- i) El grave problema DE LA CARTERA IMPAGADA entre diversos actores del sistema, derivado por la no fluidez de recursos dentro del mismo;
- ii) La sobreestimación en el cálculo de la UPC;
- iii) LOS GRAVES PROBLEMAS SOBRE LOS GASTOS DE ADMINISTRACIÓN Y MANEJO IN-

*DEBIDO DE COSTOS y iv) El deficiente control de precios de medicamentos, su inflación y abusos de precios*¹⁹.

Hechas algunas apreciaciones sobre este proyecto, entraremos en materia con las Consideraciones del Proyecto de Ley Ordinaria.

3. Consideraciones del proyecto de ley ordinaria

El proyecto de ley ordinaria considerado tiene como objetivo “redefinir el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el propósito de garantizar la efectividad del derecho fundamental a la salud”, y para ello se propone establecer los “principios del Sistema, los instrumentos para la gestión de la salud pública y la atención primaria en salud, el marco a partir del cual se regulan los beneficios en salud, la operación, gestión y administración de la prestación de los servicios, el manejo unificado de los recursos, en salud a través de la creación de una entidad de naturaleza especial, algunos procedimientos de inspección, vigilancia y control, el fortalecimiento de la gestión del talento humano en salud, el régimen laboral aplicable a los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado (ESE) y su fortalecimiento y un régimen de transición”.

Sin embargo, encontramos que la redefinición propuesta del sistema de salud a través de la presente iniciativa, resultante de la Plenaria del Senado de la República, no corresponde con las necesidades que han llevado a la crisis del sistema actual descrita en la introducción de este informe. Hasta ahora se ha estimado que ante una crisis financiera debemos tener soluciones financieras, pero no se tiene en cuenta que la crisis supera los problemas económicos, la crisis se centra en que las instituciones existentes y la normatividad no tienen credibilidad, operan bajo una lógica de mercado y no garantizan el derecho fundamental a la salud de todos los colombianos.

Lo que vemos con el actual proyecto es que la respuesta del Gobierno Nacional ante la constante violación al derecho a la salud, es tomar decisiones fiscales, de restricción presupuestal y que limitan el derecho fundamental de acuerdo a la capacidad de pago de los usuarios, cuestiones que no fueron modificadas sustancialmente con lo aprobado en la Plenaria del Senado de la República.

Por todo lo anterior, el presente Informe considerará los temas cruciales que nos permiten argumentar la posición frente al actual trámite del proyecto de ley de reforma ordinaria a la Salud. Los temas que se abordarán son los siguientes:

- a) El proyecto de ley ordinaria considera materias de ley estatutaria;
- b) Advertencias sobre el nuevo plan de beneficios;
- c) La sostenibilidad fiscal;
- d) La intermediación financiera o comercial;
- e) La integración vertical;
- f) EPS y Gestoras;
- g) Salud Pública y Atención Primaria en Salud;
- h) Salud Mía y la recentralización;
- j) Participación ciudadana;

k) Deficiencia del sistema de Inspección, Vigilancia y Control; y finalmente;

l) El proyecto de ley ordinaria es completamente delegativo.

a) El proyecto de ley ordinaria considera materias de ley estatutaria

Haciendo un comparativo entre el **Proyecto de Ley Estatutaria número 267 de 2013 de Cámara, 209 de 2013 Senado, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones**, y el **Proyecto de ley número 147 de 2013 Cámara, 210 de 2013 Senado; por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones**, encontramos que en este último se incorporan disposiciones que regulan el derecho fundamental a la salud, cambiando sustancialmente materias que ya fueron definidas por el Congreso de la República en el trámite del primer proyecto relacionado.

Pareciera que a modo preventivo, el Gobierno Nacional, desde el mismo texto de proyecto de ley ordinaria radicado el día 19 de marzo de 2013, incorporó materias que ya habían sido discutidas como son, los principios de universalidad, libre elección, sostenibilidad, el plan de beneficios y los mecanismos de exclusión, atención preferente y diferencial para la infancia y la adolescencia, materias centrales para la garantía del derecho.

Es importante destacar que las materias de ley estatutaria deben hacer trámite de acuerdo a la Constitución en sus artículos 153, 241 y en los artículos 119 y 208 Ley 5ª de 1992, respetando la materia, votación absoluta y trámite en una legislatura, lo cual, primero, puede viciar el trámite de la actual reforma ordinaria y segundo, demuestra la incoherencia del actual proceso.

Finalmente es de resaltar, si el proyecto surte su trámite como ley, que la Corte Constitucional seguramente considerará si la actual reforma ordinaria restringe el derecho fundamental a la salud o no.

b) Advertencias sobre el nuevo plan de beneficios

Mi Plan fue explicado como un plan de servicios, tratamientos y medicamentos que se iba a basar en exclusiones y que tendría todas las enfermedades cubiertas. Y aunque de esto habló el Gobierno, lo mismo se pensaba con el POS, el análisis que se debe hacer es sobre:

i) Cómo se van a hacer las exclusiones e inclusiones de Mi Plan;

ii) y sobre las implicaciones que conlleva no incluir todo lo que es adquirido, por ser lo más adecuado, por medio de la acción de tutela, de los procedimientos no POS.

i) Inclusiones y exclusiones de Mi Plan

En relación con el Plan de Beneficios, el texto del Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado, 147 de 2013 Cámara y acumulados, aprobado por el Honorable Senado de la República sigue la misma senda del artículo 15 del proyecto de ley estatutaria (Proyecto de ley número 209 de 2013) aprobado por el Congreso, donde se prohíbe en este último destinar recursos del sistema de salud para financiar servicios y tecnologías en que se adviertan algunos de los siguientes criterios:

¹⁹ Análisis de la Contraloría General de la República al proyecto de ley ordinaria que reforma la salud. Noviembre 6 de 2013.

a) 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;

b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;

c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;

d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;

e) Que se encuentren en fase de experimentación;

f) Que tengan que ser prestados en el exterior. Siendo todo excluido en términos generales de manera expresa por el Ministerio de Salud si se cumple alguno de estos criterios.

En el texto del Proyecto de ley número 210 de 2013, en los términos del artículo 19, Mi Plan “incorporará los servicios y tecnologías de salud que hagan parte del núcleo esencial del derecho a la salud, que sean financiados con recursos del Sistema,” lo cual excluye lo que cumpla alguno de los criterios antes enunciados que no hacen parte del núcleo esencial del derecho a la salud, pero además descarta lo que no tenga una relación directa con el tratamiento y el cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico, lo cual contradice lo establecido por la Corte Constitucional en diversas sentencias, entre ellas la T-760 de 2008.

En el artículo 20 del texto del Proyecto de ley número 210 de 2013, se establece el Mecanismo de Exclusión de Mi Plan de servicios y tecnologías, donde pese a que se consulten otros sectores, lo que va primar es la decisión del Ministerio de Salud.

Posteriormente, en el artículo 21 del texto del Proyecto de ley número 210 de 2013, viene un Mecanismo de Priorización para “incorporar o no a Mi-Plan los servicios y tecnologías no excluidos”, lo cual hará que se reduzca más el plan de beneficios e incluye dentro del mecanismo en el numeral 5. “La decisión por parte del Ministerio de Salud y Protección Social sobre la incorporación o no de los servicios o tecnologías de salud evaluados, teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos para su financiación.”

Aquellos servicios o tecnologías de salud que no hayan sido incorporados, podrán ser financiados con recursos del Sistema de manera individual y transitoria bajo los precios y condiciones que determine este Ministerio”.

Lo cual significa que la disponibilidad de recursos o la sostenibilidad fiscal será un criterio determinante para que un servicio o una tecnología ingrese a Mi-Plan, contradiciendo los propósitos garantistas del Estado Social de Derecho.

ii) ¿Qué pasa con lo No POS?

Sin embargo, autoriza que los servicios y tecnologías en salud no incorporados en Mi-Plan sean financiados de manera transitoria con recursos del sistema de manera transitoria según las condiciones que imponga el Ministerio de Salud.

Pero lo más inaudito es que en el párrafo 1° del artículo 21, como si el derecho a salud fuese un favor que nos va a reconocer el Gobierno, el Ministerio de Salud va a evaluar la incorporación de servicios y tecnologías en salud de lo recobrado, pero pasados

tres (3) años de aprobada la ley, lo cual podría significar una sentencia de muerte para miles de colombianos que han obtenido medicamentos NO POS a través de los Comités Técnicos Científicos o mediante acciones de tutela y que pertenecen al universo de lo recobrado.

Este es un artículo más que deslegitima este proyecto de ley, pues atenta contra millares de pacientes de alto costo que quedarían en alto riesgo de perecer o desmejorar su calidad de vida y que vulnera el derecho a la vida, a la salud y a la dignidad humana, al quedar sus medicamentos NO POS sometidos a que después de 3 años se vayan a incluir en el plan de beneficios, hecho que no se garantizará necesariamente en ese tiempo, ya que queda al libre albedrío del Ministerio de Salud decidir si los incluye o no.

Como lo han manifestado las asociaciones de pacientes de alto costo, ¿qué pasará con los pacientes de VIH, Cáncer, renales, trasplantados, y demás enfermedades que requieren medicamentos NO POS una vez aprobada esta ley?

El Gobierno deberá entonces explicarle a los colombianos cómo y con qué recursos se van a pagar elementos, prestaciones y servicios que no estén incorporados en Mi-Plan.

En conclusión, Mi-Plan según lo expuesto en el texto aprobado por el Senado del Proyecto de ley número 210 de 2013, será un plan restrictivo y restringido, donde las decisiones van a estar sometidas a si alcanzan o no los recursos, a que sea un paquete de servicios y tecnologías destinados principalmente a atender la enfermedad y no la prevención. Un plan donde no se tiene en cuenta mejorar la calidad de vida de los pacientes ni garantizar su dignidad humana, ni las líneas jurisprudenciales que ha trazado por años la Corte Constitucional. Pero algo muy grave, es que genera un riesgo muy grande para los pacientes que su vida depende de medicamentos NO POS que han obtenido a través de los CTC y de acciones de tutela.

c) La sostenibilidad fiscal

Las bancadas parlamentarias que aprobaron sin mayores reparos una ley que a todas luces cuenta con el rechazo contundente de la academia, de las universidades, de las Sociedades médicas, de las organizaciones de pacientes, de los COPACOS, de las redes de usuarios, de la Red Pública Hospitalaria, de los secretarios de salud, de las organizaciones sindicales del sector salud, en fin, del país hastiado de los pésimos y deficientes servicios de salud, que han llevado a la muerte impune a millones de habitantes, asumieron también como base rectora de la reforma a la salud de los colombianos los impactos económicos que de ella se derivan, pretendiendo sobreponer la sostenibilidad fiscal por encima del derecho fundamental a la salud.

En el proyecto en discusión se evidencia el tema de sostenibilidad en las mismas características básicas del Sistema de Salud, expuestas en el artículo 3°, y en los principios del sistema, en el artículo 5°, el cual dice: “k) *Sostenibilidad. El Sistema financiará, con los recursos destinados por la ley, los servicios y tecnologías en salud y las prestaciones económicas que este reconoce, los cuales deberán tener un flujo efectivo. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal.*” Lo cual indica que habrá restricciones

impredecibles en el acceso a los servicios de salud, ligados al derecho fundamental, de acuerdo a la disponibilidad de recursos en el sistema.

Como lo señala el centro de Investigaciones para el Desarrollo CID de la Universidad Nacional: *“tener unas finanzas sanas y sostenibles es un objetivo deseable, pero es desacertado consagrar la sostenibilidad fiscal como un derecho en la Constitución. Hay mecanismos más idóneos para lograr ese propósito y no se puede poner al mismo nivel la estabilidad con derechos como la libre expresión, la vida y la atención en salud”*.

Lo que no se tuvo en cuenta es que Colombia requiere un Estado que proteja todos los derechos y que garantice los recursos para financiarlos, generando los mecanismos necesarios para tal fin. Urge por ello, en el debate de Cámara la necesidad de revisar la pretensión de erigir la sostenibilidad fiscal como un prerequisite para el ejercicio de un derecho fundamental como es la salud.

Es curioso recordar que las mismas bancadas que votaron el Proyecto de ley número 210 de 2013 en el Senado, sustentados en la tesis de sostenibilidad fiscal, como bandera de protección del erario, también votaron una reforma tributaria que otorgó exenciones y privilegios por gastos de capital y zonas francas -desmontando el sistema tributario-, especialmente el impuesto sobre la renta. Si era tan importante la sostenibilidad fiscal, ¿por qué ese principio no se aplicó en aquel momento?

También, sobre Sostenibilidad fiscal y financiera la Contraloría General de la República, establece que en el texto de la reforma *“...se privilegian los principios de sostenibilidad fiscal y financiera pero en nada se corrigen los problemas de oportunidad, origen de los sobre costos y problemas operativos que generaron la situación crítica que lleva ya varios años. La sostenibilidad fiscal y financiera es importante pero con un estado que administre, garantice y asegure la salud de los ciudadanos adecuadamente...”*²⁰.

d) Intermediación financiera o comercial

El Proyecto de ley número 210 de 2013, aprobado en Senado, mantiene el cuestionado modelo de competencia regulada basado en la continuidad de entes intermediarios que ofrecen determinadas prestaciones por un plan de beneficios a cambio de una contraprestación.

El modelo de competencia regulada contiene todos los incentivos que reproducen una y otra vez los escándalos registrados por los medios de comunicación. Los Hospitales han sido puestos al borde de la quiebra porque las EPS demoran los giros de gastos ya causados y porque contratan sólo con los que hacen parte de su integración vertical, tratando de mejorar su rentabilidad.

En el actual sistema, el presunto asegurador realmente no se comporta como tal, donde el Estado debe trasladar el riesgo a una empresa aseguradora, que le vende la seguridad sobre esos puntos, ya que gran parte de las tutelas en Colombia son procedimientos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud

(67,81%²¹ de las tutelas son por servicios incluidos en el POS - Defensoría del Pueblo. La Tutela y el Derecho a la Salud 2011-20 años del uso efectivo de la Tutela). Dado que el asegurador público en el Régimen Contributivo, esto es, el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), paga anticipadamente a las EPS por cada afiliado, en la forma de unidad de pago por capitación (UPC) ajustada a riesgos, entre menos gasto tenga la Empresa, más gana. Como la mayoría de ellas han asumido que las UPC son recursos propios y no recursos públicos parafiscales con destinación específica, han hecho todo tipo de inversiones que se han convertido en patrimonio, a costa de la atención oportuna de sus afiliados. Esta situación ha sido reconocida por la Corte Constitucional y por la Contraloría General de la República, y señalada por la Federación Médica Colombiana, pero no ha sido corregida ni los recursos recuperados, a pesar de las largas intervenciones de la Superintendencia Nacional de Salud a muchas EPS²².

De igual manera, el Proyecto de Ley conserva los “articuladores”. De EPS se pasa a GESTORES de salud, pagados por UPC-Plan de beneficios, manteniéndole su actividad de intermediación financiera, con funciones más amplias y con mayor poder en relación afiliación, recaudo y administración de los recursos de la salud (artículo 32). De igual manera podrán solo gestionar los servicios de MI-PLAN sino también los de cobertura complementaria y medicina prepagada.

Es cierto que los recursos no se girarán directamente a los GESTORES DE SALUD, pero tendrán sus cuentas propias en Salud – Mía y estas harán lo que las Gestoras decidan, a quién, cuándo y cuánto pagar; pues saldrán fortalecidas, toda vez que en sus manos queda totalmente el manejo de la red de atención en salud a lo largo y ancho del País.

Las Gestoras serán “juez y parte” en la prestación de los servicios de salud según como se evidencia en los siguientes artículos:

- a) Por manejar el sistema - artículo 16 literal a).
- b) Por suministrar el sistema – Artículo 16 literal j).
- c) Por auditar el sistema – artículo 32 literal h).

La Contraloría General de la República²³ a este respecto señala que las EPS de hoy versus las GESTORES de la reforma:

“...al permitir que se conviertan en gestoras, les permite sanear el incumplimiento de sus funciones y pasar a legalizar sus activos, que no sus pasivos, pues estos serán cubiertos por el Estado a través de los programas de saneamiento de cartera...”

“...La intermediación existente, encarnada en las actuales EPS no ha sido generadora de mayor valor público, es necesario evitar que las mismas asuman posiciones dominantes; por lo que no es conveniente que conserven la competencia para conformar de forma unilateral las redes de prestadores de servicios”.

²¹ La tutela y el derecho a la salud 2012. Defensoría del Pueblo, Pág. 202.

²² Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas. Alcaldía Mayor de Bogotá. Inequidad en salud en Bogotá, Tomo 7: pág. 34.

²³ Análisis de la Contraloría General de la República al proyecto de ley ordinaria que reforma la salud. Noviembre 6 de 2013.

²⁰ Análisis de la Contraloría General de la República al proyecto de ley ordinaria que reforma la salud. Noviembre 6 de 2013.

“...las gestoras de salud de mañana, serían “Entidades Multipropósito” porque harían aseguramiento, administración, recaudo, recibirían parte de salud por anticipado, sería quienes definan las redes de prestadores en la regiones y también contratarían con ellas, tendrían la prestación de servicios de primer nivel por la integración vertical aprobada (Artículo 38)... en fin. ¡Harían de todo!

Finalmente parece inaudito, que con este proyecto se pretenda también mejorar y aumentar las utilidades de las futuras Gestoras tal como se propone en el artículo 39, donde se les pagarán gastos de administración sin tope alguno, y donde pese a que hoy todo el mundo se queja porque los recursos no alcanzan, los Gestores sí podrán recibir excedentes.

e) Se mantiene la integración vertical

“Los recursos del sistema se traducen en desmedidas ganancias privadas en virtud de la integración vertical y comercial. Una EPS contrata con su prestador, que contrata a su vez con proveedores de medicamentos, y suministros, o ambulancias, servicios administrativos o cooperativas de trabajo que también son de copropiedad de la EPS. En esta cadena comercial integrada, no es extraño que se produzcan sobreprecios, pues entre más gasto haya de la UPC, el sistema reconocerá más aumento para el año siguiente, como se comprobó en el cálculo de la UPC de 2009 a 2010 por parte de la Comisión de Regulación en Salud (CRES). De esta forma, la EPS puede mostrar balances al borde de caer por debajo del punto de equilibrio financiero mientras sus empresas integradas generan jugosa rentabilidad...”²⁴.

La integración vertical es la principal causa de los problemas de eficiencia, oportunidad e integridad de la prestación de los servicios; es uno de los temas más controvertidos en el proceso de discusión del texto aprobado en Plenaria de Senado los días 15 y 16 de octubre, pues ha sido una de las mayores fuentes de CORRUPCIÓN del sistema actual de salud, que además ha traído consigo muchos de los problemas que aquejan al sector, como son:

1. La restricción de los beneficios en eficiencia y calidad para los usuarios.
2. La limitación a la libertad de elección de los usuarios.
3. El debilitamiento de partes de la red hospitalaria pública.
4. Los elevados índices de peticiones quejas y reclamos.
5. Los favorecimientos a las redes de servicios propias.
6. La explosión de recobros.
7. No hay competencia.

Mientras que EPS futuras Gestoras, han mantenido una posición PRIVILEGIADA en el sistema, con grandes beneficios:

1. Mayores utilidades, puesto que evitan el pago a hospitales, clínicas, centros médicos incrementando el interés de maximización económica.
2. Se garantiza y asegura el control en cuanto a denegación de medicamentos, ya que los miembros

²⁴ Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas. Alcaldía Mayor de Bogotá. Inequidad en salud en Bogotá, Tomo 7: pág.35.

de la cadena se sujetan a cumplir lineamientos de: cómo formular, qué tipo de medicamento formular, cuándo formular, etc.

3. Cobro de tarifas elevadas a los usuarios del servicio.

Al respecto, la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia advierte que la prohibición de la integración vertical existía desde la Ley 100, y que esta norma se incumplió desde el principio con la aquiescencia de los Gobiernos de turno y los órganos de control quienes se hicieron los de la vista gorda en favor de los grandes monopolios. Más tarde, cuando ya las EPS habían construido sus redes con dineros públicos, las reformas legitimaron la integración como si fuera algo natural²⁵.

No obstante y luego de la lamentable experiencia que miles de colombianos hemos tenido que padecer con la atención en salud, seguimos en lo mismo, ¡no es justo! Otra vez Congresistas de la coalición de Gobierno permiten injustificadamente el Foco de corrupción con la aprobación del presente artículo: “Artículo 38. Integración vertical. Está prohibida la integración vertical de Gestores de Servicios de Salud y Prestadores de Servicios de Salud salvo en la prestación de servicios básicos de primer nivel de atención en salud”²⁶, pero además permiten con la integración vertical en los niveles básicos de atención, liquidar y sacar del mercado a los Hospitales Públicos.

Como lo plantea la Contraloría, resulta llamativo que con la reforma propuesta a los Gestores se les permita la integración vertical en el primer nivel de atención pero no se garantice la sostenibilidad financiera del primer nivel de atención prestados por los Hospitales Públicos, al derogar normas que obligaban justamente al Gobierno al fortalecimiento de manera específica de esas Empresas Sociales del Estado. (Ver: Artículo 98. Vigencias y derogatorias).

Ahora bien, en el párrafo 3º se prohíbe la integración vertical en el segundo y tercer nivel de atención en un plazo máximo de 3 años contados a partir de la entrada en vigencia de la ley, lo que significa que el negocio continúa. Es decir, mientras encuentra el negocio más rentable para las EPS, ya sea ser Gestoras o ser IPS podrán seguir lucrándose por las dos vías ¿Qué política pública puede ser esto?

Además de ello, se tiene que revisar y tener en cuenta que solo elimina la integración vertical de las Gestoras. Esto deja por fuera la integración vertical que realizan las Instituciones Prestadoras del Servicio, que también aumentan los costos de la salud y que con esa integración han alterado los precios de mercado en los tratamientos médicos y medicamentos. Si ello se deja afuera, la cura contra la integración sigue siendo pequeña, si se cuenta que se deja adentro también la integración vertical de las Gestoras en atención Primaria en salud. Hay que revisar lo que valen las camillas, camas, utensilios de salud que ha-

²⁵ Tomado del Comunicado de los profesores de la Facultad Nacional de Salud Pública sobre la inconveniencia del proyecto de reforma 210 de 2013: Ley ordinaria, Universidad de Antioquia, abril 2 de 2013.

²⁶ Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado y sus acumulados número 233 de 2013 y 051 de 2012 Senado, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

cen parte del negocio de muchas IPS del país. Que se pueden entender como medidas monopólicas y el país debe garantizar por los usuarios, pacientes que exista la competencia en este nivel, porque ello garantiza calidad, precios justos y que la economía y la sostenibilidad del Estado sea viable. Lo importante de ello es que el criterio de sostenibilidad no se ve aplicado en este punto, cuando no favorece un mercado en competencia, que es viable en la salud, sino que se favorece monopolios que usan el abuso de la posición dominante para quebrar el sistema de salud, que es un servicio público y que sale del presupuesto nacional, de los tributos que hace cada colombiano y de lo que aporta individualmente para su servicio.

f) EPS – Gestoras

Cuadro comparativo entre las funciones de las EPS y de los GSS; que como se evidencia mantiene la esencia y lógica del actual sistema.

Funciones Vigentes EPS Ley 100/93 – Decreto 1484/94	Funciones GSS Proyecto de ley número 210 de 2013 (artículo 32)
Organizar y garantizar la prestación del Plan de Salud Obligatorio.	Garantizar a sus usuarios las prestaciones individuales de Mi-Plan.
Girar la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes UPC al Fosyga.	Cada Gestor de Servicios de Salud tendrá derecho a un valor per cápita ajustado por riesgo para cubrir el costo de las prestaciones individuales de Mi-Plan. (Artículo 39 b.)
Administrar el riesgo en salud de sus afiliados.	Realizar la gestión integral del riesgo en salud de sus usuarios.
Movilizar los recursos para el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud, mediante el recaudo de las cotizaciones por delegación del Fosyga.	Auditar las facturas por servicios prestados, realizar el reconocimiento de los montos a pagar y ordenar los giros directos desde Salud-Mía a los Prestadores de Servicios de Salud
Pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato.	Suscribir contratos con los Prestadores de Servicios de Salud que conforman la Red de Prestación de Servicios de Salud.
Ser delegatarias del Fosyga para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Participar y apoyar a la Unidad de Gestión - Salud-Mía en los procesos operativos de afiliación.
Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional.	b) Ofrecer cobertura y atención de salud en todos los municipios. g) Coordinar con las Entidades Territoriales las acciones de salud pública. i) Contar con centros de atención permanente en todos los Municipios y Distritos.
Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las instituciones prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos.	d) Realizar los trámites requeridos para la prestación del servicio. f) Suscribir contratos con los Prestadores de Servicios de Salud que conforman la Red de Prestación de Servicios de Salud.
Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las IPS.	c) Conformar y gestionar sus Redes de Prestación de Servicios de Salud que garanticen el acceso, oportunidad, integralidad y calidad en la prestación de servicios individuales de salud a sus usuarios.

Al revisar este cuadro se puede observar que no se eliminan las funciones que se tenían en la Ley 100 de 1993 para las EPS sino que se fortalecen, para algunos se elimina el negocio pero si se revisa detenidamente el negocio aumenta.

Primero porque no es cierto que dejan de ser intermediarias financieras, porque cuando se monta un modelo de aseguramiento de riesgo significa que por unos dineros específicos que paga el Estado unos dineros para trasladar el riesgo a una empresa privada, en este caso la nueva figura de Gestora, para que brinde seguridad jurídica, de que ellos van a encargarse de esos elementos que se les encarga a asegurar, como se observa en el Código de Comercio desde el artículo 1036, en el capítulo de seguros.

Ello se observa desde el artículo primero en el literal e) “Tendrá atención primaria y complementaria garantizada por los Gestores de Servicios de Salud de naturaleza pública, privada o mixta, a través de un esquema de aseguramiento social al cual se afilien todos los residentes del territorio colombiano. La gestión de riesgo en salud, la articulación de los servicios con el fin de garantizar un acceso oportuno y la representación del usuario corresponde a los Gestores de Servicios de salud”. Contrario a lo que se establecía en la Ley 100, donde al menos se entendía como una concesión de riesgo, donde los recursos no dejaban de ser públicos y se determinaba al menos mejor el riesgo, aunque esta tampoco fuera la solución y tenga en este momento el sistema de la salud en crisis.

Segundo, en esta nueva figura creada en el proyecto del Gobierno Nacional también se encuentran explícitos puntos que hay que estudiar, porque mientras en la Ley 100 de 1993 solo se pagaba UPC. Con este proyecto de ley se aumenta el tipo de ganancias, primero recibirá ingresos como administrador y auditor que no tienen límites, como se observa en el artículo 39, segundo, son considerados como ingresos de las Gestoras, es decir, son de su propiedad, no del Estado. Segundo, las Gestoras ganarán por aparte recursos por aseguramiento de riesgo de atención primaria y alta complejidad, en la que también empiezan a ser recursos propios de las Gestoras. Y en ello hay que agregar la figura nueva que creó este gobierno, como supuesto reemplazo del recobro, donde el Estado pagará los gastos que no alcance a cubrir el seguro de riesgo, por procedimientos y medicamentos, que pueden ser los que no ingresan a Mi Plan o los mismos que están en este, que deberá ser definido el monto por el gobierno, es decir, la ganancia prima, porque se paga un seguro de riesgo que no es trasladado realmente ¿entonces para qué asegurar el riesgo?

Tercero, las Gestoras seguirán recibiendo copagos, cuotas moderadoras y rendimientos financieros, es decir, con ello se deja claro que la intermediación continua y que las ganancias para las EPS se legalizan y aumentan. Y esta intermediación termina siendo un alto costo de transacción, donde el Estado y la sociedad no ganan en absoluto sino que pierden. Porque estos recursos deberían entrar al sistema de salud para redistribución de la sociedad, porque el copago, las cuotas moderadoras son un tipo de impuesto o tasa que debería ser redistribuido para el bien de la sociedad y el sistema.

Cuarto, la integración vertical en atención primaria y el plazo para desmontar los otros elementos de la integración.

Primero, poner un plazo de 3 años no garantiza que lo sigan haciendo, porque es de conocimiento público que las EPS no cumplen los acuerdos.

Segundo, dejar la integración vertical en atención primaria, como ya se ha dicho, es otra barrera de acceso que se presenta en el sistema para evitar procedimientos de alta complejidad en detrimento de la sociedad y el Estado, donde no se verifica sostenibilidad fiscal, ya que en esta puede estar desviándose la mayor parte de los recursos públicos de la salud.

Tercero, en esta ley no se aplican límites a la integración vertical como pasaba en la Ley 100, y el único límite que establecen es el de los servicios del régimen subsidiado, que se pone un tope de que la contratación debe hacerse mínimo de un 60% con la red pública, dejando en claro que si esta no la puede prestar ese tope se elimina.

Quinto, existe un riesgo moral un incentivo perverso en la creación de una figura de juez y parte, que como es bien sabido va contra el debido proceso, y ello es porque las Gestoras serán administradoras, aseguradoras de riesgo, tienen integración vertical, reciben dineros por copagos y cuotas moderadoras y además ellas son las encargadas de auditarse.

Por último, la conformación de las redes integradas como función de los Gestores, que se determina en los artículos 27 y 32 del presente proyecto, es una medida monopólica que atenta contra el derecho a la libre competencia. Se pone en una posición dominante a los Gestores. Primero porque ya tiene todas las funciones anteriores, que se enfoca a “gestionar”, sin embargo ahora se le da la potestad de conformar las redes con quien contrata, una función que debería ser propiamente del Estado. Como lo expresa la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC)²⁷, en el documento entregado a todos los congresistas, frente a la palabra conformar:

“El uso de este verbo cambia el sentido de las funciones de estas entidades, les genera de entrada una posición dominante que replica la existente en el actual sistema y los faculta para desaparecer de la vida institucional a entidades que por determinación de esos gestores no sean incluidos en la o las redes que ellos conformen”.

g) Salud pública y atención primaria en salud

El texto del Proyecto de ley número 210 de 2013 aprobado en Senado, no solamente salva a las EPS de cumplir las obligaciones y la cartera que estas tienen con la red Pública Hospitalaria nacional, sino que en el proyecto de ley no contempla la obligación de los GESTORES de contratar con los Hospitales públicos.

Serio peligro corren los ya devastados Hospitales que conforman la Red Pública en Colombia, que tienden a desaparecer, tal como está concebido en el proyecto de ley. Tal despropósito se evidencia en el proyecto artículo 16 literal h) que señala: “Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria: Este gasto se hará en la respectiva vigencia siempre y cuando se encuentre garantizado el aseguramiento en salud”.

Es decir, los recursos para los Hospitales Públicos se asignarán si quedan excedentes después de atender el aseguramiento en salud.

La Contraloría General de la República resalta la necesidad de una Red Pública Hospitalaria eficiente y competitiva para garantizar adecuada atención en

salud a los usuarios, al respecto señala los siguientes puntos:

“En estos momentos la red pública hospitalaria está desbastada financiera y tecnológicamente por diversas causas: desde el desgreño administrativo, la falta de control en su operación, la alta burocratización de las plantas de personal de estas Entidades, e indiscutiblemente por la iliquidez derivada del no pago de las atenciones que realizan a los usuarios tanto del Régimen Contributivo, del Régimen Subsidiado y aquellos que aún no tienen aseguramiento formal en salud y deben ser financiadas sus atenciones con cargo a los entes territoriales”²⁸.

Resulta inquietante que en el texto aprobado, no se contemple para los futuros gestores, la obligación que hoy tienen las EPS del Régimen Subsidiado de cumplir con una contratación mínima con las Empresas Sociales del Estado (ESE), lo que en últimas contribuirá a la desfinanciación de los Hospitales Públicos y su consecuente insostenibilidad en el tiempo.

“Preocupa que en el texto aprobado en el Senado se derogue en el artículo 98 (“Vigencia y derogatorias”), el artículo 12 de la Ley 1438 del 2011, que precisamente obligaba al Ministerio de Salud al fortalecimiento de los hospitales de baja complejidad, a lo que a todas luces atenta contra la resolutive actual y la viabilidad financiera del primer nivel de atención que actualmente es prestado precisamente por las ESE de baja complejidad”.

En cuanto a la estrategia de Atención Primaria en Salud en el Proyecto de ley número 210 es precaria, se deja en manos de las Gestoras la Promoción y Prevención.

Lo cierto es que con la presente reforma el sistema de salud se concentra en la enfermedad y en la atención de los individuos y se aleja de la afectación de los determinantes sociales de la inequidad. Asumir en serio esta evidencia supone masificar la estrategia de Atención Primaria en Salud, con base en la medicina familiar y comunitaria, con carácter preventivo, en el marco de la intersectorialidad, la participación social y la coordinación de las redes integradas de servicios de salud.

En cuanto a la estrategia de Atención Primaria en Salud en el Proyecto de ley número 210 es precaria se deja en manos de las Gestoras la Promoción y Prevención.

Lo cierto es que con la presente reforma el sistema de salud se concentra en la enfermedad y en la atención de los individuos y se aleja de la afectación de los determinantes sociales de la inequidad. Asumir en serio esta evidencia supone masificar la estrategia de Atención Primaria en Salud, con base en la medicina familiar y comunitaria, con carácter preventivo, en el marco de la intersectorialidad, la participación social y la coordinación de las redes integradas de servicios de salud.

Vale la pena destacar que la Ley 1438 de 2011 en su articulado aborda la estrategia de Atención Primaria en Salud, (APS), las Redes Integradas de Prestación de Servicios de Salud y los Equipos de atención, sin embargo, después de tres años de vigencia de dicha ley, NUNCA SE HA REGLAMENTADO.

²⁷ Carta dirigida a los Congresistas referente al Proyecto de ley número 210 de 2013.

²⁸ Análisis de la Contraloría General de la República al proyecto de ley ordinaria que reforma a la Salud.

En este punto la Contraloría General de la República considera que si bien la estrategia de APS se aborda en el artículo 8°, se aplaza seis meses contados a partir de la sanción de la ley ordinaria, lo que a todas luces no ha resultado práctico ni benéfico en el sistema de salud, prueba de ello se refleja en la Ley 1438.

En este punto, la Contraloría General de la República²⁹ llama la atención de los artículos 7° y 38 del proyecto de ley, señalando lo siguiente:

“Esta actividad de planeación de la salud pública territorial a cargo de las Gestoras de Servicios de Salud, junto con el debilitamiento de la red pública hospitalaria del primer nivel de atención al cesar la obligación legal del Gobierno de fortalecerla y permitir la integración vertical de los Gestores justamente en ese primer nivel de atención, genera preocupación a esta Contraloría por las implicaciones que tendría si estos actores del sistema asumen roles simultáneos en la planeación del servicio, el “aseguramiento social” y la prestación misma de los servicios del primer nivel de atención”.

h) Salud Mía y la recentralización

Aunque creemos que es necesario bajo un nuevo modelo de salud quitar absolutamente el manejo de recursos a las EPS, Gestores o a cualquier articulador, por ser este un incentivo que ha generado malos manejos, en este punto citaremos el análisis realizado por la Contraloría General de la República sobre el texto del Proyecto de ley número 210 de 2013 aprobado en el Senado.

En el punto 4 de este informe del 6 de noviembre de 2013, la Contraloría³⁰ refiriéndose a Salud Mía puntualiza lo siguiente:

- *“Se ha evidenciado que los cambios de nombre cuando la materia prima con la que debe prestarse el servicio es la misma, no arroja resultados sustanciales”.*

- *“Lo importante es tener buena información. Esta es la que no hay. Hay problemas en la información de afiliados, bases de datos, costos de medicamentos, cartera, costos de servicios, etc. Nada de estas cosas se ha ajustado a los estándares que permitan una oportuna y adecuada prestación de servicios de salud”.*

- *“Se trata de un megafondo que tendrá a su cargo una enorme carga administrativa, basado en la intermediación con los mismos actores que hoy existen o extendiendo las competencias en donde mayores problemas e ineficiencias se han tenido”.*

- *“Todo podrá subcontratarse. Basta ver el proyecto: la afiliación, los pagos los recaudos, las auditorías, la depuración de cartera, el pago de licencias de maternidad e indemnizaciones, etc., ...”.*

- *“Será una entidad pública que será blanco de los problemas de corrupción como quiera que dependerá de la información y el saber de los actores de hoy que no fueron sancionados, ajustados o depurados como lo observa la ley”.*

- *“Con las cotizaciones también habrá subcontratación con lo que actualmente funciona que no está depurado, el sistema pila (...)”.*

- *“Se insiste en trampas presupuestales que han sido costosas en términos financieros y de eficiencias como aquella que considera que por la simple transferencia de los recursos de la salud del Gobierno Nacional a Salud Mía, se entiendan como ejecutados”.*

Es así como la creación de Salud Mía, no cambia el escenario actual del sistema de salud, sigue permitiendo intermediación, no se corrigen errores que persisten en el sistema actual como por ejemplo la ausencia de información, y por otro lado, no se definen cuentas en el fondo y su destinación.

Así mismo, se observa que en el artículo 15 de esta reforma se establece un modelo donde recauda todos los dineros del Estado, sean nacionales y territoriales, es decir, los entes territoriales pierden el control de sus ingresos y se elimina el manejo descentralizado que hacen los gobiernos territoriales. Se recentralizan todos los recursos de la salud, y ponen como condicionamiento de entrega de los recursos de los mismos territorios deben ser a partir de un presupuesto, que ello debe ser un control de los consejos municipales, distritales y asambleas departamentales de cada territorio. Sería como un manejo de las regalías que se hacen actualmente en el país y que ha tenido grandes fallas en los proyectos de avances para las regiones. No solo ello, en el literal m), del artículo 16 la salud pública por este Fondo es central, quitando independencia a los territorios, además de que se establece un ingreso muy bajo en salud pública, siendo el punto central para un sistema de salud.

Por otro lado, en el artículo 16 de este mismo proyecto, donde en la destinación de recursos administrados, se sigue poniendo en riesgo la red pública hospitalaria, con el requisito sine qua non que se *“encuentre garantizada la financiación del aseguramiento en salud”*, cuando en gran parte el problema de no contar con esa seguridad es por las falencias de la infraestructura de los Hospitales Públicos, por las deudas que el sistema le acarrea a estas entidades las EPS, la corrupción, la falta de inversión y gastos en la red pública. Es seguir actuando desde el autofinanciamiento, cuando la salud en el sector público no necesariamente incluye ganancias o por lo menos no a corto plazo. La inversión y el gasto público a Hospitales debe hacerse en infraestructura antes de pensar en ganancias o autofinanciamiento.

Igualmente, el literal l) del artículo 16 de este proyecto tiene el problema que también se encarga de manejar y recibir los recursos de la Superintendencia, que deberían ser recursos autónomos e individuales de este fondo, porque este debe tener la independencia de investigar, sancionar, vigilar y controlar el servicio de salud.

Adicionalmente, en el parágrafo 3° del artículo 16 donde se pone al libre albedrío del gobierno de paso, cubrir las enfermedades huérfanas. ¿Dónde queda la equidad?

Por último, el órgano de dirección y administración de la Unidad de Gestión-Salud, estipulada en el artículo 17 del proyecto, donde la junta de administración y dirección estará integrada por 3 personas que serán nombradas por libre nombramiento y remoción por el Presidente, es decir, un apéndice al

²⁹ Análisis de la Contraloría General de la República al proyecto de ley ordinaria que reforma a la Salud.

³⁰ Análisis de la Contraloría General de la República al proyecto de ley ordinaria que reforma a la Salud.

Gobierno Nacional. Otra medida de centralización de los recursos del gobierno central, con elementos que se pueden presentar de gobiernos nacionales riesgosos y de poca transparencia, porque el manejo de los recursos se hará al querer del gobierno de paso y no a partir de las necesidades económicas en salud, tecnológicas, técnicas, infraestructura y demás que se deban poner en la balanza para lograr principios de equidad e igualdad y así mismo, el criterio de sostenibilidad fiscal. Para que sea un Fondo real para la salud, debe que ser autónomo, igual al Banco de la República, o por lo menos similar, porque no hacerlo podría convertirse en una figura creada para ser una fuente de manejos poco transparentes. Esto no sólo podría poner en riesgo los recursos que financiarán un sistema de salud, sino que se afectaría el curso normal de la democracia, las relaciones de poder y las estructuras del Estado.

i) Talento humano y meritocracia

En Colombia está demostrado que la implementación del modelo Neoliberal en los diferentes ámbitos económicos, sociales, políticos, trae aparejadas decisiones que tocan directamente temas relacionados con la fuerza laboral, un hecho contundente es que el sector salud a partir de la Ley 100 rompe con cualquier principio de estabilidad laboral de los trabajadores de la salud, generando la tercerización laboral como esquema principal de vinculación; esta controvertida y cuestionada modalidad no solamente rebaja los ingresos de los trabajadores y la calidad de la relación médico-paciente, sino que formaliza manejos políticos poco transparentes en los diferentes niveles de prestación de los servicios de salud.

Con esta modalidad se genera la más profunda inestabilidad e irregularidad en la prestación de los servicios, dado que el trabajador no se debe laboralmente al Hospital sino al intermediario de turno, siendo obligado a dedicarle más tiempo a la formalización de su contrato de prestación de servicio que a la atención oportuna, eficaz y con calidad de los pacientes.

Vale la pena destacar algunas opiniones que este tema le merece a distintas organizaciones del sector salud: *“La necesidad de rentabilidad financiera que se ha impuesto a la red pública hospitalaria ha causado que la tercerización laboral y las condiciones de empleo de las y los trabajadores del sector sean las más precarias, la tercerización laboral en el sector es la más alta del país, bajo el pretexto de hacer hospitales y clínicas rentables se han ignorado principios laborales básicos como: Salario digno, afiliación a la seguridad social, primas, vacaciones, reconocimiento del pago por labor en nocturnos y festivos etc. Quizá el 85% o más de los trabajadores del sector se encuentran vinculados mediante contratos pírricos u órdenes de trabajo que deben renovarse en la mayoría de los casos mensualmente, lo que ocasiona que las y los trabajadores incurran en gastos innecesarios como la suscripción de pólizas y trámites para legalización de los contratos”*. (Fuente: Asosisalud).

Gracias a la denuncia y presión ejercida por las organizaciones sindicales y las agremiaciones médicas se logró retirar el texto aprobado en primer debate del capítulo referente al régimen laboral, donde se decía a los trabajadores que si querían continuar en sus puestos de trabajo debían sujetarse a un nuevo régimen laboral que los iba a convertir en servidores

públicos especiales, eliminando los cargos de carrera y creando una categoría sin garantías laborales.

Ahora bien, en Plenaria de Senado se aprobó la creación del artículo 82. Por medio del cual se le otorgan facultades extraordinarias al Presidente de la República para que quien establezca las condiciones laborales de los trabajadores.

Aunque se establece esta disposición, esto no es indicador que garantice que las y los trabajadores del sector salud cuenten con un trabajo digno en el que gocen de los derechos establecidos en la normatividad vigente y 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.

Esta disposición además abre la puerta para un despido masivo de trabajadores bajo el sofisma de las facultades extraordinarias de la reestructuración a las empresas sociales del Estado.

Nombramiento de gerentes y directores de las empresas sociales del Estado (artículo 81).

Esta disposición abre la puerta claramente para que se pongan en peligro los procesos meritocráticos que si bien deben ser evaluados y fortalecidos, no deberían ser eliminados.

En el artículo 81 *“Nombramiento de Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado y confirmación de juntas directivas”* se establece que los Gerentes y Directores de las ESE serán de libre nombramiento y remoción por parte de la autoridad nacional o territorial competente, además establece unos requisitos mínimos como ser profesional universitario con tres (3) o más años de experiencia en el sector y la aprobación de un examen habilitante a cargo del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Con este artículo se corrobora una vez más que este sistema mantiene la puerta abierta a la corrupción y el clientelismo, ya que serán los alcaldes y gobernadores de turno quienes nombrarán a dedo los Gerentes y Directores.

Como lo expuso Saúl Franco en el debate realizado en la Universidad Nacional hace algunos días sobre el artículo en cuestión: *“lo que realmente importa no es la calidad de la atención, ni la competencia en la gestión sino la satisfacción de los apetitos burocráticos de los poderes locales, regionales y nacionales”*.

Hoy en día los gerentes de los hospitales públicos deben ser nombrados por concursos de méritos, un mecanismo que se creó en 2007 para despolitizar esos cargos, requerimos gente idónea, capacitada y especializada en estos cargos.

j) Participación ciudadana

La participación ciudadana en el texto del Proyecto de ley número 210 de 2013 aprobado por el Senado, se traduce en que el ciudadano va a ser un convidado de piedra.

Desde lo aprobado por el Congreso en el Proyecto de Ley Estatutaria de Salud (artículo 12 Proyecto de ley número 209 de 2013), vemos que aunque participan los ciudadanos en diferentes escenarios del sistema de salud, quienes tomarán las decisiones serán los agentes del sistema, de modo que esa participación no será vinculante.

De igual manera en el artículo 20 del Proyecto de ley número 210 de 2013, en el mecanismo de exclusión de servicios y tecnologías en salud se consultará la opinión de los “usuarios”, pero quien toma la decisión es el Ministerio de Salud. Lo mismo sucederá con lo prescrito en el artículo 21 denominado Mecanismo de priorización de Mi-Plan, donde si bien se acude a la opinión de los pacientes potencialmente afectados con la decisión, quien decide es el Ministerio de Salud teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos para su financiación.

El artículo 17. Órgano de dirección y administración que definirá la política de salud, es eminentemente Estatal, es necesario abrir la participación en su junta directiva de sociedad civil, que se amplíe el número de participantes en las tomas de decisiones y que cuenten con voz y voto.

La participación ciudadana, implica la intervención directa de cada uno de los integrantes de la comunidad en los procesos económicos, sociales, culturales, políticos y de sustentabilidad que afectan sus vidas.

En términos políticos significa la libertad para elegir y para ser elegido, tomar parte en las decisiones, involucrarse en los procesos desde sus inicios.

A continuación dos claros ejemplos de lo argumentado en este punto:

1. Un claro ejemplo de participación de la Sociedad Civil tiene que ver con la construcción del **Proyecto de ley número 233 de 2013, por la cual se crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud**, iniciativa construida por la ANSA, que quiere decir Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud, conformada por más de 60 organizaciones entre las cuales hacen parte: ONG, parlamentarios, sindicatos, gremios médicos, asociaciones de pacientes, asociaciones de hospitales, funcionarios de secretarías de salud y académicos: Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad de Antioquia, Facultad Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Mesa Antioquia, Octava Papeleta II Fase, ANEC, Asociación de Pacientes de Alto Costo, Academia Nacional de Medicina, Comisión de Seguimiento (CSR), Universidad Santo Tomás, Universidad Nacional, Usuarios Nueva EPS, UTL Senador Jorge Enrique Robledo, Fundación María José, CUT, Federación Colombiana de Enfermedades Raras, Fundación Colombiana para la Porfiria, Universidad Javeriana, Estudiantes U. Javeriana, UTL Mauricio Ospina, Policlínico San Juan, ASPEF, Instituto Nacional de Medicina Legal, Federación Médica Colombiana, Marcha Patriótica, Semanario Voz, Consejo Técnico Nacional de Enfermería, ACESI, Fundación Simmon, Luis Carlos Avellaneda Senador, UTL Luis Carlos Avellaneda, UTL Representante a la Cámara Ángela María Robledo, Gloria Inés Ramírez, Senadora, UTL Gloria Inés Ramírez, Senadora, Representante, Comosoc, Coordinación de Movimientos y Organizaciones Sociales y Políticas, Grupo Ferguson, Movimiento Nacional por la Salud, Policlínico San Juan, CTC Bogotá / Cundinamarca, UTL Gloria Stella Díaz, Representante José Joaquín Camelo, Representante, Sintrahosmil, Alba Luz Pinilla, Representante, UTL Alba Luz Pinilla, Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, Corporación Juristas Democráticos, ANIR, Hospital Suba II Nivel, Mesa Mujeres y Economía, Asociación Pacientes Hospital San Juan,

UTRADEC – CGT, ADEC -CUT, CGT, ACOFAEN, Corporación Viva la Ciudadanía, Secretaría Distrital de Salud, ANTHOC, Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Fundación IFARMA, Organización Colombiana de Estudiantes OCE, Notimundo, Veeduría Ciudad Salud, Mesa Nacional de Cáncer.

Pero como siempre en este Congreso de la República, los Senadores de la coalición de Gobierno dieron voto negativo en la Comisión Séptima de Senado a las proposiciones planteadas en el Proyecto de ley número 233 de 2013, sin ningún tipo de análisis o debate, esta sí es una verdadera 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.

2. Otro claro ejemplo es la expedición de la Ley 1616 de 2013 “*por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones*”, es un hito histórico en la legislación en Salud Mental en Colombia es un significativo avance del Congreso de la República con el que, por un lado, hizo eco del clamor de miles de pacientes, familiares y profesionales de la salud mental ordenando la atención integral en salud mental para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental y además, por otro lado, sacó el tema de la salud mental de su aislamiento y anquilosamiento dentro del SGSS y la salud pública, devolviendo la esperanza a miles de personas a las que hoy se les vulnera el derecho fundamental a la Salud. En la construcción de la ley participaron la asociación de Bipolares, Asociación de Esquizofrenia, la Fundación Unidos contra la Depresión, la Asociación de Alzheimer, la Liga Colombiana de Autismo, Asociación contra la Depresión y el Pánico, Asociación Colombiana de conciliadores y conciliadoras en equidad, Afecto contra el maltrato infantil, referentes de salud mental del País, miembros Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica, la academia nacional de medicina, la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis, el Colegio Colombiano de Psicólogos, entre otros, en las disposiciones de la ley se establece la creación del consejo nacional de salud mental con una amplia participación de la sociedad civil.

Estas iniciativas legislativas muestran que sí se puede garantizar una amplia participación de la sociedad civil en las decisiones del Estado.

k) Deficiencia del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control

Estamos de acuerdo a la ponencia para segundo debate de Senado, presentada por la honorable Senadora Gloria Inés Ramírez cuando afirma que 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.

Sabemos que el fracaso institucional más claro del actual sistema de salud es la Superintendencia Nacional de Salud.

La baja capacidad gubernamental para la vigilancia y control del sistema de salud, no es algo reciente, el mismo Ministerio de la Protección Social, ahora Ministerio de Salud, lo había detectado en el 2002, conforme lo afirma en el informe final del “proyecto evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos públicos y privados encargados de adelantar las funciones de vigilancia y control del sistema de salud”: *“existe en Colombia un modelo inadecuado de la inspección, vigilancia y control en la salud, porque:*

1. *No se definió de manera expresa una entidad cabeza y rectora de la supervisión.*

2. *Se mantuvo un esquema disperso de supervisión, con el agolpamiento de organismos de inspección, vigilancia y control, sin coordinación ni brújula y una gran superposición de funciones entre las agencias de carácter nacional y las de tipo local. Así, para solo poner un ejemplo, sobre la función de financiamiento en el régimen subsidiado, la afiliación en este mismo régimen, la calidad en la prestación de servicios y la atención a las quejas de la ciudadanía, deben concurrir, simultáneamente, tanto la SNS como las entidades territoriales”.*

Dice el informe *“el resultado obtenido ha sido una acción desordenada e ineficaz de la supervisión, en donde la Superintendencia entienda realizar de manera directa las labores de supervisión, labor que es paralela a la que realizan las entidades territoriales en sus respectivas jurisdicciones. Lo peor de la situación es que ni una ni otras efectúan las tareas de la manera debida, con lo cual el sistema se encuentra sin control en procesos esenciales para su correcto funcionamiento”.*

Igualmente afirma: *“a la SNS le han sido asignadas funciones más allá de las que puede realizar tanto desde el punto de vista de los recursos como de la propia concepción organizativa de la IVC. Aun si la limitante de recursos no existiera, las funciones asignadas son desmedidas dado que ellas implican la realización de la IVC de manera directa, en un universo excesivamente extenso, complejo que escapa al alcance de una entidad por eficiente que ella sea”.*

A pesar del diagnóstico realizado en el 2002 y del fortalecimiento funcional realizado en el 2007, pareciera que a 2013, después de esa gran estructuración, no ha cambiado mucho el diagnóstico realizado en 2002 por el mismo Ministerio de Protección Social.

La Superintendencia, con las funciones y capacidades que tiene hoy en día, no puede responder ante las exigencias que tiene en materia de salud; garantizar los servicios, la calidad, la sostenibilidad del sistema, control, la transferencia de recursos, responder ante los usuarios, controlar y sancionar a las entidades que no cumplan con la ley, etc., cuando, según la rendición de cuentas del Superintendente de Salud de diciembre de 2012, contaba con 303 empleados, 13.263 entidades vigiladas, 72 EPS, 11.250 IPS, 742 empresas de licores y juegos de azar, 1.118 entidades territoriales, Fosyga, etc., 356.763 peticiones, quejas y reclamos al año. Ante este panorama, consideramos que el texto del proyecto de ley ordinaria no mejora las condiciones del Sistema de Inspección Vigilancia y Control, de tal forma que se adviertan de mane-

ra anticipada y sancione con agilidad y justamente a quienes evaden sus responsabilidades y ponen en juego la salud misma de los colombianos.

Indica la Contraloría en el Informe presentado recientemente, que las intervenciones adelantadas por la Superintendencia Nacional de Salud ya que duran años: *“al respecto hay que recordar las críticas de que ha sido objeto la Superintendencia Nacional de Salud por las intervenciones para administrar sin que se produzcan en corto tiempo soluciones estructurales y saneamiento verdades de las entidades sometidas a estas medidas, con las contingencias que esas decisiones acarrearán para el Estado y el patrimonio público”(...)* *“se ha podido observar cómo en las intervenciones adelantadas por la Superintendencia Nacional de la Salud, han permanecido directivos, abogados y hasta proveedores e iguales formas perversas de contratación y uso indebido de los recursos de la UPC, sin que se hayan evidenciado cambios en esos aspectos generados por la llegada de agentes interventores de la citada Superintendencia”.*

a) El proyecto de ley ordinaria es completamente delegativo

Es preocupante que mediante el texto aprobado en Plenaria de Senado se delegue en el Gobierno Nacional a través, principalmente del Ministerio de Salud, una gran cantidad de materias para la reglamentación o “definición”.

Si bien es cierto, que el Gobierno Nacional, conforme al artículo 189 numeral 11 de la Constitución Política de Colombia, puede y debe ejercer su potestad reglamentaria para *“la cumplida ejecución de las leyes”* lo que encontramos es que de manera desbordada el Congreso ha delegado la definición de materias supremamente importantes para el funcionamiento del Sistema de salud, al Gobierno Nacional.

Conforme a la Sentencia C-1005/08 de la Corte Constitucional, no todas las leyes ordinarias requieren ser reglamentadas, ya que la delegación depende del trabajo del Congreso de la República: *“existen leyes que han sido formuladas por el Legislador de manera tan detallada y los temas en ellas contenidos han sido desarrollados en forma tan minuciosa, que prima facie no habría espacio para una regulación ulterior. La facultad reglamentaria no es absoluta y debe ejercerse dentro de las fronteras que marcan la Constitución y la ley, teniendo por objeto contribuir a la concreción de la ley, encontrándose, por consiguiente, subordinada a lo dispuesto por ella sin que sea factible alterar o suprimir su contenido ni tampoco reglamentar materias cuyo contenido esté reservado al Legislador”.*

Igualmente afirma la Corte Constitucional que el legislador no puede someter a ningún plazo el ejercicio de la función reglamentaria del Presidente de la República, a menos que sea el otorgamiento de Facultades Extraordinarias: *“La jurisprudencia constitucional ha insistido en que someter la potestad reglamentaria a una limitación de orden temporal significa desconocer lo establecido en el artículo 189 numeral 11 Superior; según el cual, la potestad reglamentaria no solo radica en cabeza del Presidente de la República como suprema autoridad administrativa sino que el Presidente conserva dicha potestad durante todo el tiempo de vigencia de la ley con el fin de asegurar su cumplida ejecución.*

En otras palabras: el legislador no puede someter a ningún plazo el ejercicio de la potestad reglamen-

taria". Por lo tanto a nuestro parecer es sumamente riesgoso que no se definan al detalle las materias propias de la Reforma a la Salud que requiere el país, sumado a que el Gobierno Nacional no necesariamente está sometido a cumplir con los tiempos estipulados en el proyecto, lo cual se evidencia en la ausencia de reglamentación al día de hoy, de más de 50 artículos de la Ley 1438 de 2011.

En el presente proyecto de Ley encontramos que hay más de 48 distintas materias, casi la mitad del número de artículos del texto definitivo de Senado, que quedan para definición del Ministerio de Salud. El siguiente cuadro comparativo presenta lo indicado:

TEMÁTICA	ARTÍCULO
Plan Sectorial de Tecnología en Salud	Artículo 4° parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones deberá expedir el Plan Sectorial de Tecnología en Salud a más tardar dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley.
Implementación y evaluación de los Planes de Salud Pública	Artículo 6°. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá: i) Los lineamientos, metodologías, herramientas e instrumentos que permitan fortalecer la planeación y gestión en salud pública en los niveles municipal, distrital y departamental; ii) Los modelos de evaluación, seguimiento y control; iii) Las responsabilidades y requerimientos para todos y cada uno de los actores del Sistema en esta materia; y iv) Las acciones de cooperación y asistencia técnica permanente para su implementación y desarrollo.
	Artículo 7° (Final) El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial. La evaluación estará centrada en la medición de resultados en salud y se utilizarán los datos de los registros administrativos y bases de datos oficiales existentes en el país.
	Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el conjunto de actividades colectivas en salud pública, estableciendo indicadores de impacto, equidad y efectividad, para evaluar el gasto social, en la mejora de la calidad de vida de la población, así como los programas nacionales, departamentales y municipales requeridos para el cumplimiento de dichas actividades.
Política Pública de la Atención Primaria en Salud	Artículo 8°. (Final) Para tal efecto, el Gobierno Nacional definirá en un plazo no mayor de seis (6) meses la Política Pública de la Atención Primaria en Salud teniendo en cuenta su modelo de atención operativo y su implementación gradual y progresiva, priorizando la salud familiar e integrando a todos los actores sectoriales e intersectoriales involucrados en los determinantes sociales.
Lineamientos técnicos y metodológicos para la elaboración y ejecución de líneas de investigación	Artículo 9° (2° párrafo). Igualmente, en coordinación con las entidades del sector salud, las Secretarías de Salud departamentales, distritales y municipales o quien haga sus veces, definirán los lineamientos técnicos y metodológicos para la elaboración y ejecución de líneas de investigación incluyendo la investigación en ciencia básica, priorizando las acciones que deban desarrollarse con recursos públicos.

TEMÁTICA	ARTÍCULO
Reglamentación de manejo de información, registro, facturación y manejo de recursos	Artículo 13. <i>Funciones de la unidad de gestión.</i> Para desarrollar el objeto, la Unidad de Gestión - Salud- Mía tendrá las siguientes funciones: h) Administrar la información relativa a la afiliación, cotización, registro de novedades, registro de actividades de facturación y manejo de los recursos del Sistema, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social; Parágrafo 2°. El giro a los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores por los servicios y tecnologías contenidas en el plan de beneficios individual se harán de manera directa. Será responsabilidad de los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud depurar la información financiera en los términos que para el efecto señale el reglamento.
	Artículo 16. Destinación de los recursos administrados. Los recursos que administra la Unidad de Gestión - Salud-Mía se destinarán a: Parágrafo 3°. Se podrán destinar recursos para cubrir los servicios de salud para las personas que sufran enfermedades huérfanas, de acuerdo con las condiciones que fije el reglamento.
Define las condiciones para la atención de enfermedades huérfanas	Artículo 21. Mecanismo de priorización de Mi-Plan. La priorización tendrá por objeto incorporar o no a Mi-Plan los servicios y tecnologías no excluidos por el mecanismo anterior y que logren una adecuada utilización social y económica de los recursos disponibles. Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un sistema tarifario de referencia, el cual se actualizará de conformidad con lo que señale el reglamento que para tal efecto se expida.
Define el sistema tarifario de referencia para la priorización de Mi Plan	Artículo 22. <i>Regulación de precios de servicios y tecnologías de salud.</i> Elimínesse la Comisión Nacional de Precios y Medicamentos y Dispositivos Médicos de que tratan los artículos 245 de la Ley 100 de 1993 y el artículo 87 de la Ley 1438 de 2011, cuyas funciones serán asumidas por el Ministerio de Salud y Protección Social con el enfoque intersectorial que se requiera.
Asume las funciones de la Comisión Nacional de Precios y Medicamentos y Dispositivos Médicos	El Ministerio de Salud y Protección Social regulará las clasificaciones de las tecnologías, los precios de los servicios y tecnologías de salud con fundamento en la política farmacéutica nacional y otras políticas que se formulen al respecto. Los precios de las nuevas tecnologías serán establecidos antes de su entrada al mercado de conformidad con la regulación de precios de medicamentos.
Regulará las clasificaciones de las tecnologías, los precios de los servicios y tecnologías de salud	Artículo 24. <i>Vigilancia de las tecnologías de salud.</i> El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las entidades competentes, establecerá los mecanismos de vigilancia de la calidad, seguridad y efectividad de las tecnologías de salud y de las innovaciones tecnológicas para efectos de protección de la salud pública y la actualización de Mi-Plan.
Establecerá los mecanismos de vigilancia de la calidad, seguridad y efectividad de las tecnologías de salud y de las innovaciones tecnológicas	Artículo 26. <i>Prestadores de Servicios de Salud.</i> Los Prestadores de Servicios de Salud son los agentes responsables de la atención individual en salud y serán de dos tipos: Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el modelo de atención de acuerdo con los contenidos del Mi Plan, las características de los prestadores de servicios de salud y las de las Áreas de Gestión Sanitaria.
Definirá el modelo de atención individual	

TEMÁTICA	ARTÍCULO
Reglamentará que no se requiera autorizaciones para los servicios de urgencias	Parágrafo 2°. La atención inicial de urgencias no requiere ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y el gestor, en los términos definidos por la ley. El gobierno reglamentará la materia.
Regulará el cobro de copagos y cuotas moderadoras para los servicios complementarios	Parágrafo 3°. En los servicios provistos a través de Prestadores de Servicios de Salud Primarios queda prohibido el cobro de copagos y cuotas moderadoras a los usuarios del Régimen Subsidiado, y a los del contributivo cuando se trate de atención en medicina general y en los programas de promoción, prevención y protección específica definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. En los servicios provistos por Prestadores de Servicios de Salud Complementarios, el Ministerio de Salud y Protección Social regulará el cobro de copagos y cuotas moderadoras, de acuerdo con la capacidad de pago del usuario, que no constituirán barreras o límites para su debida atención.
Reglamentará el cobro de copagos para la atención de enfermedades catastróficas o de alto costo para usuarios del Régimen Contributivo	Parágrafo 5°. Queda prohibido el cobro de copagos a los usuarios del Régimen Subsidiado sobre las atenciones requeridas en el tratamiento de enfermedades catastróficas o de alto costo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el cobro de copagos sobre las atenciones requeridas en el tratamiento de enfermedades catastróficas o de alto costo para usuarios del Régimen Contributivo, exonerando a las personas de bajos ingresos. Hasta tanto el Ministerio de Salud y Protección Social reglamente lo dispuesto en el presente parágrafo, se entenderá como persona de bajos ingresos aquella cuyo ingreso Base de Cotización sea inferior a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes (smlmv) en el mes en el que se preste la respectiva atención.
Determinará los criterios para la conformación de las Área de Gestión Sanitaria y Red de Prestación del Gestor	Artículo 27. <i>Red de Área de Gestión Sanitaria y Red de Prestación del Gestor.</i> Las Comisiones de Área de Gestión sanitaria son los responsables de conformar la red de prestación de servicios de Salud de la respectiva Área de Gestión Sanitaria. Esta debe garantizar de manera integral y suficiente la prestación de servicio y tecnologías en salud incluidas en Mi-Plan. Para estos efectos, se deben tener en cuenta los criterios que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.
Determinará las causas para la modificación de una Red de Prestación de servicios	Los Gestores de Servicios de Salud no podrán cancelar ni modificar unilateralmente dentro del término de su duración mínima, los contratos con los Prestadores de Servicios de Salud de su Red de Prestación de Servicios de Salud. Tampoco podrán modificar la Red de Prestación de Servicios de Salud que les fue aprobada dentro del término de la duración mínima establecida para su contratación, salvo por las causas que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.
Definirá los criterios y condiciones para la habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y Redes de Prestadores	Artículo 28. <i>Habilitación de Prestadores y Redes de Prestación de Servicios de Salud.</i> El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios y condiciones para la habilitación de Prestadores de Servicios de Salud y Redes de Prestadores de Servicios de salud, así como los mecanismos de verificación necesarios para su realización.

TEMÁTICA	ARTÍCULO
Determinará los criterios para la conformación de las Área de Gestión Sanitaria y Red de Prestación del Gestor	Artículo 29. <i>Áreas de Gestión Sanitaria.</i> Se entiende por Áreas de Gestión Sanitaria las zonas del territorio colombiano definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, en las cuales la población accede a las prestaciones individuales.
Definirá Áreas de Gestión Sanitaria especiales en las cuales operará un modelo de atención diferenciado	Artículo 30. <i>Áreas de Gestión Sanitaria Especial.</i> En aquellas zonas en las cuales, por su baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, flujo de servicios, accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, entre otros, no se garanticen los servicios y tecnologías de Mi-Plan, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá Áreas de Gestión Sanitaria especiales en las cuales operará un modelo de atención diferenciado para atender las condiciones específicas locales, en cuyo caso la organización y operación de la atención en salud podrá ser complementada con la oferta disponible de servicios de otras áreas. En las zonas de difícil acceso los Prestadores de Servicios de Salud y los Gestores de Servicios de Salud deberán contar con los elementos técnicos y los recursos necesarios para la incorporación y funcionamiento de la telemedicina.
Deberá diseñar un modelo de atención en salud especial, para la población privada de la libertad	Parágrafo. La población privada de la libertad estará a cargo de la Unidad Administrativa Penitenciaria y Carcelaria del Ministerio de Justicia y del Derecho, la cual se encargará en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social de diseñar un modelo de atención en salud especial, integral, diferenciado y con perspectiva de género para la población privada de la libertad, incluida la que se encuentra en prisión domiciliaria, financiado con los recursos del Presupuesto General de la Nación. Este modelo tendrá como mínimo una atención intramural, extramural y una política de atención primaria en salud.
Regulará el cobro de copagos y cuotas moderadoras	Artículo 31. <i>Gestores de Servicios de Salud.</i> Son personas jurídicas de carácter público, privado o mixto, vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud responsables de conformar y gestionar su Red de Prestadores de Servicios de Salud dentro de un Área de Gestión Sanitaria para garantizar las prestaciones individuales de Mi-Plan. Los Gestores de Servicios de Salud podrán cobrar copagos y cuotas moderadoras a los usuarios, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. Los Gestores de Servicios de Salud podrán cobrar copagos y cuotas moderadoras a los usuarios, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
Reglamentación de manejo de información, registro, facturación y manejo de recursos	Artículo 32. <i>Funciones de los Gestores de Servicios de Salud.</i> Son funciones de los Gestores de Servicios de Salud las siguientes: m) Facilitar que la información clínica de sus usuarios esté disponible cuando sea requerida por cualquier Prestador de Servicios de Salud. El Gobierno Nacional definirá los estándares para su recolección, almacenamiento, seguridad y distribución;
Define la constituirse en unidades de negocio independientes por cada área de gestión	Artículo 34. <i>Ámbito de operación del Gestor de Servicios de Salud.</i> Los Gestores de Servicios de Salud podrán operar en diferentes Áreas de Gestión Sanitaria para lo cual deberán constituirse en unidades de negocio independiente en cada una de ellas en los términos dispuestos por el Gobierno Nacional.

TEMÁTICA	ARTÍCULO	TEMÁTICA	ARTÍCULO
Define un número adecuado de usuarios por cada Gestor	El Ministerio de Salud y Protección Social podrá definir un número adecuado de usuarios por cada Gestor de Servicios de Salud para una Área de Gestión Sanitaria, igualmente establecerá las condiciones, formas y plazos para su cumplimiento, acordes con las condiciones particulares de cada Área de Gestión Sanitaria.	Definirá los estándares de las facturas y la codificación para todos los bienes y servicios de salud	Parágrafo 2°. Los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores deberán enviar a la Unidad de Gestión - Salud-Mía todas las facturas de los bienes entregados y servicios de salud prestados. La Unidad de Gestión - Salud-Mía girará el valor correspondiente previa autorización del Gestor de Servicios de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los estándares de las facturas y la codificación para todos los bienes y servicios de salud.
Definirá los criterios y condiciones mínimas de habilitación de cada Gestor	Artículo 35. <i>Habilitación de Gestores de Servicios de Salud en un Área de Gestión Sanitaria.</i> El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios y condiciones mínimas de habilitación de cada Gestor de Servicios de Salud de acuerdo con las condiciones particulares de cada Área de Gestión Sanitaria. Los criterios de habilitación deben incluir como mínimo respaldo patrimonial, margen de solvencia, reservas y capacidad de gestión administrativa y tecnológica, e integralidad y suficiencia de la Red de Prestación de Servicios de Salud. La exigencia de margen de solvencia y patrimonio técnico se calcularán en función de la gestión de riesgo en salud.	Diseñará e implementará un sistema de pago por desempeño que incentive a los Gestores de Servicios de Salud y a los Prestadores	Artículo 41. <i>Sistema de pago por desempeño.</i> El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará e implementará un sistema de pago por desempeño que incentive a los Gestores de Servicios de Salud y a los Prestadores de Servicios de Salud a alcanzar los mayores logros posibles en el mejoramiento del estado de salud de la población, el mejoramiento de la calidad de la atención, la satisfacción y experiencia del usuario y la adecuada utilización de sus recursos. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la metodología, el conjunto de indicadores de desempeño y el esquema de incentivos para la implementación progresiva del sistema. Estos indicadores como mínimo deberán enfocarse en el logro de metas o resultados esperados y en actividades consideradas prioritarias, obligatorias o de interés en salud pública; en el mejoramiento de la calidad de la atención, la experiencia y satisfacción del usuario; y en la adecuada gestión de los recursos.
Fijará criterios para que los Gestores Contraten a Prestadores de la Red pública	Artículo 36. <i>Operación simultánea de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.</i> Los Gestores de Servicios de Salud deberán atender simultáneamente los afiliados de los Regímenes Contributivo y Subsidiado. No obstante, deberán separar el manejo contable de ambos regímenes en unidades de negocio diferentes. El porcentaje de contratación con la red pública en el régimen subsidiado no podrá ser inferior al sesenta por ciento (60%) de los recursos manejados por el Gestor provenientes de este régimen. El Ministerio de Salud y Protección Social fijará criterios para que los Gestores de Servicios de Salud realicen la respectiva contratación. Si la oferta pública disponible no es suficiente o no está disponible para la demanda requerida, el Gestor de Servicios de Salud deberá contratar el faltante con Prestadores de Servicios de Salud privados. Para todo lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social determinará las condiciones necesarias, teniendo siempre en cuenta las recomendaciones realizadas por las respectivas Entidades Territoriales y la Comisión de Área de Gestión Sanitaria.	Definirán las características específicas de los programas de especializaciones médicas y quirúrgicas	Artículo 44. <i>De la titulación de especializaciones médicas y quirúrgicas en medicina.</i> Podrán otorgar títulos de especializaciones médicas y quirúrgicas en medicina las siguientes entidades: Los Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social definirán las características específicas de los programas de especializaciones médicas y quirúrgicas en medicina para la obtención del registro calificado.
Determinará los porcentajes o montos de los ingresos de los Gestores	Artículo 39. <i>Ingresos de los Gestores de Servicios de Salud.</i> Cada Gestor de Servicios de Salud, en una determinada Área de Gestión Sanitaria, tendrá derecho a los siguientes ingresos, atendiendo los porcentajes o montos que para el efecto determine el Ministerio de Salud y Protección Social:	Definirá estándares para los programas de formación en el área de la salud	Artículo 45. <i>De los programas de formación en el área de la salud.</i> Los programas de formación en el área de la salud serán aprobados considerando criterios de calidad y pertinencia de los mismos y la evaluación de la relación docencia-servicio y de los escenarios de práctica, según los estándares y procedimientos que definan los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional, los cuales harán parte integral del Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior. Para determinar la pertinencia de los nuevos programas de formación en el área de la salud se requerirá concepto del Ministerio de Salud y Protección Social.
Reglamentará la liquidación de los excedentes y/o utilidades al cierre de cada vigencia	Parágrafo 1°. De conformidad con la naturaleza jurídica de cada entidad los excedentes y/o utilidades solo se liquidarán al cierre de la vigencia fiscal previo el cumplimiento del régimen patrimonial, de reservas y margen de solvencia que para el efecto reglamente el Gobierno Nacional.	Fijará las condiciones, requisitos y procedimientos para la aprobación de los cupos para especialistas	El Ministerio de Salud y Protección Social fijará las condiciones, requisitos y procedimientos para la aprobación de los cupos en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
Reglamentará indicadores de desempeño e incentivos a tener en cuenta en la contratación entre Gestores y Prestadores	Artículo 40. <i>Pago a los Prestadores de Servicios de Salud y Proveedores.</i> Los Gestores de Servicios de Salud definirán con cada uno de los Prestadores de Servicios de Salud que integran su red y los Proveedores los mecanismos y las formas de pago. Los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud podrán pactar al momento de la contratación indicadores de desempeño e incentivos sujetos a la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.	Definirán los requisitos que deberán cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para obtener el reconocimiento como Hospital Universitario.	Artículo 52. <i>Hospital Universitario.</i> El Hospital Universitario es una Institución Prestadora de Servicios de Salud orientada a la docencia y la investigación, reconocida por su capacidad de generación de conocimiento y como escenario de práctica de programas de salud, principalmente de especializaciones médicas y quirúrgicas en medicina y que cumple condiciones para ofrecer estos programas de

TEMÁTICA	ARTÍCULO
	manera autónoma o en conjunto con una Institución de Educación Superior. Los Ministerios de Educación Nacional y Salud y Protección Social definirán los requisitos que deberán cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para obtener el reconocimiento como Hospital Universitario.
Reglamentará el Sistema de Información del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud	Artículo 53. Requisitos para el ejercicio del personal del área de la salud. Modifícase el artículo 18 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así: 2. Estar inscrito y mantener actualizada y vigente su información en el Sistema de Información del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.
Establecerán los mecanismos legales, administrativos y presupuestales para dar cumplimiento a la atención de los menores	Artículo 67. <i>Corresponsabilidad.</i> El Estado, los padres o representantes legales de las niñas, niños y adolescentes son responsables de su cuidado y de gestionar la atención oportuna e integral a la salud de sus hijos o representados menores de edad, y exigir al Sistema la prestación de los servicios de salud a la que haya lugar. El Estado y los agentes del Sistema establecerán los mecanismos legales, administrativos y presupuestales para dar cumplimiento a la atención en salud de manera efectiva, oportuna y con calidad.
Determinará las condiciones excepcionales para las ampliaciones de cobertura o movimientos de usuarios	Artículo 70. <i>Creación y habilitación de Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.</i> No se permitirá la creación de ningún tipo de Entidades Promotoras de Salud. Durante el periodo de transición no se podrán efectuar traslados, ampliaciones de cobertura y movimientos de usuarios, salvo que se trate de circunstancias excepcionales determinadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
Definirá los procesos que se deberán surtir durante la transición para la afiliación, traslados y movimientos de afiliados de las actuales EPS	Artículo 71. <i>Transformación o liquidación de las actuales Entidades Promotoras de Salud.</i> Las actuales Entidades Promotoras de Salud contarán con un plazo máximo de dos (2) años para transformarse en Gestores de Servicios de Salud de conformidad con lo dispuesto en la presente ley. Las Entidades Promotoras de Salud que no se transformen en el plazo señalado en el presente artículo se disolverán y liquidarán. El Gobierno Nacional definirá los procesos que se deberán surtir durante la transición para la afiliación, traslados y movimientos de afiliados de las actuales Entidades Promotoras de Salud, así como para garantizar la prestación de los servicios médicos y tratamientos en curso de los afiliados al Sistema que no hayan elegido Gestor de Servicios de Salud.
Establecerá los términos referidos al proceso de glosas asociadas a la prestación de servicios	Artículo 77. <i>Trámite de glosas.</i> El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los términos referidos al proceso de glosas asociadas a la prestación de servicios de salud.
Reglamentará los mecanismos para desestimar o sancionar el abuso con el trámite de glosas	El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimar o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago.

TEMÁTICA	ARTÍCULO
Determinará términos y condiciones para la administración del Fondo de Garantías	Artículo 78. <i>Fondo de Garantías para el Sector Salud.</i> El Fondo de Garantías para el Sector Salud funcionará como una cuenta especial sin personería jurídica, administrado por la Unidad de Gestión - Salud-Mía cuyo objetivo es proteger la confianza de los agentes del Sistema y asegurar la continuidad en la prestación del servicio de salud, preservando el equilibrio y la equidad económica de dicho Sistema. Los términos y condiciones para la administración del Fondo de Garantías para el Sector Salud los establecerá el Gobierno Nacional. Los recursos que se recauden en cada vigencia, los intereses y rendimientos financieros se incorporarán al portafolio del Fondo, no harán parte del Presupuesto General de la Nación y se entenderán ejecutados con la transferencia presupuestal respectiva.
Reglamentará el manejo de los recursos del SGP	Artículo 79. <i>Distribución de los Recursos del Sistema General de Participaciones.</i> A partir de la vigencia 2015, los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) para Salud se destinarán el 10% para cofinanciar las acciones en Salud Pública; el 80% para el componente de Régimen Subsidiado y el 10% restante para la prestación de servicios de salud realizada por los prestadores públicos que se denominará Oferta Pública, recursos que promoverán la sostenibilidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud. Parágrafo 1°. El Gobierno Nacional podrá definir una compensación para las variaciones negativas originadas en la menor asignación respecto al año anterior. Parágrafo 2°. Este artículo se aplicará conforme a la reglamentación que el Gobierno Nacional expida para el efecto.
Definirá las calidades exigidas para ser gerente o director de una Empresa Social del Estado	Artículo 81. <i>Nombramiento de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado y conformación de juntas directivas.</i> Los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado serán de libre nombramiento y remoción por parte de la autoridad nacional o territorial competente. El Gobierno Nacional definirá las calidades exigidas para ser gerente o director de una Empresa Social del Estado que como mínimo deberá ser profesional universitario con tres (3) o más años de experiencia en el sector y la aprobación de un examen habilitante a cargo del Departamento Administrativo de la Función Pública. Las calidades exigidas pueden variar dependiendo del nivel de complejidad o de los servicios que preste la Empresa Social del Estado.
Facultades extraordinarias para la clasificación de empleos, el procedimiento para su vinculación y retiro y, en general, el régimen laboral para los servidores que prestan sus servicios en las ESE	Artículo 82. <i>Facultades extraordinarias régimen laboral de las Empresas Sociales del Estado.</i> De conformidad con lo dispuesto en el numeral 10 del artículo 150 de la Constitución Política, revítese al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias para que en el término de seis (6) meses, contados a partir de la fecha de la publicación de la presente ley, expida normas con fuerza de ley que contengan la clasificación de empleos, el procedimiento para su vinculación y retiro y, en general, el régimen laboral para los servidores que prestan sus servicios en las Empresas Sociales del Estado de nivel nacional y territorial, con el propósito de garantizar la calidad, humanización y eficiencia en la prestación del servicio público de salud y hacer sostenibles

TEMÁTICA	ARTÍCULO
	las Empresas Sociales del Estado. En todo caso, en desarrollo de estas facultades se deberán respetar los derechos adquiridos y propiciar condiciones dignas de trabajo y el adecuado bienestar social de los Servidores Públicos, en observancia de los principios del artículo 53 de la Constitución Política. El Decreto deberá ser concertado con las organizaciones sindicales de conformidad con el artículo 55 de Constitución Nacional.
Facultades extraordinarias para reorganizar el Sistema para pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras	Artículo 83. <i>Facultades extraordinarias minorías étnicas.</i> De conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias, por el término de seis (6) meses contados a partir de la publicación de la presente ley, para expedir por medio de decretos con fuerza de ley, la regulación que permita reorganizar el Sistema en los asuntos que requieran una implementación particular para pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, manteniendo la normatividad vigente que les sean más favorables. En la elaboración de las normas con fuerza de ley que desarrollen las facultades extraordinarias aquí otorgadas se consultará a los pueblos étnicos a través de las autoridades y organizaciones representativas bajo los parámetros de la jurisprudencia constitucional, la ley y el derecho propio, con el fin de dar cabal cumplimiento al derecho fundamental de la consulta previa. La metodología de la consulta previa para la elaboración de las normas con fuerza de ley será concertada entre el Gobierno Nacional y los pueblos étnicos a través de las autoridades y organizaciones representativas. Los medios económicos y técnicos para el desarrollo de dichas consultas serán garantizados por el Gobierno Nacional.

TEMÁTICA	ARTÍCULO
Facultades extraordinarias para reglamentar el régimen excepcional de salud de los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio	Artículo 85 (Nuevo). De conformidad con el numeral 10 del artículo 150 de la Constitución Política, revístese al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias, hasta por el término de seis (6) meses, contados a partir de la promulgación de la presente ley, para expedir un decreto con fuerza de ley que reglamente el régimen excepcional de salud de los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, sin que en ningún caso se puedan menoscabar las condiciones actuales del mismo, en concordancia con el principio de progresividad. En el desarrollo de estas facultades se garantizará la participación de los representantes de Fecode.
Diseñará e implementará un sistema nacional único de evaluación y clasificación para el ingreso a programas de especialidades en salud.	Artículo 87 (Nuevo). <i>Evaluación y acceso a los programas de posgrado en el sector salud.</i> El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Educación, diseñará e implementará un sistema nacional único de evaluación y clasificación para el ingreso a programas de especialidades en salud. La exigencia de otros requisitos para la admisión a estos programas estará condicionada a reglamento que para el efecto expida el Ministerio de Educación Nacional en conjunto con el Ministerio de Salud.

El Congreso de la República debe asumir sus funciones y de manera clara y más detallada, caracterizar la reforma estructural que necesita el país, y no dejar, más de la mitad de las disposiciones, para la decisión del Gobierno nacional de turno, ya que corremos el riesgo de no tener los resultados esperados, como sucedió con normas como la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011.

D) Análisis del articulado

Nos permitimos adjuntar un resumen de las observaciones realizadas a un gran número de artículos del proyecto en cuestión.

TEMÁTICA	ARTÍCULO	OBSERVACIONES
No se establece una Reforma Estructural	Artículo 1°. <i>Objeto de la ley.</i>	Pretende redefinir o establecer unas nuevas categorías unívocas del Sistema de salud a través de una serie de medidas como marco regulatorio de los beneficios en salud, el manejo unificado de recursos, el régimen laboral de los empleados públicos de las ESE, etc., pero no tiene como objetivo hacer una reforma estructural al Sistema de Salud.
No se estructura como Servicio Público Esencial	Artículo 2°. <i>Ámbito de la ley.</i>	Habla del Servicio Público Esencial pero no dice cómo se hará efectivo el derecho. C-450 de 1995, de la siguiente forma: “ <i>El carácter esencial de un servicio público se predica, cuando las actividades que lo conforman contribuyen de modo directo y concreto a la protección de bienes o a la satisfacción de intereses o a la realización de valores, ligados con el respeto, vigencia, ejercicio y efectividad de los derechos y libertades fundamentales, ello es así, en razón de la preeminencia que se reconoce a los derechos fundamentales de la persona y de las garantías dispuestas para su amparo, con el fin de asegurar su respeto y efectividad</i> ”
Un sistema sin garantía de atención integral	Artículo 3°. <i>Objetivo y características.</i> El objetivo del Sistema es lograr el mejor estado de salud posible de la población por medio de acciones colectivas e individuales de promoción de la salud, prevención, atención y paliación de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas.	No habla en ninguna parte de la atención integral y exigencias de calidad de los servicios.

TEMÁTICA	ARTÍCULO	OBSERVACIONES
Segregación entre los afiliados y no afiliados	f) Contará con un Régimen Contributivo y un Régimen Subsidiado, diferenciados, en forma exclusiva, por los reconocimientos económicos que la ley defina para quienes coticen al mismo.	Continúa el Régimen Contributivo y el Subsidiado pero no se tiene en cuenta a los vinculados o personas que no están en el sistema por estar desempleados de manera temporal, no tener recursos para contribuir y no están en Sisbén, etc.
Priorización de servicios susceptibles de financiamiento.	g) Tendrá un plan de beneficios individual, al cual accederán todos los afiliados, estructurado a través de la priorización de servicios y tecnologías de salud susceptibles de financiamiento con cargo a los recursos del Sistema;	Impone dentro de los objetivos y características básicas del sistema de salud el principio de la priorización de servicios y tecnologías, lo cual es una restricción para el acceso a los servicios.
Posición dominante de los gestores	i) Operará mediante esquemas de integración territorial y redes integradas. Para el efecto se conformarán Redes de Prestación de Servicios de Salud que garanticen la integralidad, continuidad y calidad de la atención;	Eliminaron la posibilidad de que las Comisiones de Área de Gestión sanitaria determinaran los esquemas de integración territorial y dejan que la estructuración de las Redes de Prestación de Servicios de Salud las creen los Gestores.
No hay poder de decisión de los afiliados	k) 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;	Eliminaron la posibilidad de que los afiliados tomaran parte en las decisiones del sistema, ahora solo podrán "actuar" de manera indeterminada ante los Gestores y Prestadores.
Libertad del usuario restringida por las Redes de Prestación de Servicios	l) Permitirá a los afiliados elegir libremente a los Gestores de Servicios de Salud y a los Prestadores de Servicios de Salud, y a los profesionales, dentro de las condiciones de la presente ley;	Afirma que los afiliados pueden elegir libremente cuando en la realidad hay un límite a través de las Redes de Prestación de Servicios, como está funcionando hoy en día.
Evaluación tardía	Artículo 4°. <i>Evaluación del sistema.</i> A partir del año 2015, cada cuatro (4) años, el Gobierno Nacional y las Entidades Territoriales evaluarán el Sistema de acuerdo con los siguientes criterios:	El Gobierno Nacional debió comenzar por realizar una Evaluación del Sistema Actual y no esperar hasta 2015.
Libertad del usuario restringida por las Redes de Prestación de Servicios	j) Libre elección.	La libre escogencia igualmente está supeditada a la oferta disponible por cada uno de los gestores de servicios.
Servicios vs. Sostenibilidad fiscal	k) Sostenibilidad.	Igualmente, todas las decisiones que se tomen en el sistema deben estar bajo los criterios de sostenibilidad.
Principios restrictivos, similares a la Ley 100 y al Proyecto de Ley estatutaria	m) Descentralización administrativa.	Principio de la Ley 100 de 1993
Principios restrictivos, similares a la Ley 100 y al Proyecto de Ley estatutaria	n) Complementariedad y concurrencia.	Principio de la Ley 100 de 1994
Principios restrictivos, similares a la Ley 100 y al Proyecto de Ley estatutaria	o) Corresponsabilidad.	Principio de la Ley 100 de 1995
Principios restrictivos, similares a la Ley 100 y al Proyecto de Ley estatutaria	p) Irrenunciabilidad.	Principio de la Ley 100 de 1996
Principios restrictivos, similares a la Ley 100 y al Proyecto de Ley estatutaria	q) Intersectorialidad.	Principio de la Ley 100 de 1997
Principios restrictivos, similares a la Ley 100 y al Proyecto de Ley estatutaria	r) Prevención.	Principio de la Ley 100 de 1998
Principios restrictivos, similares a la Ley 100 y al Proyecto de Ley estatutaria	t) Inembargabilidad.	Igual a la Ley Estatutaria.
Principios restrictivos, similares a la Ley 100 y al Proyecto de Ley estatutaria	u) Prevalencia de derechos.	Igual a la Ley Estatutaria.
Principios restrictivos, similares a la Ley 100 y al Proyecto de Ley estatutaria	v) Oportunidad.	Igual a la Ley Estatutaria.
Principios restrictivos, similares a la Ley 100 y al Proyecto de Ley estatutaria		Se elimina del proyecto radicado el principio de la continuidad en la prestación de los servicios.
Principios restrictivos, similares a la Ley 100 y al Proyecto de Ley estatutaria		Se eliminan del proyecto radicado los sujetos de especial protección como los menores, mujeres embarazadas, adultos mayores, personas con enfermedades huérfanas o de alto costo.
Principios restrictivos, similares a la Ley 100 y al Proyecto de Ley estatutaria		Se elimina del proyecto radicado el principio de enfoque diferencial para los grupos étnicos reconocidos en el país.
No se establece una estrategia Estatal para la salud pública	Artículo 6°. <i>Salud pública.</i>	Todas las intervenciones colectivas deberían estar a cargo solo de los entes públicos como principal responsabilidad del Estado y no de terceros. 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. Se elimina el componente de participación y decisión de entes territoriales sobre la planeación de la salud pública.

TEMÁTICA	ARTÍCULO	OBSERVACIONES
No operativiza la Atención Primaria de Salud	Artículo 8°. <i>Estrategia de atención primaria en salud.</i> El diseño y ejecución de las acciones de salud pública y atención individual en salud adoptarán como su estrategia principal la atención primaria en salud.	Según la OMS, la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad. No se habla de las Redes Integradas, ni de los promotores de salud, fortalecimientos de puestos, etc. Toda la estrategia se deja para reglamentación del Gobierno Nacional.
La Investigación y la innovación no son un eje principal del sistema	Artículo 9°. <i>Investigación, innovación y desarrollo tecnológico para la salud.</i>	La investigación y desarrollo se deja a disposición y reglamentación del Ministerio de Salud.
Centralización inadecuada	Artículo 10. <i>Creación de Salud-Mía.</i> Artículo 11. <i>Régimen aplicable a la Unidad de Gestión-Salud-Mía.</i>	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. Se dejará a los operadores la depuración de la información financiera, lo cual no cambia nada con lo que existe actualmente. Esta entidad tendrá que conformarse con un exigente nivel tecnológico para la administración de afiliados y cuentas de todo el país que hoy no se ha solucionado por la desinformación, doble afiliación, etc. de las EPS. Es preocupante que la Contraloría advierta: "será una entidad pública que será blanco de los problemas de corrupción como quiera que dependerá de la información y el saber de los actores que hoy no fueron sancionados".
Tercerización de funciones de SALUD-MIA	Artículo 12. <i>Objeto.</i> La Unidad de Gestión -Salud-Mía.	Se autoriza la tercerización operativa y logística para el desarrollo de los objetivos propios del Fondo, lo cual es la causa de su creación.
Centralización inadecuada	Artículo 13. <i>Funciones de la unidad de gestión.</i>	Es adecuada la centralización y de funciones para combatir la corrupción que se ha dado en el manejo de los recursos de la salud, sin embargo, las funciones son de altísima responsabilidad presupuestal lo cual genera un riesgo permanente de fraude e ineficiencia institucional.
Centralización inadecuada	Parágrafo 1°. La determinación de las obligaciones y el cobro coactivo derivados del pago por menor labor o el no pago de las cotizaciones en salud que deben realizar las personas naturales y jurídicas serán adelantados por la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) bajo las reglas del Estatuto Tributario. Las cotizaciones en salud son imprescriptibles, al igual que las acciones que para el recaudo de las mismas procedan.	Puede ser hasta inconstitucional que las cotizaciones de salud que hacen los afiliados sean imprescriptibles, mientras que los mayores deudores del sistema de salud pueden salir del sistema sin ningún problema.
Centralización inadecuada	Artículo 15. <i>Recursos que recaudará y administrará la Unidad de Gestión -Salud-Mía.</i> Artículo 16. <i>Destinación de los recursos administrados.</i> Artículo 17. <i>Órgano de dirección y administración.</i>	El Fondo no hace una diferenciación de los recursos según su destinación. Todo será una misma bolsa según se necesite para financiar el régimen contributivo o para los servicios de las víctimas de la violencia o de accidentes de tránsito hasta donde alcance el presupuesto.
Existe plan de beneficios supeditado a la financiación	Artículo 19. <i>Plan de Beneficios Individual de Salud - Mi-Plan.</i>	El Plan de Beneficios incorporará servicios que hacen parte del núcleo del derecho, se requieran para la promoción de la salud, prevención, atención y paliación de la enfermedad, siempre y cuando sean financiables, por lo tanto, lo no financiable queda por fuera. No considera en ninguna parte la situación de los pacientes de alto costo. Adicionalmente no establece cada cuánto se evaluarán los servicios y tecnologías nuevos, eficientes y autorizados por las entidades competentes, para que sean incorporados o no al Plan de Beneficios.
Restricciones arbitrarias de los servicios	Parágrafo. Mi-Plan deberá garantizar que cuando menos una vez al año el usuario pueda realizarse un examen general de naturaleza preventiva sin solicitar más de una cita para el efecto.	Crea restricciones arbitrarias para los usuarios del sistema.

TEMÁTICA	ARTÍCULO	OBSERVACIONES
Ambigüedad sobre los criterios de exclusión	Criterios de exclusión	Se elimina del texto propuesto los criterios de exclusión de la ley estatutaria, lo cual pone en duda el listado ya que no existe ley estatutaria y tampoco propuestas en la ley ordinaria.
La participación como medio de legitimación de las decisiones unilaterales del Gobierno	Artículo 20. <i>Mecanismo de exclusión.</i>	Este artículo trata de incorporar el elemento participativo para finalmente darle la función al Ministerio de tomar la decisión que considere mejor.
Priorización de servicios susceptibles de financiamiento.	Artículo 21. <i>Mecanismo de priorización de Mi-Plan.</i> La priorización tendrá por objeto incorporar o no a Mi-Plan los servicios y tecnologías no excluidos por el mecanismo anterior y que logren una adecuada utilización social y económica de los recursos disponibles.	No es cierto que MI Plan contendrá lo que se llama POS y NO-POS ya que se incorporó en la ponencia para segundo debate en Senado, la priorización de los servicios y tecnologías que logren los mejores resultados de acuerdo a los recursos disponibles y a las necesidades del país determinadas por el Ministerio de salud.
Priorización de servicios susceptibles de financiamiento.	Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social evaluará la incorporación gradual de los servicios y tecnologías en salud del universo de lo recobrado, contados tres (3) años después de la entrada en vigencia de la presente ley.	Se crea temporalidades arbitrarias ya que al posponer la incorporación de servicios NO POS a Mi Plan, tres años después de la entrada en vigencia de la Ley, lo único que se demuestra es el desconocimiento total de los derechos adquiridos por los pacientes cuya vida y dignidad dependen de servicios que en este momento están por fuera del Plan de Beneficios.
Promoción del uso de genéricos	Artículo 22. <i>Regulación de precios de servicios y tecnologías de salud.</i>	Se promueve el uso de medicamentos genéricos sin considerar la necesidad de medicamentos que eviten efectos secundarios en la salud de los pacientes.
Continúa crisis de los Prestadores Públicos	Artículo 26. <i>Prestadores de Servicios de Salud.</i>	Se argumenta que la crisis de los hospitales públicos es inocultable sin embargo no se presenta ninguna estrategia integral de reestructuración, mejora de infraestructura y funcionamiento.
Posición dominante de los gestores	Artículo 27. <i>Red de Área de Gestión Sanitaria y Red de Prestación del Gestor.</i>	Cada Gestor tendrá la potestad de estructurar la Red de prestación de servicios, al igual que hoy lo hacen las EPS, en detrimento de los servicios de los pacientes y a favor de la reducción de gastos. No se establece las modalidades de contratación entre el Gestor y los Prestadores lo cual es riesgoso para los Prestadores actuales porque pueden seguir en desigualdad de condiciones. No se han considerado las propuestas y estado actual de los prestadores especialmente públicos.
Indefinición de temas claves	Artículo 30. <i>Áreas de Gestión Sanitaria Especial.</i>	El Ministerio determinará las condiciones necesarias del prestado único de estas áreas especiales.
	Parágrafo. La población privada de la libertad estará a cargo de la Unidad Administrativa Penitenciaria y Carcelaria del Ministerio de Justicia y del Derecho, la cual se encargará en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social de diseñar un modelo de atención en salud especial, integral, diferenciado y con perspectiva de género...	Igualmente el modelo de atención de la población privada de la libertad queda a disposición del Ministerio de Salud, cuando el Congreso debería definir qué tipo de atención se requiere en el sistema penitenciario y carcelario en Colombia de acuerdo a los diagnósticos y debates realizados en el seno legislativo.
Posición dominante de los gestores	Artículo 31. <i>Gestores de Servicios de Salud.</i>	Se promueve o incentiva que los Gestores tengan sus propias redes en una especie de integración. Se permite que actuales EPS pueden pasar a ser Gestores sin requisitos de calidad, balance de eficiencia, gestión del derecho a la salud, satisfacción de los usuarios, etc.
Posición dominante de los gestores	Artículo 32. <i>Funciones de los Gestores de Servicios de Salud.</i>	Aunque el manejo directo del recaudo se limita, se delegan más funciones a los Gestores que las que tienen en la actualidad las EPS. Si no cumplen con las funciones que tienen hoy en día no se espera nada adicional en el futuro.
Posición dominante de los gestores	Artículo 33. <i>Comisión de Área de Gestión Sanitaria.</i>	La Comisión se crea para estructurar las áreas y evaluar resultados de los actores, sin embargo es inequitativo que se delegue a 2 personas que representan al Gestor y solo 1 persona que represente a los Prestadores y 1 a los usuarios. De esta manera va a ser muy difícil la evaluación de la operación, ya que no hay representatividad de los prestadores y sobre todo de los usuarios del sistema.

TEMÁTICA	ARTÍCULO	OBSERVACIONES
Posición dominante de los gestores	Parágrafo transitorio. Mientras la Unidad de Gestión - Salud-Mía inicia las funciones de administración de la 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.	No se termina la intermediación financiera ya que continúan temporalmente las funciones de afiliación, recaudo, gestión de cobro, administración de recursos y conciliación de cotizaciones.
Posición dominante de los gestores	Artículo 35. <i>Habilitación de Gestores de Servicios de Salud en un Área de Gestión Sanitaria.</i>	No hay cambios sustanciales en las exigencias que se harán a los Gestores, además que toda la reglamentación de los requisitos quedará a cargo del Ministerio de Salud.
La integración vertical como el fin de los Prestadores de Servicios públicos de primer nivel	Artículo 38. <i>Integración vertical.</i> Está prohibida la integración vertical de Gestores de Servicios de Salud y Prestadores de Servicios de Salud salvo en la prestación de servicios básicos de primer nivel de atención en salud.	Es contradictorio que afirme la prohibición de la integración vertical y en el mismo párrafo la permita para servicios básicos de primer nivel que son el grueso de los servicios de salud. Es decir, continúa la integración vertical como está en este momento por lo menos 3 años más, y de manera indefinida, en la atención básica.
Posición dominante de los gestores	Parágrafo 1°. Se prohíbe a los Gestores de Servicios de Salud utilizar los recursos destinados a servicios de salud en inversiones de equipamiento de salud o infraestructura de salud.	Se prohíbe utilizar los recursos destinados a servicios de salud a inversiones, pero tampoco se sabe cuál será el tope ni se advierte el tope de excedentes al final del ejercicio.
Posición dominante de los gestores	Artículo 39. <i>Ingresos de los Gestores de Servicios de Salud.</i>	Se establece una suma indefinida para los gastos de administración del Gestor de acuerdo al número de usuarios. Adicionalmente se permiten los excedentes previo cumplimiento del régimen patrimonial, reservas, solvencia, etc., pero no hay exigencias de calidad.
Posición dominante de los gestores	Artículo 41. <i>Sistema de pago por desempeño.</i>	El pago por desempeño debería depender de un sistema de evaluación eficiente y realista, donde los Gestores no sean quienes se evalúan a sí mismos. Adicionalmente dice que el cumplimiento de indicadores afecta el porcentaje de gastos de administración, pero no dice cuánto se van a beneficiar los Gestores con esto.
Posición dominante de los gestores	Artículo 43. <i>Ajuste y redistribución de riesgo.</i>	Se ajusta y redistribuye el riesgo garantizando la utilidad e igualdad de condiciones para los Gestores, pero ¿cuáles garantías y qué beneficios tienen los Prestadores Públicos para que continúen operando?
Ausencia de una política integral de talento humano	Artículo 44. <i>De la titulación de especializaciones médicas y quirúrgicas en medicina.</i>	Contradice la normatividad legal propia del sector educativo que garantiza profesionales de calidad. Es necesaria la creación de una política de Estado para la formación del talento humano en salud que el país requiere, con la participación de Instituciones educativas, docentes y estudiantes.
Ausencia de una política integral de talento humano	Artículo 45. <i>De los programas de formación en el área de la salud.</i> Artículo 52. <i>Hospital Universitario.</i>	En el tema de formación de profesionales de la salud, no basta la decisión unilateral del Ministerio de Salud, se requiere al Ministerio de Educación, Universidades, representación docente y estudiantil.
Continúa la debilidad institucional de la IVC	Artículo 54. Naturaleza jurídica de las medidas especiales, de la toma de posesión y de los procesos sancionatorios de la Superintendencia Nacional de Salud.	No hay diferencias sustanciales que permitan fortalecer el Sistema de Inspección Vigilancia y Control que requiere el sector de la salud para salvaguardar no solo las finanzas de las entidades, sino principalmente, garantizar el derecho a la salud en las mejores condiciones posibles para todos los colombianos.
Continúa la debilidad institucional de la IVC	Artículo 55. <i>Objeto, finalidades y causales de la toma de posesión.</i>	Son prácticamente las mismas funciones que tiene hoy la Superintendencia y que a través de la toma de posesión no ha llegado a mejorar sustancialmente los servicios ni las finanzas de las entidades.
Continúa la debilidad institucional de la IVC	Artículo 56. <i>Modalidades y duración de la toma de posesión.</i>	No hay una modalidad de toma de posesión a los Gestores, pero tampoco establece cuáles son las modalidades de auditoría o intervención que realizará la Superintendencia para evaluar el funcionamiento y resultados de un Gestor.
Continúa la debilidad institucional de la IVC	Artículo 59. <i>Sanciones.</i>	Las multas no varían conforme a lo establecido en la Ley 1438 de 2011 y van dirigidas principalmente a los Prestadores de Servicios, no hay funciones claras sobre los Gestores.

TEMÁTICA	ARTÍCULO	OBSERVACIONES
Servicios de acuerdo a la capacidad de pago	Artículo 64. <i>Atención preferente.</i> Artículo 65. Servicios y medicamentos para las niñas, niños y adolescentes.	El capítulo sobre la atención preferente y diferencial para la infancia y la adolescencia reafirma que la reforma propuesta por el gobierno Nacional no es para mejorar las condiciones de atención sino para establecer servicios de acuerdo a la capacidad de pago de los colombianos.
Transición incierta	Artículo 69. <i>Plazo para la implementación de la ley.</i>	El plazo según la Contraloría General es muy largo y costoso. El Gobierno Nacional debe ser claro con el país y presentar cuánto cuesta su propuesta y cuáles son las medidas preventivas que asumirá para evitar los problemas que se pueden presentar durante la transición, advertidos por la Contraloría General.
Transición incierta	Artículo 71. <i>Transformación o liquidación de las actuales Entidades Promotoras de Salud.</i>	No hay condiciones especiales para las EPS que quieran pasar a ser gestoras en materia de calidad y resultados de salud, lo cual deja entrever que el Gobierno Nacional con la reforma no pretende mejorar las condiciones de los pacientes. No hay medidas que mitiguen una eventual enajenación masiva de bienes por parte de las actuales EPS.
Transición incierta	Artículo 75. <i>Aclaración de Cuentas y Saneamiento Contable.</i>	El Gobierno Nacional debe conocer el estado de las cuentas actuales tanto de la EPS como de las IPS. El Congreso en un acto de responsabilidad debe conocer, por ejemplo a cuánto asciende la cartera irrecuperable y cómo se saldarán las deudas en contra de los IPS.
Transición incierta	Artículo 76. <i>Recobros y reclamaciones ante el Fosyga.</i>	Se están legalizando recobros que antes tenían duda y fueron glosados.
Transición incierta	Artículo 78. <i>Fondo de Garantías para el Sector Salud.</i>	Se crea un Fondo de garantías para convertir a Salud Mía a favor de los agentes del sistema, incluso de los Gestores.
Transición incierta	Parágrafo. Hasta la supresión del Fosyga, con cargo a los recursos de la subcuenta de garantías, se podrá comprar cartera reconocida de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud cuyo deudor sean las Entidades Promotoras de Salud. En este caso, la recuperación de los recursos que tendrá que pagar la Entidad Promotora de Salud o quien asuma sus obligaciones podrá darse a través de descuentos de los recursos que a cualquier título les correspondan.	Se propone la compra de cartera hasta la liquidación final del Fosyga, pero no se dice de cuánto dinero disponible se está hablando y bajo qué condiciones se hará dicha compra de cartera.
No hay meritocracia	Artículo 81. <i>Nombramiento de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado y conformación de juntas directivas.</i>	No hay meritocracia, simplemente el Gobierno Nacional deja al garete la gerencia de las ESE.
Facultades extraordinarias al Presidente	Artículo 82. <i>Facultades extraordinarias régimen laboral de las Empresas Sociales del Estado.</i>	Concede facultades al Presidente por seis meses para expedir normas para determinar el régimen laboral de las ESE la clasificación de los empleos, vinculaciones y retiros.
Facultades extraordinarias al Presidente	Artículo 83. <i>Facultades extraordinarias minorías étnicas.</i>	Se faculta al Presidente cuando esta regulación debería pasar por consulta previa.
Facultades extraordinarias al Presidente	Artículo 85. De conformidad con el numeral 10 del artículo 150 de la Constitución Política, revítese al Presidente de la República	Concede facultades por 6 meses al Presidente de la República para que reglamente el régimen de salud del Magisterio, cuando el Congreso debe analizar especialmente el funcionamiento del Fondo, el cumplimiento de las disposiciones jurídicas y financieras de acuerdo con lo declarado por la Contraloría General.
Transición incierta	Artículo 92. <i>Procesos de liquidación de las Empresas Promotoras de Salud.</i>	Se dispone que las EPS en proceso de liquidación tendrán prelación para el pago de deudas laborales y luego de deudas reconocidas con los hospitales y clínicas. Es necesario que antes de tomar este tipo de disposiciones, el Congreso de la República conozca a cuánto ascienden las deudas laborales.
Transición incierta	Parágrafo 1°. El pasivo pensional se entiende como gastos de administración, y solo podrá iniciarse el pago de acreencias conforme a la anterior prelación una vez este se hubiere normalizado conforme a las normas vigentes en la materia.	El pasivo pensional de las EPS no será una deuda laboral, se entenderá como un gasto de administración y eso la ubica en los últimos lugares de la prelación de créditos.

TEMÁTICA	ARTÍCULO	OBSERVACIONES
Transición incierta	Artículo 93. Uso de los recursos de excedentes del Sistema General de Participaciones.	Se compromete dinero cuando no se sabe de cuánto se está hablando.
Transición incierta	El Gobierno Nacional definirá un porcentaje de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud que se distribuyan para la atención de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, con destino a la financiación de los costos de la formalización laboral de los trabajadores de las Empresas Sociales del Estado, concurriendo con los demás recursos de las entidades territoriales y los demás que determine para tal efecto la ley.	No se define el porcentaje.
Transición incierta	Artículo 94. Mecanismos de liquidez para las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud.	A parte del Fondo de salvamento, se autoriza al Gobierno para que a través de otras entidades públicas o mixtas se compre cartera a las IPS, pero no se generan mecanismos de recuperación o restitución del dinero público directamente sino que se "podrá" descontar de los recursos que reconoce el SSSS.
Transición incierta	Artículo 95. Condónese el saldo del capital e intereses de los recursos objeto de las operaciones de préstamo interfondos.	Se va a legitimizar un acto presuntamente ilegal realizado por el Ministerio de salud al pasar dineros de la subcuenta ECAT a la de Compensación.
	Artículo 98. Vigencias y derogatorias.	
Se elimina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Artículo 155, 171 de la Ley 100 de 1992 Créase el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Ya había sido derogado por el artículo 3° de la Ley 1122 de 2007
Se elimina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Artículo 172 de la Ley 100 de 1992 FUNCIONES DEL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.	Ya había sido derogado por el artículo 3° de la Ley 1122 de 2008
Se elimina la figura de empleado público a los trabajadores de las ESE	Numeral 5 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993. Las personas vinculadas a la empresa tendrán el carácter de empleados públicos y trabajadores oficiales, conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990.	Se elimina la figura de empleados públicos y trabajadores oficiales a las personas vinculadas a las ESE.
Se elimina al Defensor del Usuario en salud	Artículo 42 de la Ley 1122 de 2007 y artículo 137 de la Ley 1438 de 2011	Se elimina la figura del defensor del usuario en salud, figura que nunca fue reglamentada pero que ha sido defendida y requerida por los usuarios.
Evaluación tardía	El inciso final del artículo 2° de la Ley 1438 de 2011	Se elimina la evaluación del Sistema que se hará cada 4 años.
No operativiza la Atención Primaria de Salud	Artículo 12, 13, 15 y 16 de la Ley 1438 de 2011	Se elimina la Atención Primaria en Salud para dejar en el articulado un nombramiento superficial de la misma.
Restricciones arbitrarias de los servicios	Artículo 25, 26, 27 de la Ley 1438 de 2011	Se elimina la opción de actualización del POS, la existencia de los Comités Técnico Científicos y de la Junta Técnico Científica de Pares que nunca funcionó.
No operativiza la Atención Primaria de Salud	Artículo 60, 61, 62, 63, 64 de la Ley 1438 de 2011	Se elimina la figura de las Redes Integradas de Servicios, figura que complementa la Atención Primaria en Salud. Con esto, la salud de los colombianos depende de las redes estructuradas por los Gestores y de las acciones eventuales de salud pública de los entes territoriales.
Ausencia de una política integral de talento humano	Artículo 100, 101 de la Ley 1438 de 2011	Se elimina el concepto de Hospital Universitario, la cuestión es que en el articulado propuesto no hay una alternativa integral y concertada. Adicionalmente se suprime el artículo que regula actualmente la formación de especialistas en el país y lo deja a disposición y reglamentación del Ministerio de Salud.
Continúa la debilidad institucional de la IVC	Los numerales 3, 7 y 8 del artículo 47 de la Ley 643 de 2001 modificado por el artículo 2° del Decreto-ley 4144 de 2011	Se llevan estas funciones del CONSEJO NACIONAL DE JUEGOS DE SUERTE Y AZAR para que las asuma la Superintendencia Nacional de Salud.
Ausencia de una política integral de talento humano	El segundo inciso del artículo 229 del Decreto-ley 019 del 2012.	Con esta derogatoria los profesionales de la salud podrán certificar experiencia profesional a partir la terminación y aprobación del pensum académico de educación superior y no a partir del registro profesional.

m) Opiniones de distintos actores frente al texto aprobado en el Senado

Frente al texto del Proyecto de ley número 210 de 2013 aprobado en el Senado, se han escuchado diversas voces autorizadas en contra del mismo, donde de manera general, la voz de los ciudadanos piden a gritos que se archive este proyecto que se está tramitando y que en su lugar, se presente un proyecto consensuado con todos los sectores y que efectivamente busque resolver los problemas que aquejan el sistema de salud actual.

Citamos algunos comunicados y análisis:

• Comunicado Oficial de la Asociación Nacional de Internos y Residentes (ANIR)

La Asociación Nacional de Internos y Residentes (ANIR) en el marco de su convención nacional, realizada el sábado 16 de noviembre de 2013, pone de manifiesto a la opinión pública:

1. Consideramos URGENTE realizar una reforma de fondo, que permita atender de una manera digna e integral a toda la población colombiana.

2. La propuesta de reforma al sistema de salud iniciada por el Gobierno en su proyecto de ley 210 de 2013, NO ofrece una solución ni a corto ni a largo plazo para solventar la crisis actual y por el contrario perpetúa y profundiza los problemas del sistema.

3. El actual proyecto que redefine al sistema de salud, TIENE QUE SER RETIRADO.

4. El nuevo sistema de salud para los colombianos, ha de ser creado con la finalidad de brindar a los ciudadanos una atención en salud integral enmarcado como DERECHO FUNDAMENTAL, sin estar viciado por intereses financieros de particulares.

5. Es INDISPENSABLE que en la construcción de dicho modelo, tengan participación amplia de los pacientes, el gremio de la salud y las universidades, tanto públicas como privadas.

6. Reconocemos la importancia de la administración de los recursos de la salud, pero RECHAZAMOS enfáticamente al modelo de INTERMEDIACIÓN EN SALUD.

7. La formación del recurso humano en salud TIENE QUE PERMANECER bajo el amparo y responsabilidad de las instituciones universitarias.

8. Aclaremos a la población que NO tenemos AFILIACIÓN PARTIDISTA.

9. Los invitamos a unirse al movimiento CÍVICO, siendo partícipes de las diferentes actividades educativas y de protesta que continuaremos realizando, hasta conseguir que RETIRE la reforma actual para poder crear el sistema de salud que necesitamos.

10. Esperamos respuesta a la carta enviada al presidente Juan Manuel Santos donde se solicita el RETIRO del proyecto de ley 210 de 2013.

• Comunicado Oficial de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC)

La Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, que reúne a 63 sociedades de especialistas de todo el país, considera justos los reclamos de gremios y representantes del sector y de la sociedad civil que protestan, de manera legítima, contra la crítica situación del sistema de salud.

En ese orden de ideas, se solidariza con su movilización y rechaza también el contenido del proyecto de ley ordinaria para reformar la salud, propuesto por el Gobierno y aprobado por la plenaria del Senado, por considerar que no resuelve los serios problemas de acceso, de calidad, de oportunidad y de suficiencia en los servicios, que afrontan todos los días los colombianos.

Por el contrario, dicho articulado se aparta de la responsabilidad que asiste al Estado de garantizarle a la población el derecho fundamental a la salud.

Sociedades Científicas manifiestan, además, su abierta oposición a aquellos grupos que, de manera oportunista, buscan aprovechar esta coyuntura, y el escenario de la protesta, con fines politiqueros, en época electoral.

La Asociación, y por ende los especialistas médicos de Colombia, ratifican su compromiso de defender el derecho a la salud, para toda la gente.

• Centrales Obreras -CTC, CUT, CGT- Carta del 12 de noviembre de 2013

Solicitaron que el Proyecto de ley número 210 de 2013 y acumulados, sea archivado, considerando que “este proyecto lesiona los intereses de las y los colombianos en su derecho a la salud, como derecho humano fundamental”.

En términos generales, consideran que lo aprobado de la Ley Ordinaria, “no son reformas de fondo ni mucho menos estructurales que garanticen este Derecho Humano Fundamental”.

Sostuvieron que la intermediación Financiera que tienen actualmente las EPS no finaliza, por el contrario estas saldrán fortalecidas pues tendrán totalmente el manejo de la red de atención en salud a lo largo y ancho del país.

Aducen que las Gestoras serán juez y parte en la prestación del servicio de salud, y se les pagará de tres maneras:

- a) Por manejar el sistema-artículo 16 literal a);
- b) Por administrar el sistema-artículo 16 literal j);
- c) Por Auditar el sistema-artículo 32 literal h).

Dicen las Centrales Obreras, que lo anterior se ratifica en el artículo 39. Ingresos de los Gestores de Servicios de Salud. “En los diferentes literales y su parágrafo 1° lo que se establece allí es una intermediación de los recursos públicos de la salud en beneficio de las GESTORAS”.

Afirman que “Las GESTORAS manejarán los recursos de los copagos y cuotas moderadoras, según el artículo 39 literal d), constituyendo una barrera de acceso como se ha demostrado en el modelo actual, los pacientes no son atendidos por no cancelar las respectivas cuotas, que entre otras cosas son una carga adicional a los usuarios de la salud...”.

Advierten que con el articulado aprobado por la Plenaria del Senado, “se agudiza más el problema de la Salud, dejando en manos de las GESTORAS, el manejo de la salud, desde la red de promoción y prevención (red primaria), hasta la red complementaria que manejará las enfermedades de Alto Costo, preexistentes o ruinosas” (...) con el agravante que ellas son las que van a formar la red, van a contratar y auditar el sistema...”.

Aseveran que aunque el Ministro de Salud en nombre del Gobierno manifieste que la tutela no se

limita, “*esa es una verdad a medias. Si un juez de la República falla a favor del paciente, por y/o en la prestación de servicios de cualquier índole, esta no tendrá fuerza de cumplimiento por estar sujeta a la regla fiscal y la progresividad del Derecho*”...

Aseguran que en el texto se eliminó en el artículo 5°, en relación con la prevalencia de derechos, la prevalencia del Derecho a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, y se dejó por fuera a “una de las poblaciones más vulnerables, como son las y los Colombianos de la Tercera edad”.

Alertan que los Hospitales Públicos desaparecen, “*porque dependen de los proyectos de las GESTORAS o del ente territorial, si lo avala o no; o por las diferentes variables del mercado de la salud. “Como quedó redactado ese artículo 16 en literal en mención (h), deja la red pública hospitalaria sujeta a los intereses del mercado y la rentabilidad financiera, que nos tiene en la más profunda crisis*”.

Finalmente resaltan que en “*el artículo 3° objetivos y características, aprobado en la Plenaria de Senado en su literal f) Contará con un Régimen Contributivo y Subsidiado, diferenciados en forma exclusiva, por los reconocimientos económicos que la ley defina para quienes coticen al mismo*”, todo lo cual en su análisis contradice lo establecido en Sentencias de la Honorable Corte Constitucional.

• ACESI- Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos

“*Frente al texto del Proyecto de ley número 210 de 2013 y acumulados, la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y HOSPITALES PÚBLICOS expidió un informe en el que concluye que “no resuelve los problemas estructurales de la salud, por el contrario, empeora la actual situación de los usuarios y los prestadores públicos de los servicios de salud*”.

Puntualiza luego de describir los argumentos de su comunicado, que “*el proyecto de reforma aprobada en el Senado...*

1. *Condena a la desaparición la red pública hospitalaria de Colombia.*

2. *Sólo podrán acceder a servicios de salud quienes tengan capacidad de pago (...)*

3. *El articulado otorga facultades a las nuevas EPS que se llamarán Gestoras de salud para que definan tipo de contratos y formas de pago a los prestadores.*

4. *Y lo peor de los 98 artículos quedan para reglamentar por parte del Ministerio de Salud y Protección Social más del 55% del articulado”.*

• Comunicado de PACIENTES COLOMBIA (146 asociaciones de pacientes), Hermana María Inés Delgado, Laura Ramírez, Josefina Bernat de Hurtado, Denis Silva, Martha Herrera y Gustavo Campillo

“*Salud a 3 bandas: Las 3 iniciativas con las que el Gobierno pretende sepultar la salud de los colombianos*” (...) “*El Movimiento Social Pacientes Colombia lanzó su voz de alerta ante 3 iniciativas que adelanta el Gobierno y que de prosperar significarían una estocada contra los colombianos (...)*”.

El tercer riesgo es la Reforma a la Salud. Con este proyecto de ley se está reviviendo la emergencia social, desconociendo la Jurisprudencia de la Corte Constitucional, que en el año 2010 ya la declaró

inexequible. Los pacientes tenemos derechos adquiridos; temas como la capacidad de pago, donde se pretende que los ciudadanos tengan que pagar parte de sus tratamientos y además se incrementa el gasto con más pagos por cuotas moderadoras, compartidas y copagos ya habían sido resueltos por la Corte Constitucional. No hay persona, ni familia, que pueda asumir los costos de patologías como el cáncer, VIH, hemofilia, artritis, enfermedades huérfanas, renales, hepáticas, etc. Exigimos el derecho humano a la salud, y no el derecho a un sistema de salud basado en la sostenibilidad financiera.

Otro aspecto que rechazamos es la creación de una lista de exclusiones que el sistema no va a cubrir de ninguna manera y donde el paciente tendrá que pagar las tecnologías que estén en este listado, lo que significa, que los jueces no podrán fallar a favor de los pacientes por las tutelas que soliciten por servicios, procedimientos y/o medicamentos que estén por fuera de Mi PLAN (Plan de beneficios). Esta es una clara limitación a la acción de tutela disfrazada entre los artículos del proyecto de ley.

Nuestras mayores preocupaciones son: ¿Cuáles son los criterios para definir Mi PLAN, el listado de exclusiones, la actualización del Plan? ¿Quién cubre lo que no está en Mi Plan, ni en el listado de exclusiones? ¿Qué entiende el Gobierno por “razonable” para salvar una vida, más cuando se habla que solo se cubrirá lo que tenga como finalidad el diagnóstico o la cura de la enfermedad? ¿Qué pasará con los pacientes crónicos con enfermedades como la diabetes, hipertensión, VIH-SIDA, cáncer, hemofilia, artritis, entre otros que requieran servicios no contemplados en Mi Plan?

También es preocupante que esta reforma promueva que las gestoras (Hoy EPS) retengan a los pacientes en la red básica de atención, pues solo facturarán mientras las personas se encuentren allí. ¿Qué interés tendrán en remitir a un paciente donde un especialista? Esto no le generará ningún rendimiento económico. Ahorrar será la meta. Por eso, rechazamos la integración vertical.

Tal y como se plantea en el proyecto de la reforma, las EPS quedarían enmarcadas en una posición dominante ya que al encargarse de conformar las redes de prestación de servicios, serían los ordenadores, ejecutores y auditores de su propio gasto...

En resumen, médicos, pacientes, trabajadores y prestadores de salud están en contra del texto del Proyecto de ley número 210 de 2013 aprobado en el Senado. No se trata de voces aisladas del sistema, sino más de 146 asociaciones de pacientes, 63 asociaciones científicas, varios hospitales a lo largo del país, miles de estudiantes, trabajadores, profesionales del sistema de salud, internos, residentes y especialistas que hacen un llamado a sus representantes en el Congreso para que este proyecto frene su trámite por los argumentos expuestos.

Finalmente varias organizaciones y asociaciones civiles, de profesionales, etc., al igual que nosotras, reconocemos que el Gobierno ha aceptado la existencia de una crisis de grandes proporciones en el sistema de salud, y que de alguna manera ha existido la intención de cambiar ciertos aspectos con una reforma, sin embargo, consideramos que lo aprobado por el Honorable Senado de la República no resuelve la grave situación del sector y es muy poco proba-

ble que de llegarse a introducir cambios en el texto a instancias de la Cámara se vayan a subsanar las mencionadas fallas en la conciliación.

n) Conclusiones

A pesar que las suscritas congresistas presentaron junto con otros parlamentarios el Proyecto de ley número 233 de 2013, que surgió de diversos sectores de la sociedad civil y que se acumuló con el Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado 147 de 2013 Cámara, no fue considerado su contenido dentro de los debates ni su texto fue acogido dentro de lo aprobado por el Senado.

Sumado a lo anterior, en razón de los argumentos expuestos a lo largo de este informe de ponencia, las Congresistas Alba Luz Pinilla Pedraza, Gloria Stella Díaz y Ángela María Robledo damos voto negativo a este Proyecto de ley número 147 de 2013 Cámara 210 de 2013 Senado “...”y solicitamos el archivo del mismo, toda vez que mantiene el eje estructural del actual modelo.

PROPOSICIÓN

Con fundamento en las razones expuestas nos permitimos rendir **ponencia negativa** para primer debate y, en consecuencia, solicitarle a la Honora-

ble Cámara de representantes **archivar el Proyecto de ley número 147 de 2013 Cámara, 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, toda vez que el proyecto presentado, 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 las honorables Representantes,

Alba Luz Pinilla Pedraza,
Representante a la Cámara,
Polo Democrático Alternativo.
Ángela María Robledo,
Representante a la Cámara,
Alianza Verde.
Gloria Stella Díaz,
Representante a la Cámara,
Movimiento Político MIRA.