



Bogotá D.C., 6 de noviembre de 2020

Honorables Representantes  
**COMISIÓN SÉPTIMA**  
**CONGRESO DE LA REPÚBLICA**  
Ciudad

**Asunto:** Comentarios **FENALCO** sobre el PL 425/20 C 010/20S - “Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del Sistema de Salud”

Honorables Representantes:

Por cuenta de la importancia que la presente iniciativa legislativa reviste para el gremio, queremos someter a su consideración nuestros comentarios sobre la incidencia que la misma tiene sobre nuestros afiliados, especialmente aquellos pertenecientes al sector de gestores farmacéuticos, como actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y el pequeño comercio.

**Comentarios generales.-**

Para **FENALCO** esta iniciativa reviste especial importancia. Son varios los interrogantes que nos genera y la oportunidad para realizar aportes que puedan robustecerla y mejorarla. Aprovechamos la oportunidad para mencionar que llama nuestra atención que las buenas intenciones planteadas en punto final y en la Ley 1955 de 2019 (Plan Nacional de Desarrollo) llevan más de 18 meses de expedidas y aún siguen sin operativizarse, por lo que nos inquieta que la expedición de más y nuevos instrumentos normativos, sigan sin garantizar una salida expedita a los problemas financieros de fondo que aquejan al sistema y de la prestación de los servicios de salud, en perjuicio de los pacientes.

Para mayor claridad, los comentarios sobre el articulado serán divididos en dos grandes partes: **(i)** Los que tienen incidencia sobre la actividad de los gestores farmacéuticos, y **(ii)** desde la óptica del pequeño comercio (tiendas de barrio) y el consumidor de tabaco.

**Comentarios sobre el articulado.-**

**(i) Observaciones respecto de la actividad de los gestores farmacéuticos.-**

- **Artículo 5°. Garantía fundamental del derecho a la salud.-** Este artículo hace referencia a un Plan Único de Salud con énfasis en la promoción y la prevención bajo el esquema de una política pública en salud, que incluya un modelo de atención primaria, un esquema de operación del aseguramiento y de prestación de los servicios. Al respecto, consideramos necesario aclarar a qué se refieren al mencionar que será un “*plan único*”, si es relativo a minimizar las diferencias entre los dos regímenes actuales (contributivo y subsidiado) y/o lo referente a lo que se paga con la UPC o no.
- **Artículo 8. Plan Nacional de Salud Pública.** Es importante que se incluya en este plan una revisión y análisis de los componentes financieros y presupuestales definidos para su desarrollo, con el objetivo de no volver a generar brechas como las que se están tratando de cerrar, que puedan llegar a generar afectación del servicio.



- **Artículo 11. Función de gestión del riesgo en salud.**- Según este artículo, la gestión integral del riesgo en salud será ejecutada a través del aseguramiento y la salud pública, pero observamos que se sigue mencionando el *Plan de Beneficios* cuando el propósito de la norma es que sea uno *integral*. De igual manera, mencionan que las cuotas moderadoras reflejarán el cumplimiento de la adherencia a las recomendaciones y que este asunto será objeto de reglamentación. Al respecto, consideramos que la misma ley debería definirlo de una vez.
- **Artículo 13. Agrupador Único Nacional.**- Solicitamos aclarar qué se entiende por Agrupador Único Nacional. Al respecto, ¿Es la creación de una nueva institución, o es un código?. ¿Va a existir un agrupador distinto a los Códigos Únicos de Medicamentos (CUM), Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUP) e Identificador Único de Medicamentos (IUM)?

La aclaración es esencial para poder comprender a qué se refiere particularmente respecto a que el agrupador único será utilizado para la evaluación integral de la gestión clínica y la estandarización de los mecanismos prospectivos de pago alrededor del manejo de enfermedad y procedimientos quirúrgicos entre las AS y la IPS.

- **Artículo 14. Pago de las intervenciones del nivel primario.** - Es importante establecer cómo, cuándo y bajo qué procedimiento serán acordadas las metas establecidas en el presente artículo ya que su incumplimiento impactará en el reconocimiento del componente variable en el pago de la UPC y por lo tanto debe ser claro y taxativo.
- **Artículo 16. Aseguradoras en Salud.**- El artículo establece que el Ministerio de Salud debe regular los protocolos, programas, procedimientos y mecanismos de compra y pago de intervenciones, insumos y medicamentos que conduzcan a asegurar la cobertura, acceso y manejo eficiente en el uso de los recursos del SGSSS, lo que implica la reglamentación de las condiciones de asociación entre los integrantes de la red, las Asociaciones Público Privadas y los casos excepcionales en que sea necesario contratar con prestadores de forma individual. Al igual que en el punto anterior, consideramos que este asunto no debería dejarse para reglamentación del Ministerio sin definir unas pautas que enmarquen dicho ejercicio.

En este punto es muy importante señalar que las funciones administrativas de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos –CNPMDM (en adelante la Comisión), han sido otorgadas y atribuidas por el legislador mediante las Leyes 100 de 1993, artículo 245; 1438 de 2011, artículo 87; y 1753 de 2015, artículo 72, así como el Decreto 1071 de 2012 y 705 de 2016. En el marco de la normatividad referenciada, corresponde a la Comisión la formulación y la regulación de la política de precios de medicamentos y dispositivos médicos.

Actualmente, el ejercicio de la Comisión frente a la regulación de los precios máximos de venta de medicamentos permitidos, se hace con base en la metodología establecida en la Circular 03 de 2013, la cual establece la metodología de control de precios de medicamentos a partir de la referenciación internacional.

Es así como el Ministerio debe regular son las formas de contratación permitidas (más que “los mecanismos”, lo cual es impreciso) y para no dejar por fuera alguna categoría, se sugiere que se haga referencia a “tecnologías” en salud que engloba todo, no solo medicamentos, insumos procedimientos, sino actividades, dispositivos médicos, entre otros.

Por lo anterior, sugerimos la siguiente redacción del párrafo:



**“Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá la función de regular, los protocolos, programas, procedimientos y formas de contratación permitidas de compra de tecnologías en salud que conduzcan a asegurar la cobertura, acceso y manejo eficiente en el uso de los recursos del SGSSS. En todo caso la regulación de precios seguirá siendo función de la Comisión Nacional de Regulación de Precios de Medicamentos”.

- **Artículo 17. Depuración del aseguramiento.**- La posibilidad de brindar la opción a las EPS por única vez de transformarse, fusionarse o escindirse, es una puerta que deja abierta la oportunidad a las EPS ineficientes y/o corruptas, de limpiar su pasado y seguir operando inadecuadamente bajo otro “manto”.

Es de todos conocido, como la crisis de las EPS está dejando a miles de colombianos sin servicios de salud. Sólo por mencionar, en febrero de este año, la Supersalud reportó 22 EPS con medidas especiales. Es una cifra alarmante si se considera que el país cuenta con 44 EPS en régimen contributivo y subsidiado, y con esos datos, se evidencia que el 50% de las EPS están bajo revisión de la entidad. Varias son las razones, entre las cuales están los malos manejos administrativos, por no capitalizarse y por corrupción.

Por eso, no deja de ser preocupante que ahora este proyecto de ley, -pese a todos estos antecedentes-, en vez de hacer mayor control, no decida castigar de manera severa las conductas ineficientes de las EPS, y por el contrario, las premian con figuras que les brindan la posibilidad de transformarse, fusionarse o escindirse.

De otra parte, en el parágrafo segundo de este artículo se establece que las AS receptoras de la población afiliada, reconocerán al SGSSS un valor por cada usuario asignado, que definirá el Ministerio de Salud y Protección Social equivalente al gasto de administración y mercadeo no asumido en virtud de la asignación. Es importante que se establezca que para este reconocimiento, previamente debe ser evaluada la siniestralidad de la población a recibir para definir este valor, ya que si se entrega una población con alto grado de siniestralidad, la AS tendrá deficiencias financieras para su operación.

En ese orden de ideas, sugerimos incluir un parágrafo 4 en el que se garantice que los prestadores de buena fe (IPS y gestores farmacéuticos), en estos escenarios, cuenten con algún tipo de garantía o asegurarse el pago de sus servicios.

- **Artículo 18. Régimen único de salud.**- Según esta disposición los regímenes contributivo y subsidiado se integrarán, en un periodo de dos (2) años, en un único régimen con beneficios equivalentes para toda la población. Sin embargo, en los parágrafos se menciona que los regímenes excepcionales seguirán rigiéndose por sus normas, lo cual debería estudiarse para lograr el objetivo de unificación que pretende la ley. Igualmente, es muy importante que queden claros los tiempos para la aceptación en los traslados y las consecuencias económicas de ello.
- **Artículo 21. Contribución solidaria.**- Entendemos que conforme Sisbén, esta contribución deberá ser pagada por quienes no cumplan con las condiciones para pertenecer al Régimen Subsidiado. Esta disposición no la encontramos consecuente con el *Plan Único*.
- **Artículo 28. Función esencial de prestación de servicios de salud.** – Agradecemos aclarar a qué se hace referencia con “*la interoperabilidad de la información sanitaria a lo largo del Sistema.*”, cuál es su alcance, obligaciones y actividades a cargo de los diferentes actores en torno a esta disposición.

De otra parte, en el parágrafo de este artículo se establece la posibilidad de implementar modelos diferenciales, teniendo en cuenta condiciones particulares de ciertos territorios,



sin embargo, nada se menciona del reconocimiento económico diferencial que debe conllevar por sus especiales características en aras de permitir una sostenibilidad financiera del modelo.

- **Artículo 29. Integrantes de las Redes Integrales de Servicios.-** Para nosotros resulta claro que las articuladoras de las redes son las AS, no las IPS, que solo tienen ámbitos de acción acotados, y muchas veces sin siquiera locales sino barriales o zonales. Consideramos que lo que se debe hacer, es estipular que la articulación sea a través de las EPS con sus redes de prestadores y de gestores farmacéuticos. Son las aseguradoras en salud las que deben articular el riesgo.

Encontramos entonces que este artículo se contradice con lo dispuesto en el artículo 11, parágrafo 2, el cual señala que “Las AS, a través de los diferentes prestadores de servicios de salud que hacen parte de su red, serán responsables del seguimiento al riesgo, búsqueda activa, educación y reforzamiento en riesgos para todos sus afiliados”.

La situación de salud de los afiliados, la dinámica de la demanda de servicios, los cambios en la tecnología y la incidencia de eventos de alto costo entre otros, tienen una influencia en el riesgo financiero de las aseguradoras, quienes deben realizar acciones para contrarrestar su efecto. De esta manera, las Entidades Promotoras de Salud, EPS, son las responsables por la gestión del riesgo en salud de sus afiliados, la organización y garantía de la prestación de los servicios de salud y la administración del riesgo financiero derivado.

Así las cosas, sugerimos la siguiente redacción para el primer inciso del artículo:

*“Artículo 29. Integrantes de las Redes Integrales de Servicios. Son integrantes esenciales de las Redes Integrales de Servicios, todas las instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta, primarios complementarios y centros de excelencia, con servicios habilitados, y proveedores de tecnologías en salud, articulados por niveles de atención a través de las AS”.*

- **Artículo 30. Prestador Primario.** – El parágrafo 2 de este artículo establece que las Entidades Territoriales, las AS y los prestadores primarios deben concertar y concurrir en modelos de atención primaria extramural de acuerdo al modelo territorial en consonancia con los de aseguramiento. En caso de que no se logre dicha concertación, la entidad territorial determinará la forma de operación y financiación de este modelo. ¿Es entonces en estos casos la Entidad Territorial la responsable por el aseguramiento de la población?, ¿Cómo se exigirá el aseguramiento a las AS, si será la ET la que determine la forma de operación y la financiación del modelo?.
- **Artículo 33. Atención Integral en Red.** – En este artículo se establece que el Ministerio de Salud definirá la capacidad instalada básica de los servicios primarios y complementarios que debe tener cada red integrada en salud, para operar en el municipio, departamento y áreas territoriales de salud (ATS) y las habilitará, previo visto bueno de las respectivas Entidades Territoriales, las cuales serán vigiladas y controladas por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Así las cosas, se desdibuja nuevamente la responsabilidad de las AS, en garantizar una red integral de prestación de servicios de salud. ¿Cómo establecer la responsabilidad y cargas establecidas a las AS, si dependen de una definición del Ministerio de Salud y de un visto bueno de las Entidades Territoriales? Es importante determinar el inicio de la responsabilidad de las AS.
- **Capítulo VI. Hospital Público.-** El capítulo está mal numerado. Según el consecutivo corresponde es al Capítulo VII.



- **Artículo 37. Política Nacional de Alianzas Público Privadas en Salud.-** En Colombia, las Asociaciones Público Privadas, según el artículo 1º de la Ley 1508 de 2012, “son un instrumento de vinculación de capital privado, que se materializan en un contrato entre una entidad estatal y una persona natural o jurídica de derecho privado, para la provisión de bienes públicos y de sus servicios relacionados, que involucra la retención y transferencia de riesgos entre las partes y mecanismos de pago, relacionados con la disponibilidad y el nivel de servicio de la infraestructura y/o servicio”.

En los contratos de APP de salud, el contratista privado debe realizar la construcción, dotación, operación, administración delegada y la provisión de servicios y tecnologías en salud con niveles y estándares de calidad definidos, con un modelo integral de APP en salud. Definitivamente los esquemas de APP pueden contribuir a la innovación tecnológica sanitaria y a la mejora de la disponibilidad de tecnologías que respondan a las necesidades de salud de la población.

Dichas asociaciones deben incluir la provisión de servicios y tecnologías en salud, ya que “*permiten que el sector público y privado compartan los costos y los riesgos que se generan durante el ciclo de vida de un dispositivo médico. Las APP tienen el potencial de reducir los costos de operación e incrementar la rentabilidad económica de las inversiones y la calidad de los servicios prestados, mediante el aprovechamiento de la especialización, innovación y gestión más eficiente del socio privado, que contribuye a mejorar la relación costo-efectividad de los servicios*”<sup>1</sup>.

Por lo anterior, sugerimos la siguiente redacción para el primer aparte del artículo:

*“Artículo 37. Política Nacional de Alianzas Público Privadas en Salud. El Estado podrá realizar Alianzas Público Privadas para la construcción, dotación, operación, administración delegada y la provisión de servicios y tecnologías en salud que complementa las redes de atención y propenda garantizar el derecho a la salud. (...)”*

- **Artículo 39. Contratación entre agentes del Sistema.-** Observamos que en el artículo mantienen la denominación de “operadores logísticos”, cuando ya el parágrafo 1 de la Ley 1699 de 2019 reconoce a los “gestores farmacéuticos” como actores del sistema de salud y los define como “los operadores logísticos, cadenas de droguerías, cajas de compensación y/o establecimientos de comercio, entre otros, cuando realicen la dispensación ambulatoria en establecimientos farmacéuticos a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud por encargo contractual de las EPS, IPS y de otros actores del sistema”.
- **Artículo 42. Repositorio de información de acuerdo de voluntades entre agentes.** Según esta disposición, se debe registrar información como valor del contrato, el servicio o tecnologías contratadas, la vigencia del contrato, el tipo de contratación y la modalidad de pago, consignada en los acuerdos de voluntades en la plataforma tecnológica definida por el Ministerio de Salud.

Nos genera mucha inquietud que bajo esta obligación, los diferentes agentes del sector deberán compartir y exponer los precios negociados entre ellos para las prestaciones médicas, intervenciones terapéuticas, medicamentos y dispositivos, además de que el parágrafo indica que dicha información se considera pública y supuestamente no tiene inconveniente con el Derecho de Hábeas Data.

Es sumamente preocupante, en primer lugar, que no se defina cuál será el alcance de su “análisis y utilización”, porque en efecto, la información requerida es altamente sensible

---

<sup>1</sup> BID Invest. (Mayo de 2019). Alianzas Público-Privadas +Salud. Recuperado de <file:///D:/Downloads/APP+Salud%20Web.pdf>



que necesita manejarse bajo reserva, ya que puede develar estrategias de mercado, márgenes y demás información.

Un artículo similar traía el proyecto de ley que hoy es la Ley 1966 de 2019, y fue eliminado por violación a normas básicas de habeas data y confidencialidad, que resultarían violadas con este artículo. Tal como lo dijo la SIC en su momento: *“Se hace un llamado a las garantías de seguridad, reserva y/o confidencialidad de la información a cargo del Ministerio frente a los diferentes actores del sector salud que reporten dicha información en el portal. Esta información puede ser parte del secreto comercial de las entidades e instituciones prestadoras de servicios de salud, según lo dispuesto en la Decisión 486 de la Comunidad Andina de Naciones, sino porque en el fondo ello constituye un elemento esencial que determina cualquier ventaja competitiva que pueda llegar a tener cualquier agente en el mercado y que de ser conocido por sus competidores, podría afectar la competencia en dicho mercado”*<sup>2</sup>.

La información requerida podría favorecer prácticas restrictivas de la libre competencia económica ya que todos los actores tendrían conocimiento de la información de sus competidores y de los demás agentes con quienes tienen relación. En la actualidad ya existe el SISMED, que debe ser perfeccionado con exigencias de la calidad en la información, pero ya el SISMED claramente permite recopilar este tipo de información, sin violar la confidencialidad y ha sido útil para el ejercicio legítimo de sus funciones de inspección, vigilancia y control.

Adicionalmente, tal como en aquella ocasión lo reiteró la SIC y el Ministerio de Industria y Comercio, es necesario que el Proyecto determine de manera puntual las medidas que se van a adoptar para garantizar el principio de seguridad en el tratamiento de las bases de datos, considerando que en este caso, frente a la información confidencial que va a reposar en el Ministerio de Salud y Protección Social, *“corresponde a los responsables y encargados del tratamiento implementar las medidas técnicas, humanas y administrativas que resulten idóneas para la obtención de tal fin”*<sup>3</sup>

Adicionalmente, existen hoy en día herramientas suficientes en materia de suministro de medicamentos, que permiten a los Entes de Control analizar la utilización de los recursos del SGSSS, por lo que no debería permitirse la publicación de información confidencial de los actores. Es importante que se establezcan plataformas y mecanismos que permitan el reporte de información por parte de los actores para el análisis de los Entes de Control, sin afectar sus derechos y garantías.

Por todo lo anterior, solicitamos la **eliminación** del artículo 42.

- **Artículo 43. Sistema de información de disponibilidad del Talento Humano en Salud.**- El Sistema de información nacional tendrá la información sobre la disponibilidad y necesidad del Talento Humano en Salud, incluidos los médicos, médicos especialistas médico-quirúrgicos, especialidades diagnósticas y terapéuticas, profesionales asistenciales, tecnólogos, auxiliares y ocupaciones a nivel nacional, departamental, municipal y por ATS. Al respecto es importante que se incluyan expresamente las profesiones y ocupaciones relacionadas con el ejercicio farmacéutico (regentes, tecnólogos y auxiliares de farmacia), pues recientemente fueron excluidos del seguro al personal de salud que tomó el Minsalud para trabajadores de la salud, y también de la bonificación para trabajadores de la salud, por no estar registrados en el RETHUS (Registro de Talento Humano en Salud).

<sup>2</sup> Superintendencia de Industria y Comercio, (04 de marzo de 2019). Concepto RAD: 19-42013-3-0.

<sup>3</sup> Superintendencia de Industria y Comercio, Concepto 16-075042- -00003-0000



- **Artículo 50. Prohibición de tercerización laboral para el Talento Humano en Salud.**- Si bien reconocemos la importancia de este tema, creemos necesario que se determinen muy bien las condiciones del personal de salud para que se les respeten sus derechos laborales y se definan las posibilidades de contratación, no simplemente limitarse a prohibirla. Adicionalmente, vale mencionar que ya existe un proyecto de ley que aborda este tema (PL No. 331/20C acumulado con el PL 334/20C) por lo que debería descartarse de esta iniciativa, o lograr la unificación de criterios al regular el mismo asunto.
  
- **Observaciones a los artículos 53, 55, 57 (57.3 y 57.4) y 58 (58.1).**- En todos estos artículos deben ser incluidos los gestores farmacéuticos. Por lo anterior se sugieren las siguientes redacciones:
  - **“Artículo 53. Programa de saneamiento financiero del SGSSS.** La Superintendencia Nacional de Salud implementará un programa de saneamiento financiero de las deudas entre Aseguradoras, Proveedores y gestores farmacéuticos, que contemple las acreencias en mora mayores a 90 días. En caso de incumplimiento en los acuerdos de conciliación, la Superintendencia Nacional de Salud informará a ADRES para que descuente directamente de los valores que deba reconocer a las Aseguradoras o IPS y realice giros directos de estas sumas a los acreedores”.
  
  - **“Artículo 55. Creación y objeto del Fondo de Garantías del Sector Salud.** Créase el Fondo de Garantías del Sector Salud como una entidad del nivel descentralizado, de naturaleza única, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente, sometida al derecho público y vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia de acuerdo con su objeto y naturaleza. Deberán inscribirse obligatoriamente en el Fondo, las AS, IPS y gestores farmacéuticos y aquellas respecto de las cuales la ley establezca la existencia de una garantía por parte del mismo.  
  
El Fondo tiene por objeto garantizar la continuidad de prestación de servicios de salud al usuario cuando esta pueda verse amenazada por la imposibilidad de pago de obligaciones por parte de las AS o IPS o gestores farmacéuticos como resultado de problemas financieros. (...)”
  
  - **“Artículo 57. Funciones del Fondo de Garantías del Sector Salud.** Para desarrollar el objeto el Fondo tendrá las siguientes funciones:  
57.1 (...)  
57.2 (...)  
57.3 Organizar y desarrollar el seguro de acreencias para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y gestores farmacéuticos con el fin de garantizar el pago de sus obligaciones, dentro de los topes de la metodología que señale el Gobierno Nacional.  
57.4 Definir y recaudar el pago de la prima del seguro de acreencias para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y para los gestores farmacéuticos.”
  
  - **“Artículo 58. Fuentes de recursos del fondo de garantías del sector salud.** El Fondo recaudará y administrará los siguientes recursos para el desarrollo de su objeto en relación con las entidades afiliadas y al pago de los pasivos a su cargo, a saber:  
58.1 El producto de los derechos de afiliación obligatoria de las AS o IPS de cualquier naturaleza y de los gestores farmacéuticos, que se causarán por una vez y serán fijados por la Junta Directiva del Fondo.”
  
- **Artículo 54. Giro directo de la UPC.**- De acuerdo con este artículo, los recursos de la UPC serán girados directamente por la ADRES a los prestadores, proveedores, operadores logísticos y otros agentes del sistema y bajo las reglas que defina el Ministerio de Salud. En nuestra opinión, debe considerarse la redacción ya que mencionan el tema del pago de la UPC, pero con la unificación esperada no habría diferencia, ya que la ADRES paga por un todo sin ceñirse a esa UPC. Igualmente, no es claro si se modifica el tema de los Presupuestos Máximos y que todo lo pague la EPS.

Por ello, el giro directo debe dejarse voluntario y no obligatorio pues hay proveedores para quienes para quienes el giro directo es totalmente inconveniente. Existen proveedores farmacéuticos y EPS que tienen contractualmente excluido el giro directo precisamente porque tienen contratos eficientes en donde esto no da espera para que la ADRES realice el



pago. Dejar todo al giro directo, impide contrataciones eficientes, sobre todo en las EPS más juiciosas porque ellas precisamente saben planear su riesgo y no pueden estar dependiendo de la ineficiencia o eficiencia de la ADRES.

El artículo 7° de la Ley 1797 de 2016 establece que aquellas entidades que estuvieran en vigilancia especial, en intervención o que no cumplieran los estándares de permanencia, serían sujeto de la medida de giro directo de lo no PBS y PBS en el régimen contributivo.

Al pretender que el giro directo sea obligatorio y no sólo a las IPS o proveedores que lo soliciten, aun cuando la EPS no tenga problemas de solvencia, y al incluir tanto lo PBS como lo NO PBS, se está violando la autonomía contractual porque las IPS y los proveedores de servicios han hecho contratos con las EPS, pactando plazos de pago, muchas veces más favorables que los de la misma ley (30 días) y con descuentos y beneficios financieros que inciden en un menor precio y por ende, en menores costos para el sistema.

Las mejores EPS que hay en el país según el Ranking por desempeño medido por el Ministerio de Salud son SURA EPS, Sanitas EPS S.A, Compensar EPS y Aliansalud EPS S.A. Estas cuentan con los mejores puntajes en oportunidad, satisfacción, y acceso. Ellas no someten a la figura tortuosa de pago directo por la ADRES a la totalidad de sus proveedores, sino que realizan el pago directamente a prestadores de servicios de salud y proveedores de medicamentos y dispositivos, lo cual les permite acceder a descuentos por pagos anticipados y mejorar los costos que en últimas son del SGSSS.

Por esto han sido EPS viables, por el adecuado manejo del riesgo financiero. Si se vuelve imperativo el giro directo a todas las EPS y para lo POS y lo no POS, el sistema ipso facto se encarece porque se acaban los incentivos para las EPS de gestionar adecuadamente el riesgo, los descuentos financieros, los pronto pagos, etc. Se les acaba el adecuado flujo de caja: se castigan justos por pecadores, al pretender una figura que es un “remedio” contra una enfermedad (la iliquidez de algunas EPS). Es un ciclo que necesariamente termina mal ya que se elevan costos y se vuelve una espiral de encarecimiento.

La obligatoriedad del giro directo encarece los gastos del sistema porque las EPS estarán imposibilitadas para manejar su caja con los proveedores pues estos, al saber que es ADRES quien girará y no la EPS, cargarán a la tarifa el costo financiero de la evidente y probada demora de ADRES en el pago. Por tratar de arreglar a las EPS “malas” están dañando a las “buenas”.

Así, la obligatoriedad del giro directo lleva a desconocer a aquellas buenas EPS que están realizando bien su labor, que por cierto conlleva una administración ejemplar de los recursos públicos. Son EPS que desarrollan su función de aseguramiento y garantía de la prestación de los servicios de salud. Sus buenos resultados financieros, de calidad y de salud, les permiten garantizar la continuidad en sus estrategias de contención de costo. Adicionalmente, han mejorado los indicadores de oportunidad en la entrega de medicamentos y han aumentado el número de afiliados.

En contraste, el giro directo sí debería existir para las EPS que no realicen bien su labor ya que se evidencia el hábito del no pago por parte de las EPS que no cumplen las metas del régimen de solvencia, impidiendo mejorar la infraestructura hospitalaria y que la red realice a tiempo el pago a sus proveedores, que, en últimas influye en la inadecuada prestación del servicio a los pacientes. Este mecanismo debe quedar para aquellas EPS ineficientes y no castigar a las juiciosas que, con un adecuado manejo de los dineros POS y no POS han logrado transferir esas eficiencias como menores costos del Sistema. Resulta claro que el problema de la salud obedece en gran parte al mal manejo, derroche,



corrupción e ineficiencia en el manejo de los recursos de quienes han demostrado ineptitud para hacerlo (las EPS intervenidas).

Por los argumentos anteriores, se reitera la propuesta de que el giro directo sea excepcional y no la regla general. El pago directo a prestadores y proveedores por parte de la ADRES va en detrimento de la oportunidad en el manejo de los recursos del sistema ya que los prestadores de servicios de salud y proveedores de medicamentos e insumos cobrarán en sus tarifas el costo financiero de la mora ocasionada por el constante incumplimiento de la ADRES sobre los plazos previstos para el pago o giro de recursos.

Por eso, debe dejarse tal cual el artículo 7° de la Ley 1797 de 2016: como mecanismo excepcional para EPS que no cumplan adecuadamente su función de aseguramiento, y solo para lo no PBS en relación con todas las demás.

Sugerimos entonces la siguiente redacción:

*“Artículo 54. Giro directo de la UPC. Los recursos provenientes de la liquidación de la UPC, serán girados directamente por la ADRES a los prestadores, proveedores, operadores logísticos y otros agentes del sistema, previa aceptación del respectivo agente, y bajo las reglas que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El giro se realizará teniendo en cuenta la facturación conciliada y reportada mediante el mecanismo de facturación electrónica dispuesto por la DIAN.”*

- **Artículo 62. Modifíquese el artículo 114-1 del Estatuto Tributario el cual quedará así:**  
**Artículo 114-1. Exoneración de aportes.-** El artículo 33 de la Ley 1393 de 2010, establece que las cotizaciones al SGSSS deben hacerse sobre la misma base de las cotizaciones efectuadas al Sistema de Riesgos Profesionales y de las realizadas al Sistema General de Pensiones.

El ingreso base de cotización tiene que ser igual para pensiones y para salud. Claramente, y así como está estipulado, no podría superar el test de la igualdad de la Corte Constitucional. ¿Con qué criterio es distinta la cotización para pensión y para salud si ambos regímenes necesitan recursos? Es decir, que la base de cotización no puede ser distinta para la seguridad social, siendo inconstitucional, más aún tratándose de la necesidad de garantizar la sostenibilidad financiera y por ende el goce efectivo del derecho a la salud de la población.

De otro lado, el Estatuto Tributario no puede exonerar de cotizaciones por unidad de materia. ¿Se está exonerando de cotizar a todo aquel que gane tres (3) salarios mínimos para alguien que aun así cotiza renta? Esta redacción propuesta puede profundizar aún más la quiebra del Sistema de salud. Es más, la pregunta sin respuesta, es ¿por qué se está exonerando de la cotización en salud a las personas que devengan menos de tres salarios mínimos que trabajan para una empresa declarante de renta?, ¿Cuál es la razón específica de esta declaración?

Resulta por lo anterior preocupante la propuesta de este artículo, más aún sin que se conozca la realización de cálculos fiscales para haber propuesto dicha redacción. En este sentido y conociendo la grave crisis de sostenibilidad por la que atraviesa el sistema de salud, ¿cómo va a cubrir el sistema de salud ese hueco fiscal cuando dejen de cotizar todos aquellos que trabajen para empresas declarantes de renta que ganen menos de tres SMLMV?. Además, ¿porqué no incluye a las personas naturales declarantes de renta o a las no declarantes?.

Esto es gravísimo para el sistema de salud porque aproximadamente el 80% de las personas que cotizan al sistema son las que devengan menos de tres salarios mínimos. Es decir, se reitera la pregunta sobre ¿cómo puede existir la ocurrencia de exonerar de



cotizaciones a todas las empresas que tienen contratados empleados que devengan tres salarios mínimos?. Si es así, entonces porqué no se exonera a las personas naturales porque se estaría violando la igualdad al no considerar como exoneradas a las personas naturales declarantes del impuesto de renta.

Adicionalmente, las normas tributarias deben ser iniciativa del gobierno y no es el Congreso el llamado a modificar el Estatuto Tributario de manera unilateral en razón a este Proyecto de Ley. Así mismo, la exoneración de las cotizaciones no corresponde a un tema tributario, ya que es resorte de la seguridad social y no se hila con la con la modificación del estatuto tributario. Por eso, surge la pregunta si existe un estudio del marco fiscal que propone este tipo de normas.

- **Artículo 63. Regulación de Conglomerados Empresariales del Sector Salud.-** Los conglomerados empresariales del sector salud que se deben regular, deben ser todos aquellos que manejen recursos públicos, no sólo de la UPC sino de lo no PBS, porque son tan públicos los recursos de lo no PBS como de lo PBS, ya que corresponden a recursos de la seguridad social. Por ende, si lo que se busca es reducir el riesgo y su transmisión a lo largo del sector, debe aplicarse en ambos como se señala, porque son recursos que pertenecen al Estado en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.
- **Artículo 66. Tasa por las funciones de inspección, vigilancia y control (IVC) a nivel sanitario.-** De acuerdo con el artículo, el Instituto Nacional de Salud y las autoridades sanitarias del nivel territorial cobrarán una tasa por las funciones de inspección, vigilancia y control que realicen. No es muy claro en cuanto a qué actividades de IVC van a ser cobradas dichas tasas y cuáles continuarán siendo gratuitas. Eventualmente se entiende el cobro cuando son visitas de habilitación, buenas prácticas o se generen flujogramas como se menciona en el artículo, pero las que son de trámite como las de las Secretarías de Salud, específicamente a droguerías para *conceptos favorables* **deben ser gratuitas** y unificar este criterio, ya que en algunos Departamentos se cobran y no se justifica.
- **Artículo 67. Periodo de transición.** Creemos que se pueden establecer periodos diferenciales de transitoriedad, ya que algunos temas de forma pueden implementarse en un período más corto (1 año), como algunas construcciones de instituciones y planes. Para los temas más operativos que implican implementaciones de modelos, si se puede considerar un período de dos (2) años.

**(ii) Observaciones respecto de la incidencia de la propuesta normativa desde la óptica de los pequeños comercios (tiendas de barrio) y el consumidor.-**

- **Artículos 59 y 60. Incremento de las tarifas del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado.-**
  1. Tal como lo hemos manifestado en múltiples escenarios, el aumento de los impuestos al tabaco puede tener fuertes consecuencias negativas. En primer lugar, el impuesto puede terminar siendo regresivo, es decir, el impuesto viene a representar un porcentaje mayor del ingreso de las personas más pobres que de las personas de mayores ingresos. En la mayoría de los países, los pobres fuman más que los ricos. En consecuencia, a menudo los pobres gastan en cigarrillos un porcentaje considerablemente mayor de sus ingresos, por lo que deben sobrellevar una proporción más alta de la carga tributaria que se aplica al cigarrillo.
  2. También preocupa la posibilidad de que el aumento de las tasas tributarias **reduzca el ingreso fiscal.** Dado que los consumidores podrían decidir apoyar de forma



indirecta la venta de tabaco ilegal (**contrabando**) buscando un menor precio para continuar satisfaciendo su hábito de compra por un precio similar previo al impuesto. Esta situación daría lugar a un incremento en gran escala del contrabando, con lo cual el consumo de cigarrillos seguiría siendo considerable.

3. Por otra parte, el aumento de los impuestos al tabaco puede dar lugar a una pérdida permanente de puestos de trabajo, ya que una fuerte disminución en la demanda del tabaco lleva a una **disminución en el nivel de ventas y en su producción legal**.
4. Según nuestras últimas cifras, los pequeños comerciantes (tenderos), derivan buena parte de sus ingresos de la venta legal de cigarrillos. El mercado de las tiendas de barrio en Colombia está constituido por 268.000 establecimientos, siendo el canal de distribución más importante en el país consolidando el 48% de la canasta familiar en las ciudades y el 62% de la misma en poblaciones más pequeñas. De ellos, **188.640** comercializan históricamente la categoría de tabaco.

La categoría de cigarrillos es una de las más relevantes para las tiendas de barrio, ya que les permite una **rentabilidad promedio del 25%** y dinamiza las ventas de otros productos complementarios. Según el último estudio de la firma Kantar, las ventas de cigarrillos representan el **cuarto lugar** en orden de importancia de las categorías para los tenderos.

5. En la misma línea del comentario arriba expuesto sobre el artículo 62 sobre que la iniciativa de modificar el Estatuto Tributario debe ser de iniciativa gubernamental, observamos además que el Gobierno Nacional ya anunció una reforma tributaria nacional para el año 2021. Consideramos que ese es el escenario natural para debatir este tipo de iniciativas.

De igual manera, por Ley 5° de 1992, los temas de orden impositivo deben ser tramitados y discutidos en las Comisiones Económicas, quienes adicionalmente tienen la experiencia y el conocimiento sobre el impacto que este tipo de propuestas pueden llegar a tener en la economía.

Por lo anterior, y considerando que la inclusión de estos dos artículos es inconveniente y podría traer un vicio de procedimiento al proyecto, solicitamos la **eliminación** de los artículos 59 y 60 de este proyecto de ley.

Esperamos que nuestros aportes sean considerados para el mejoramiento de la iniciativa.

Reciba un cordial saludo,

**JAIME ALBERTO CABAL SANCLEMENTE**  
Presidente