



Al contestar por favor cite estos datos:  
Radicado No. 20201000011611  
09-11-2020

Bogotá D.C., Noviembre 09 de 2020

Honorable Representante  
**JUAN DIEGO ECHAVARRÍA**  
Presidente  
Comisión Séptima  
Cámara de Representantes

Honorable Representante  
**JAIRO CRISTANCHO TARACHE**  
Comisión Séptima  
Cámara de Representantes

***Referencia.** Comentarios de la Federación Nacional de Departamentos al Proyecto de Ley No. 10/20 Senado 425/20 Cámara “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:

En relación con el proyecto de ley de la referencia, desde la Federación Nacional de Departamentos celebramos esta iniciativa que busca mejorar el cumplimiento a la garantía del derecho fundamental a la salud y la sostenibilidad del sistema de salud de salud en el modelo vigente y con origen en la Ley 100 de 1993. Estas propuestas que consideramos positivas para el sistema de salud, pueden dar respuesta a las circunstancias problemáticas en las que se encuentra el sistema hoy, relacionadas en general con el modelo de aseguramiento.

No obstante, dentro del análisis juicioso que realizamos de la propuesta, encontramos que hay oportunidades de mejora en algunos artículos, razón por la que respetuosamente enviamos adjunto algunos comentarios y propuestas específicas.

Sin otro en particular, reiteramos todo nuestro interés en acompañar el trámite de esta iniciativa y en poder conocer oportunamente el texto que se proyecte radicar como ponencia para primer debate. Los departamentos de nuestro país agradecen la valiosa y constante disposición en escuchar sus inquietudes y necesidades.

Cordialmente,



**DIDIER TAVERA AMADO**  
Director Ejecutivo  
Federación Nacional de Departamentos

**Proyecto de Ley No. 010 de 2020 Senado – 425 de 2020 Cámara**

*“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.*”

**Comentarios y sugerencias FND**

Se describen a continuación, únicamente los artículos sobre los que se propone alguna modificación.

**CAPÍTULO II SALUD PÚBLICA**

CAPÍTULO II SALUD PÚBLICA	COMENTARIOS FND	SUGERENCIAS FND
<p><a href="#">Artículo 7. Función esencial de Salud Pública.</a></p> <p>La salud pública comprende el conjunto de planes, programas, políticas, estrategias, intervenciones, protocolos y lineamientos dirigidos a mantener la salud individual y colectiva de la población a partir de la promoción de la salud, la gestión del riesgo y la intervención los determinantes sociales y ambientales en el marco de la intersectorialidad con demás sectores, dependencias y agencias del Estado.</p> <p><a href="#">Artículo 8. Plan Nacional de Salud Pública.</a></p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de los integrantes del Sistema y demás sectores que intervienen directa o indirectamente en la garantía del derecho fundamental a la salud, formulará, cada 5 años, el Plan Nacional de Salud Pública -PNSP que</p>	<p>/La Planeación actual de la salud pública en Colombia, se realiza sobre el PLAN DECENAL DE SALUD vigente 2010-2020. Este es el plan de mayor envergadura en materia de salud pública que se ha construido en el país. Luego de lo ya construido, se debe seguir avanzando sobre los logros de este plan, que tiene la bondad hoy de tener una temporalidad "decenal", es decir, que permite operacionalizar las políticas públicas en materia de salud pública para mas de dos periodos de gobierno, y por tanto, se convierte en la práctica, en un plan perfilado como una POLÍTICA DE ESTADO. Y esto lo hace además con una consideración especial: puede ser ajustado de acuerdo con los cambios específicos del perfil de salud, en cada periodo de gobierno, de acuerdo con la reglamentación vigente (ley 1438/2000), lo que permite que no sea un conjunto de postulados inamovibles (artículo 6 "El Ministerio de la Protección Social podrá hacer modificaciones al Plan Decenal de acuerdo con las prioridades en salud según análisis de los eventos de interés en salud publica que se presenten").</p>	<p>1. Mantener la reglamentación vigente sobre la temporalidad DECENAL, del Plan Decenal de Salud Pública (Ley 1438 de 2011, art. 6). Suprimir la propuesta de temporalidad quinquenal. Continuar desarrollando y potenciar la reglamentación vigente en esta materia y en especial lo prescrito en la ley 1438 de 2011. El cambio de denominación de Plan decenal de salud publica a plan nacional de salud publica podría quedar como: "plan nacional decenal de salud publica PNDSP.</p> <p>2. El párrafo, relacionado con la comisión intersectorial de salud pública, debe mantenerse en su intención de: realizar la coordinación y seguimiento del "PDSP" y en la</p>



CAPÍTULO II SALUD PÚBLICA	COMENTARIOS FND	SUGERENCIAS FND
<p>contendrá todas las acciones dirigidas a fomentar los factores protectores, e intervenir los determinantes sociales y ambientales que afectan la salud, impulsar las acciones de promoción y prevención dirigidas a la reducción de los riesgos poblacionales de salud acorde con las necesidades y problemas de salud de la poblaciones a nivel nacional y territorial.</p> <p>De acuerdo con los modelos de atención se especificarán metas de resultado y de impacto, a nivel nacional y por territorio.</p> <p><b>Parágrafo.</b> La <u>Comisión Intersectorial de Salud Pública</u>, creada por la Ley 1438 de 2011, realizará la coordinación y seguimiento del PNSP.</p> <p>A nivel de las entidades territoriales, esta coordinación se realizará a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en salud con la participación de las instituciones y organizaciones comprometidas con los determinantes en salud.</p>	<p>/En este sentido, se debería mantener su condición temporal decenal, haciendo actualizaciones cuando sea requerido, como lo indica la norma vigente.</p> <p>/De otro lado, formular un plan nacional de salud pública, resulta ser siempre un ejercicio de una gran complejidad y dedicación de tiempo. Estar elaborando un plan de esta envergadura en un periodo de corto-mediano plazo, resulta ser un ejercicio muy poco costo-efectivo.</p> <p>Se propone que en este artículo, en cambio, se despliegue con fuerza el concepto de "salud en todas las políticas" para que de manera específica, se incluya esta estrategia de forma sistemática en la formulación en los planes departamentales, distritales y municipales de salud, introduciendo en este artículo la obligatoriedad que se incorpore la identificación de los determinantes de la salud (factores de riesgo en salud y los factores protectores de la salud) por parte de cada una de las secretarías de despacho, para cada uno de los sectores, especificando las intervenciones, metas, indicadores y presupuesto para realizar estas acciones durante los periodos de gobierno y su presentación en los escenarios de rendición de cuentas (p.e. accidentalidad vial, planificaciones de acciones permanentes dentro de los compromisos de las secretarías de transporte y movilidad, entre muchas otras).</p>	<p>intención de "A nivel de las entidades territoriales, esta coordinación se realizará a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en salud con la participación de las instituciones y organizaciones comprometidas con los determinantes en salud."</p> <p>3. Introducir el concepto de "salud en todas las políticas" de manera específica en la formulación en los planes departamentales, distritales y municipales de salud, por parte de cada una de las secretarías de despacho, para cada uno de los sectores, especificando las intervenciones, metas, indicadores y presupuesto para realizar estas acciones durante los periodos de gobierno y su presentación en los escenarios de rendición de cuentas.</p>
	<p>/Con relación a la comisión intersectorial nacional, hay que preservarla como está indicado en la norma existente y llevarla a un nivel más efectivo de desarrollo. Si embargo, lo mismo que con el plan decenal lo que se requiere, es seguir avanzando en el uso y aplicación efectivo de este instrumento, "llevarla más allá", en especial, es necesario que no solo gestione acciones desde la nación y entidades nacionales, sino que pueda "bajar" a un nivel territorial, esto es, la probabilidad real de movilizar la idea de "salud en todas las</p>	<p>Proponer ajustes en artículos específicos de la Ley 1438 de 2011, para incorporar los siguientes aspectos puntuales:</p> <p>-Los resultados de las evaluaciones realizadas por parte de las entidades territoriales serán insumo para la habilitación y permanencia de las AS y la definición de su componente</p>

CAPÍTULO II SALUD PÚBLICA	COMENTARIOS FND	SUGERENCIAS FND
	políticas" a nivel de los territorios e integrarlas a la acción de los consejos territoriales de seguridad social en salud.	variable del pago.
<p><b><u>Artículo 9. Plan Básico de Promoción y Prevención y Gestión de riesgos colectivos.</u></b></p> <p>Con base en las metas y acciones definidas en el PNSP, <b>el Ministerio de Salud y Protección Social</b> definirá el conjunto de acciones a ser cubiertas a nivel nacional y por cada entidad territorial.</p> <p>Este plan se actualizará cada dos años de acuerdo con los resultados de las evaluaciones efectuadas al PNSP.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales establecerán objetivos, metas, indicadores de seguimiento sobre resultados e impactos en la salud pública de las actividades de promoción de salud y la prevención de la enfermedad. Lo anterior no excluye la corresponsabilidad de las AS, soportadas por el perfil epidemiológico y desviación del costo.</p> <p><u>Parágrafo.</u> Con base en las metas del PNSP, el <b>Ministerio de Salud y Protección Social</b> establecerá un Sistema de Evaluación continua nacional y territorial del cumplimiento de dicho plan que servirá de base para la evaluación de cumplimiento por parte de las diferentes entidades territoriales y los agentes del Sistema</p>	<p>En este artículo se propone un nuevo plan dentro del sistema de salud: el plan básico de promoción y prevención y gestión de riesgos colectivos, para que se ejecute en el marco de las competencias de nación y territorios.</p> <p>En este sentido, este plan se superpone en su finalidad al actual Plan de intervenciones colectivas PIC (resolución MSPS 518 de 2015), lo que no queda claro en el articulado ni en la sustentación de motivos del PL. Dado que no se elimina el PIC específicamente, se hace necesario precisar su alcance.</p> <p>En caso de que el nuevo plan reemplazará al PIC y dado que éste se ejecuta en cada anualidad, en función de sus fuentes de financiamiento, ahora se diseñaría y ejecutaría para dos años, lo que es razonable, dado el estrecho margen para cumplimiento de acciones de las anualidades</p> <p>Se advierte la continuación de la ruptura de interacción entre la gestión de riesgo colectiva e individual, que en su momento pretendió resolver a través de las instancias de coordinación local, el instrumento de las rutas integrales de atención RIAS.</p> <p>El artículo enfoca el concepto de promoción y prevención desde la perspectiva de gestión de riesgos colectivos a cargo de los entes territoriales y específica la co-responsabilidad de las nuevas AS dentro de sus competencias de gestión de riesgos individuales, sin que se advierta la necesidad de refrendar la necesidad de resolver esta fractura y de la necesaria integración entre uno y otro en los territorios, al menos haciendo mención a la integración que buscan las RIAS y los espacios de los consejos territoriales de seguridad social.</p>	<p>-Con base en las metas del PNDSP, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un Sistema de Evaluación continua nacional y territorial del cumplimiento de dicho plan que servirá de base para la evaluación de cumplimiento por parte de las diferentes entidades territoriales y los agentes del Sistema. De acuerdo con los modelos de atención se especificarán metas de resultado y de impacto, a nivel nacional y por territorio.</p> <p>-La Comisión Intersectorial de Salud Pública, creada por la Ley 1438 de 2011, realizará la coordinación y seguimiento del PNSP. A nivel de las entidades territoriales, esta coordinación se realizará a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en salud con la participación de las instituciones y organizaciones comprometidas con los determinantes en salud. (con excepción de estos tres aspectos, todo lo demás está en las normas vigentes).</p>

CAPÍTULO II SALUD PÚBLICA	COMENTARIOS FND	SUGERENCIAS FND
<p><b><u>Artículo 10. Planes Territoriales de Salud.</u></b></p> <p>Las entidades territoriales tendrán la responsabilidad de caracterizar los principales riesgos epidemiológicos de la población y definir las acciones promocionales, preventivas y de alta externalidad que deberán efectuarse en el respectivo territorio de forma articulada con las Aseguradoras en Salud, sus Redes y demás actores del Sistema de Salud.</p> <p>Para cada entidad territorial se definirán acciones y metas que deberá desarrollar en cada departamento, distrito y municipio, las cuales serán consignadas en un Plan Territorial de Salud que será formulado y evaluado anualmente.</p> <p>Los resultados de las evaluaciones realizadas por parte de las entidades territoriales serán insumo para la habilitación y permanencia de las AS y la definición de su componente variable del pago.</p>	<p>En este capítulo del PL, que se dedica a la gestión de la salud pública dentro del sistema de salud, se concentra básicamente en proponer ajustes al modelo de planificación actual.</p> <p>Parte de un plan para el nivel nacional PNSP (quinquenal) y otro en los territorios (planes territoriales de salud PTS, anual) e introduce un nuevo plan de promoción y prevención y gestión de riesgo (bianual). Lo que tenemos hoy corresponde a un plan nacional (decenal) de salud pública y otros territoriales (anuales), con la presencia de un PIC que se fundamenta en la línea del plan decenal y de los planes territoriales y los operacionaliza.</p> <p>En este sentido, lo propuesto en el artículo, parece que no introduce ningún cambio jerárquico significativo en la estructura de planeación de la salud pública, por lo que podría considerarse que su permanencia dentro del articulado no sería indispensable y en especial por la existencia ya, en las normas vigentes (ley 1438 de 2011), en donde eventualmente solo se requerirían algunos ajustes específicos sobre algunos de sus artículos.</p>	

## CAPÍTULO VI. HOSPITAL PÚBLICO

CAPÍTULO VI. HOSPITAL PÚBLICO	COMENTARIOS FND	SUGERENCIAS FND
<p><b>Artículo 34. Empresas Sociales del Estado.</b> Los hospitales públicos continuarán funcionando como Empresas Sociales del Estado ESE las cuales podrán ser del orden territorial, o constituidas por más de una entidad territorial. <b>El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará</b> las condiciones de su conformación y funcionamiento.</p>	<p>La FND ha venido proponiendo, dentro del conjunto de opciones planteadas para el mejoramiento del sistema de salud y en especial en lo que compete a la operación en cada uno de los territorios, un ajuste significativo a la figura de los hospitales públicos.</p> <p>Se han propuesto, entre otras, acciones como:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lograr que los hospitales públicos, operen en condiciones de red integrada, bajo la figura de "redes regionales de salud". Esto significa avanzar en (i) procesos de integración estructural de empresas sociales del estado existentes en territorios no certificados, en una única razón social y que están a cargo del departamento o (ii) avanzar en procesos de integración funcional mediante diversos tipos de acuerdos de voluntades, manteniendo la figura de las ESE individuales, con diversas razones sociales en el caso de municipios certificados. En ambos casos, la configuración correspondería a redes dentro de regiones de salud, las cuales a su vez estarían dentro de las ATS propuestas en este PL. Al interior de cada red regional, existiría una organización por micro territorios y la disposición de cadenas integradas de prestadores primarios, y de estos con prestadores complementarios y CE.</li> <li>2. Definir la clasificación de los hospitales públicos en dos categorías: (i) unidades dedicadas a la atención primaria en salud (los actuales hospitales de 1er nivel y la mayoría de los actuales de 2do nivel), con carteras de servicios integradas bajo una operación en red, dentro de regiones territoriales de salud, dentro de cada departamento y (ii) unidades dedicadas a las atenciones complejas (los</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proponemos que se incorpore al proyecto la modificación de los mecanismos actuales de financiamiento de los hospitales públicos que se clasifiquen como prestadores primarios, transformando el actual modelo de venta de servicios, en un modelo de "convenios de pagos por disponibilidad de servicios y resultados", según la tipología que se defina por MINSALUD para cada hospital y que funcionaría mediante un sistema dual de: (i) pagos ex ante, mensuales, por disponibilidad del portafolio (ingreso de componente fijo) mediante giro directo y (ii) un pago complementario por el logro de resultados (ingreso componente variable) pagado contra evaluación semestral de indicadores pactados y formalizados mediante la celebración de "convenios de disponibilidad" entre hospitales públicos, las AS, ADRES y los entes territoriales departamentales.</li> </ol> <p>Este mecanismo provocaría que, al financiar la totalidad de los gastos requeridos en la operación corriente de los hospitales, no se requieran recursos de oferta complementarios a los recursos de venta de servicios. De hecho, la propuesta es no considerar los ingresos como venta de servicios. Los recursos se reciben tomando como fuente la UPC y reemplazan el total de recursos que pudiesen requerir. Bajo este modelo, ya no se haría necesario continuar</p>

CAPÍTULO VI. HOSPITAL PÚBLICO	COMENTARIOS FND	SUGERENCIAS FND
<p><b>Artículo 35. Requisitos mínimos para las Empresas Sociales del Estado.</b></p> <p>Las características de las ESE <b>deben ser establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social</b> con base en los siguientes elementos:</p> <p>34.1. Modelos tipo de hospitales, servicios y unidades funcionales de acuerdo a las poblaciones, dispersión, oferta de servicios, frecuencia de uso, condiciones de mercados, entre otros, a los cuales las ESE deberán adecuarse</p> <p>34.2 Determinación de los recursos humanos, físicos, tecnológicos por tipo de hospitales</p> <p>34.3. Determinación de régimen presupuestal acorde con los ingresos, costos, gastos, recaudo, cartera, inversiones y demás relacionados</p> <p>34.4. Modelos de evaluación de servicios, financiera de gestión, calidad y resultados en salud por tipo de hospital.</p> <p><b>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá</b> un grupo funcional encargada de la asesoría y asistencia técnica que se requiera para los fines de esta caracterización.</p>	<p>actuales hospitales de 3er nivel y una parte de los de 2do nivel). El limite entre las dos categorías estaría, en que las redes de servicios primarios proveerían servicios desde micro territorios con familias y ciudadanos asignados (adscritos) en acciones extramurales y con equipos interdisciplinarios, hasta servicios intramurales que llegan al nivel de servicios médicos especializados básicos, de tipo ambulatorio y hospitalización de apoyo para médicos generales y de familia.</p> <p>3. Para las redes primarias, se propuso, anular el modelo de financiamiento basado en compraventa de servicios y que su oferta de servicios y su sostenibilidad no dependan en adelante del volumen de ventas, la recuperación de carteras y el proceso transaccional comercial con EPS y otros.</p> <p>Desde la FND se ha propuesto, que los hospitales públicos, organizados en redes primarias, reciban ingresos por dos vías:</p> <p>(i) pago anual en doceavas mes anticipado, basado en un modelo de "pago por disponibilidad de oferta de servicios y su dispensación a la población" (pagos por disponibilidad), de acuerdo con unas tipologías específicas de portafolios predefinidos, ordenados en redes y a los requerimientos de perfil de salud de cada región y sus microrregiones y previamente costeados y presupuestados, según metodología diseñada por MINSALUD y pagados por giros directos desde ADRES, sumando además un mecanismo de auditoria y control de cumplimiento en la oferta a disponer pactada mediante convenios y evaluación de desempeño de director y su equipo. Esto supone la reducción del aparato administrativo que no se necesitaría mas y su</p>	<p>con la clasificación de riesgo financiero, ni con los procesos de ajuste fiscal y financiero que se adelantan hoy con Minhacienda y se cambiarían por un sistema de auditoria y evaluación de cumplimiento de la disponibilidad de servicios, en condiciones de calidad, evaluadas semestralmente por las secretarias de salud y de manera continua por las AS.</p> <p>Eliminar el ítem 36.3. Deberán prestar los servicios vitales reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Si la venta de servicios no financia dicha prestación recibirán subsidios de oferta. Al suprimir el mecanismo de ingresos por venta de servicios, y pagos por convenios de disponibilidad de portafolios, que cubran el 100% de su operación corriente, no se requiere indicar que se entregarán recursos de oferta. Y ajustar lo pertinente en el artículo # 41 de este PL y en el parágrafo # 3 del artículo # 36.</p> <p>Se deberá incluir también la modificación de los modelos de evaluación de gerentes y su permanencia en el periodo nombrado, ligándolos al cumplimiento de oferta, en condiciones de oferta apropiada de los portafolios y del logro de resultados. La auditoria de cumplimiento y la calificación de resultados estará a cargo de la entidad territorial departamental.</p>

CAPÍTULO VI. HOSPITAL PÚBLICO	COMENTARIOS FND	SUGERENCIAS FND
<p><b><u>Artículo 36. Requisitos generales del funcionamiento de las ESE en Redes Integrales de Atención.</u></b></p> <p>Las ESE deberán cumplir con las siguientes exigencias adicionales a las propias de su habilitación:</p> <p>36.1 Deberán funcionar en redes integrales de servicios que podrán ser de naturaleza pública o mixta y podrán participar en varias de ellas</p> <p>36.2 El portafolio de servicios de las ESE debe corresponder a las necesidades y problemas de la población de su jurisdicción, el tamaño poblacional, las condiciones de mercado, los recursos disponibles, ajustados a los modelos tipo descritos en la presente ley, lo cual debe estar reflejado en el Plan de redes de servicios del departamento o las ATS. Las ESE no podrán habilitar servicios por fuera de este Plan</p> <p>36.3. Deberán prestar los servicios vitales reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Si la venta de servicios no financia dicha prestación recibirán subsidios de oferta.</p> <p><b><u>Parágrafo 1.</u></b> Será responsabilidad de las entidades territoriales la coordinación operativa y complementariedad de los hospitales públicos que hagan parte de las redes integrales de atención.</p>	<p>recambio por gasto en talento humano y equipamiento para la prestación de servicios de salud; el contenido de estos portafolios tipo, se ajustarían a los requerimientos de perfil de salud de la población, de los planes territoriales y de las necesidades de las AS para contratación e integración de sus redes, y</p> <p>(ii) pago semestral variable, contra la medición por parte de las secretarías de salud departamental de resultados logrados, contra el cumplimiento de un conjunto básico de indicadores de salud pública, de calidad y de gestión, destinados a la realización de inversiones requeridas por la entidad.</p> <p>-El modelo propuesto en el presente PL, se encuentra alineado con gran parte de la propuesta de la FND, en tanto la definición de tipologías de nodos de atención para configurar las redes, con la definición de servicios a ofertar y de los recursos requeridos y los costos de cada tipo.</p> <p>-Sin embargo, en el PL se deja aún por fuera la propuesta de la FND, de suspensión de los mecanismos de compraventa, contratación, prestación, cobro y recaudo en el nivel primario en la provisión del plan de beneficios en salud PBS de la seguridad social.</p> <p>Proponemos se incorpore al PL, la supresión de los mecanismos de compraventa con las AS, permitiendo que todos los nuevos prestadores primarios, bien en red, o bien de manera individual, tengan una operación basada en la disponibilidad de portafolios de servicios (ingreso de componente fijo) y en el logro de resultados (ingreso componente variable), pactados mediante la celebración de convenios interadministrativos ADRES, AS, ente territorial y hospital público/red.</p>	<p>2. Se propone que se incluya, que el MSPS reglamentará el procedimiento de actualización regular de los “planes departamentales de redes de oferta pública.”</p> <p>3. Se propone determinar dentro del proyecto, que el MINSALUD y el Gobierno nacional, deberá diseñar un “programa de inversión de apoyo técnico al nuevo modelo de atención, fortalecimiento de la gestión institucional y desarrollo de la capacidad resolutive de los prestadores primarios”, para impulsar el proceso de adaptación de las ESE a las nuevas configuraciones en red y la asunción de responsabilidades con los nuevos portafolios y la adopción del nuevo modelo de atención, incluyendo el inicio de la prestación de servicios de medicina familiar, para ser financiado con PGN y recursos externos de crédito.</p> <p>4. Esto deberá incluir el apoyo a la inversión en hospitales públicos clasificados como prestadores complementarios, para el avance en la configuración y certificación como hospitales universitarios.</p>



CAPÍTULO VI. HOSPITAL PÚBLICO	COMENTARIOS FND	SUGERENCIAS FND
<p><b>Parágrafo 2.</b> El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá una metodología para la organización de las redes territoriales de servicios de salud que incluya la capacidad instalada, desarrollo de alianzas entre las ESE, integración del portafolios de servicios, gestión y coordinación de los servicios, evaluación de la de factibilidad técnica y financiera de los servicios ofertada de manera que respondan al análisis de situación de salud de la entidad territorial. Así mismo, establecerá estímulos por resultados para las redes de ESE conformadas, así como definirá la metodología para realizar el monitoreo y seguimiento a los indicadores determinados.</p> <p><b>Parágrafo 3.</b> Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015 (ley estatutaria de salud), las ESE que no tengan sostenibilidad financiera, deberán reestructurarse, fusionarse o adoptar otros mecanismos para alcanzar la viabilidad financiera y de servicios.</p>	<p>El componente fijo deberá cubrir los costos de la operación corriente para la prestación del portafolio tipo, de acuerdo con la tipología y los costos presupuestados definidos por el MINSALUD; los ingresos variables por resultados se destinarían a proyectos de inversión.</p> <p>-de otro lado, en los requisitos de habilitación se mantiene el mecanismo previsto en la ley 715 de 2001, para regulación de la oferta de servicios en los hospitales públicos, denominado "Plan de redes de servicios del departamento". Al respecto debemos indicar, que este mecanismo que se encuentra a cargo de los Departamentos debe reglamentarse en términos de las características que debe tener para su actualización permanente (procedimientos de ajuste, actualización del registro especial, periodicidad, etc.). A la fecha no existe parámetro que indique ni el procedimiento, ni cada cuando tiempo deberá actualizarse. Hoy día este es un proceso que ocurre mas bien por contingencia y que genera disfunción en la operación tanto en las secretarías de salud como en los propios hospitales. Se propone ordenar este proceso, determinando la competencia de los departamentos de actualización anual y armonizándolo con las nuevas ATS y presencia de redes.</p> <p>El mejor escenario de viabilidad de un hospital público, de tipo prestador primario hoy en Colombia, es el de lograr determinar que estas entidades se consoliden como monopolios públicos de prestación de servicios en municipios específicos del país, como parte de las redes integradas regionales (o por ATS) y garantizando su operación corriente con sus portafolios tipo, mediante pagos periódicos ex ante "por disponibilidad", con la certidumbre de su presupuestación anual, producto de los pagos regulares con recursos de la UPC-PBS.</p> <p>Esta es la mejor medida de protección para un hospital público y para el acceso efectivo de la población a los</p>	



<b>CAPÍTULO VI. HOSPITAL PÚBLICO</b>	<b>COMENTARIOS FND</b>	<b>SUGERENCIAS FND</b>
	<p>servicios de salud, que les permitiría transformar el mecanismo de obligatoriedad de la contratación del 60% en el régimen subsidiado de salud vigente con EPS-RS y que quedaría obsoleto luego del proceso de unificación de regímenes, poniendo en riesgo la sostenibilidad de la mayoría de los hospitales públicos primarios existentes hoy.</p>	

## CAPÍTULO X. FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD

CAPÍTULO X. FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD	COMENTARIOS FND	SUGERENCIAS FND
<p><b>Artículo 59. Modifíquese el artículo 211 de la Ley 223 de 1995</b>, modificado por el artículo 347 de la Ley 1819 de 2016, el cual quedará así:</p> <p><b><u>“Artículo 211. Tarifas del componente específico del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado.</u></b> Para el año 2021, las tarifas del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado serán las siguientes:</p> <p>a) Para los cigarrillos, tabacos, cigarros y cigarritos, \$4.200 por cada cajetilla de veinte (20) unidades o proporcionalmente a su contenido.</p> <p>b) La tarifa por cada gramo de picadura, rapé o chimú será de \$334.</p> <p>Las anteriores tarifas se actualizarán anualmente, a partir del año 2020, en un porcentaje equivalente al del crecimiento del índice de precios al consumidor certificado por el DANE más cuatro puntos. La Dirección de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, certificará y publicará antes del 1 de enero de cada año las tarifas actualizadas.</p> <p><b>Parágrafo.</b> El 75% de los ingresos adicionales recaudados por efecto del aumento de la tarifa del impuesto al consumo de cigarrillos serán destinados a</p>	<p>La FND en su objetivo de velar por los intereses de las entidades territoriales a nivel departamental reconoce la importancia de velar por la salud de la población y la necesidad de fortalecer las finanzas territoriales y rentas departamentales en aras de contar con los recursos suficientes para la inversión en salud, educación y deporte. El trabajo técnico y los diferentes informes realizados por la FND han identificado una tensión existente en el marco de los llamados impuestos “pigouvianos” -aquéllos que se crean para efectos de corregir una externalidad negativa- como lo es consumo de las mercancías que causan el impuesto al consumo, el contrabando y las rentas departamentales. Precisamente, la tensión radica en la necesidad de fortalecer e incrementar las rentas departamentales a través de mecanismos adecuados que, permitan gravar en una mayor medida ciertos hábitos de consumo logrando un aumento del recaudo, sin que las tasas impositivas se conviertan en costo tan excesivamente alto que los consumidores opten por sustituir el mercado legal por el ilegal.</p> <p>En ese sentido y como se expone a continuación, el proyecto de ley objeto de análisis escapa al contexto referido. Consideramos que los artículos 59 y 60 no representarían un mecanismo eficaz en el desincentivo del consumo del cigarrillo. Por el contrario, complejizan la lucha contra el contrabando y actúan en detrimento de los ingresos de los departamentos que actualmente se encuentran severamente afectados. Las normas objeto de análisis no permiten conciliar la tensión entre una política de salud, un interés recaudatorio y la minimización del impacto de prácticas ilegales.</p> <p>Por lo anterior, exponemos cuatro argumentos que invitan a replantear la inclusión de estos dos artículos en el presente PL.</p> <p>1. Primero, haciendo un análisis del contexto general del proyecto de ley, éste tiene por objeto construir diversos elementos que</p>	<p>Se sugiere eliminar los artículos 59 y 60 del PL, de acuerdo con las consideraciones expuestas, para someterlo a consideración en el marco de los proyectos de ley de reforma tributaria territorial o nacional futuros.</p>

CAPÍTULO X. FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD	COMENTARIOS FND	SUGERENCIAS FND
<p>financiar el aseguramiento en salud. El 25% restante se destinará al fortalecimiento de las acciones relacionadas con el recaudo y presupuestación del impuesto a nivel territorial.</p> <p><a href="#">Artículo 60. Modifíquese el artículo 6 de la Ley 1393 de 2010</a>, modificado por el artículo 348 de la Ley 1819 de 2016, el cual quedará así:</p> <p><b>Artículo 6°. Componente Ad Valorem del Impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado.</b> El impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado se adiciona con un componente ad Valorem equivalente al 10% de la base gravable, que será el precio de venta al público efectivamente cobrado, según la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional, actualizado en todos sus componentes en un porcentaje equivalente al del crecimiento del índice de precios al consumidor. Este componente ad Valorem será liquidado y pagado por cada cajetilla de veinte (20) unidades o proporcionalmente a su contenido, por los responsables del impuesto en la respectiva declaración y se regirá por las normas del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado.</p> <p><b>Parágrafo 1.</b> Para la picadura, rapé y chimú, el ad Valorem del 10% se liquidará sobre el valor del impuesto al consumo específico de este producto, al que se</p>	<p>permitan garantizar el acceso al sistema general de la seguridad social al igual que su sostenibilidad. No obstante, los artículos 59 y 60 los artículos 59 y 60 rompen con el principio constitucional de unidad de materia (Art. 152 C.P "todo proyecto de ley debe referirse a una misma materia y serán inadmisibles las disposiciones o modificaciones que no se relacionen con ella"). En este caso, el proyecto de ley es compuesto principalmente por disposiciones en el sector salud y la redacción del mencionado artículo se relaciona con el impuesto al consumo. Además, insta a que se destine a financiar el aseguramiento de la salud en un 75%, y el 25% restante para fortalecer las acciones con el recaudo y presupuestación del impuesto a nivel territorial. Además, la norma desconoce que el impuesto al consumo en el caso de los cigarrillos y tabaco elaborado se destina a financiar también el deporte, aspecto que no se aborda en lo absoluto en el proyecto de ley.</p> <p>2. Segundo, los artículos 59 y 60 del proyecto de ley 010 de 2020 desde el punto de vista del trámite legislativo tendrían un vicio de procedimiento.</p> <p>Los proyectos de ley relativos a los tributos iniciarán su trámite en la Cámara de Representantes (Art. 154 CP). Puntualmente, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 3ª de 1992, los artículos objeto de análisis serían competencia de la Comisión Tercera por tratarse de asuntos tributarios. Por ello, adelantar un trámite de proyecto de Ley en la Comisión Séptima del Senado de la República que verse sobre asuntos de tipo tributario implica que los respectivos artículos tendrían un vicio de procedimiento que impedirían su aplicación en el ordenamiento jurídico nacional.</p> <p>3. Tercero, el pasado 27 de agosto de 2020 fue elaborado un informe por una comisión de expertos sobre el estudio del sistema tributario territorial con el objeto de incluirse en la próxima reforma tributaria. A nivel departamental cuando realizaron el análisis del impuesto al consumo creados por la Ley 223 de 1995 se elaboró una propuesta para fortalecer el recaudo y</p>	<p>Se sugiere eliminar los artículos 59 y 60 del PL, de acuerdo con las consideraciones expuestas, para someterlo a consideración en el marco de los proyectos de ley de reforma tributaria territorial o nacional futuros.</p>

CAPÍTULO X. FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD	COMENTARIOS FND	SUGERENCIAS FND
<p>refiere el artículo 211 de la Ley 223 de 1995.</p> <p><b>Parágrafo 2.</b> El componente ad Valorem también se causará en relación con los productos nacionales que ingresen al departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.</p> <p><b>Parágrafo 3.</b> La participación del Distrito Capital del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado a que se refiere el artículo 212 de la Ley 223 de 1995, también será aplicable en relación con el componente ad Valorem que se regula en este artículo.</p> <p><b>Parágrafo 4.</b> La destinación de este componente ad Valorem será la prevista en el artículo 7° de la Ley 1393 de 2010.</p>	<p>desestimular el consumo de alcohol y tabaco. Precisamente, la Comisión cree que es necesario incrementar el recaudo de estos tributos para cubrir los costos sociales que provienen del daño de la salud de quien consume los productos que causan el impuesto.</p> <p>En el caso de los cigarrillos, recomienda:</p> <p>a. Aumentar la tarifa del impuesto, ya se aumentando la tarifa específica o el valor del impuesto ad valorem pero en una proporción que no sea abrupta;</p> <p>b. Ampliar el hecho generador para incluir nuevas formas de consumo como es el caso de los cigarrillos electrónicos, vapeadores y sistemas similares por medio de la ampliación del hecho generador mediante la modificación del artículo 207 de la Ley 223 de 1995. Resalta que la definición del hecho generador debe ser lo suficientemente general como para no estar asociada con la presencia de tabaco, nicotina o humo de cigarrillo, de manera que sean gravados los nuevos sistemas que emerjan en el futuro.</p> <p>Como complemento de esta sugerencia de la Comisión de Expertos, consideramos que en caso de ampliarse el hecho generador, los demás elementos de la obligación tributaria como la base gravable, se deben adecuar a los nuevos productos. En este caso, teniendo en cuenta que el artículo 60 del PL elimina la competencia del DANE de establecer la metodología para su cálculo y trasladando esta función al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, será esta la entidad encargada de incluir la certificación tales productos.</p> <p>4. Cuarto y no menos importante, observando la redacción de la norma, se pretende realizar un incremento agresivo al impuesto al consumo, evitando crear una verdadera política tributaria frente a hábitos de consumo y desconociendo las dinámicas propias del fenómeno del contrabando cuando se hacen este tipo de aumentos. En el estudio sobre Incidencia de Cigarrillos Ilegales en Colombia realizado por INVAMER (2019) y por la FND, se</p>	



<b>CAPÍTULO X. FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD</b>	<b>COMENTARIOS FND</b>	<b>SUGERENCIAS FND</b>
	<p>observa una alarmante tendencia creciente del comercio ilícito de cigarrillos, pasando de un 13% en 2016, a 18% en 2017, 25% en 2018 y alcanzando el 30% del volumen total del mercado de cigarrillos en 2019 (no obstante regiones como la Costa la prevalencia de este flagelo supera el 80%).</p> <p>Teniendo en cuenta que el artículo 59 está incrementando en un 73% el componente específico del impuesto al consumo de cigarrillos hasta los \$4.200 pesos por cajetilla de 20 cigarrillos, creemos que esto precipitaría la tendencia hacia el consumo de cigarrillos ilegales y complejiza la lucha contra el contrabando. Lo anterior, actúa en detrimento de los ingresos de los departamentos los cuales actualmente se encuentran severamente afectadas. Esto no permitiría conciliar la tensión entre una política de salud, un interés recaudatorio y la minimización del impacto de prácticas ilegales</p> <p>Por último, queremos resaltar que la FND está comprometida con mejorar la salud de los colombianos, pero también somos enfáticos y responsables en la medida que buscamos proteger los recursos de estos entes territoriales los cuales permiten la inversión en salud y deporte. En esa medida, este es un llamado a velar porque las políticas públicas que tengan alguna potencial incidencia en limitar o disminuir el recaudo sean analizadas de una manera más integral.</p> <p>A través de estas gestiones también buscaremos prevenir los demás efectos colaterales que pueden derivar, como el aumento del contrabando o la afectación de las finanzas territoriales de los departamentos (las cuales ya están duramente afectadas por las prácticas ilegales). Así pues, se recomienda también desarrollar un debate más profundo de esta problemática en la futura reforma tributaria anunciada por el gobierno nacional, la cual, en nuestro criterio, corresponderá a las circunstancias y dinámicas por las cuales está atravesando el país y así mitigar las consecuencias sociales y económicas producidas por el Covid-19.</p>	



CAPÍTULO XII. OTRAS DISPOSICIONES

<b>CAPÍTULO XII OTRAS DISPOSICIONES.</b>	<b>COMENTARIOS FND</b>	<b>SUGERENCIAS FND</b>
<p><b>Artículo 68. Vigencia.</b></p> <p>La presente ley entra en vigencia después de su publicación y deroga el numeral 5 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, el artículo 6° de la Ley 1438 de 2011 y todas las disposiciones que le sean contrarias.</p>	<p>Se propone ajustar conforme lo propuesto en lo propuestos en ítems anteriores.</p>	<p>Debe eliminarse la derogatoria al art 6 de la ley 1438 de 2011. Se debe preservar la figura del plan decenal de salud pública.</p>