

Bogotá, marzo 6 de 2023

Honorables Representantes

Comisión Séptima
Cámara de Representantes
Atn. Secretario Ricardo Alfonso Albornoz
Secretario General
Ciudad.

Ref. Concepto sobre el Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara.

Honorables Representantes:

Agradecemos el espacio brindado para presentar los comentarios al Proyecto de Ley de reforma a la salud presentado por el Gobierno Nacional.

Iniciamos señalando que el sistema de salud representa uno de los principales logros sociales del país. Ha brindado protección financiera a las familias, promovido la solidaridad entre regímenes, grupos poblacionales y territorios, además de garantizar la efectividad del derecho a la salud. No obstante, somos conscientes que enfrenta desafíos, en materia de sostenibilidad financiera, oferta disponible en regiones dispersas, inequidad regional y servicios sociosanitarios. Para atender estos retos se requieren ajustes que permitan atenderlos de manera progresiva y gradual.

La discusión de la reforma debería reconocer la experiencia y el desarrollo institucional de las últimas tres décadas. En este sentido hay aportes importantes del modelo actual de seguro público universal con participación del sector privado en el aseguramiento y en la prestación y provisión de bienes y servicios de salud. En este tiempo se han desarrollado modelos de gestión del riesgo, modelos de atención en salud, así como modelos preventivos y predictivos, lo que ha ido de la mano con el aprendizaje de los afiliados, la experiencia en la operación y gestión de redes y el desarrollo de sistemas de información. Tenemos un camino que recorrer en muchos frentes, pero estamos convencidos de la necesidad de reconocer y salvaguardar los avances del sistema, así como de garantizar que los ajustes no impacten de manera negativa el acceso a los servicios y la salud de los afiliados.

El documento pretende enriquecer el debate público, con el único ánimo de construir de manera deliberativa y democrática, un sistema de salud que responda a los retos actuales y garantice el más alto nivel posible de salud a los colombianos. Se agrupa de la siguiente manera:

1. Progresividad del derecho en salud y prohibición de regresividad
2. Gobernanza e institucionalidad

3. Gestión financiera
4. Periodo de transición
5. Facultades extraordinarias - Reserva legal.

1. Principio de progresividad del derecho y prohibición de regresividad conforme el bloque de constitucionalidad y la Ley Estatutaria en salud

Existen algunos aspectos que consideramos pueden generar riesgo desde el punto de vista de regresividad de derechos, sobre los cuales queremos llamar la atención.

1.1. Desaparece el derecho a la seguridad social en salud, irrenunciable de acuerdo con la Constitución Política.

El texto plantea que se está regulando el artículo 49 de la Constitución Política y no el 48. Ambos artículos tienen contenidos esencialmente distintos. Mientras el 48 se refiere a la seguridad social como un derecho irrenunciable y permite la participación del sector privado en el aseguramiento, el 49 regula la atención en salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado, permitiendo la participación del sector privado sólo en la prestación de los servicios de salud.

En este sentido, es de trascendental importancia desarrollar los dos artículos de la Carta Política, tal como se hizo en su momento con la Ley 100, en donde la sombrilla fue el concepto de seguridad social y reconocer los avances obtenidos gracias a la participación del sector privado y permitiéndole continuar en calidad de aseguradores sociales.

No es claro en el articulado el desarrollo del concepto de Seguridad Social vinculado al Sistema de Salud, lo cual implicaría un retroceso desde el punto de vista del derecho. En este escenario es válido preguntarse:

- ¿Cómo se garantizaría la Seguridad Social en un sistema de salud eminentemente público?
- ¿Cuáles son los elementos de ese seguro público, universal, obligatorio previsto como derecho irrenunciable?
- ¿Por qué se mantienen las cotizaciones como fuente de recursos, pero se desdibuja el derecho que otorga el pago de estas?
- ¿Los trabajadores y empleadores pagan sus cotizaciones, pero pierden el derecho?
- ¿Cómo se garantiza la participación del sector privado en dimensiones como ampliar coberturas o avanzar en eficiencia?

1.2. Elimina la participación del sector privado en el aseguramiento en salud

El artículo 48 de la Constitución Política previó la participación del sector privado dentro de un modelo de seguro social, público y universal, permitiéndole constituir entidades a cargo del aseguramiento. Con el proyecto de ley esta función de aseguramiento queda desdibujada y el Estado se reserva la actividad, eliminando la participación de los particulares. En este caso debemos señalar que cuando el Estado se reserva una actividad o servicio público, debe indemnizar de manera previa y plena a las personas que en virtud

de dicha ley quedan privadas del ejercicio de la actividad lícita. Así lo dispone el artículo 365 de la Constitución.

Adicionalmente, la ley facultó a las EPS para el diseño y venta de planes complementarios de salud, autorización que queda revocada en el proyecto de eliminación definitiva del aseguramiento, tanto en la parte obligatoria y pública como en la privada.

1.3. Desaparece el derecho a la libre elección

Los ciudadanos perderán la posibilidad de elegir la EPS de su preferencia y en cambio estarán obligados a registrarse en el Centros de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud (CAPIRS) más cercano. Tampoco podrán elegir la puerta de entrada al sistema, ni la red de mediana y alta complejidad a la cual debe acudir de acuerdo con su condición de salud. El proyecto obliga al ciudadano a ingresar por el CAPIRS, al cual está adscrito de manera obligatoria dependiendo de su lugar de residencia; a su vez dicho centro definirá los servicios especializados a los cuales se remitirá la población.

Estas disposiciones violan el derecho consagrado en el literal h, del artículo 6 de la Ley Estatutaria de Salud y desconoce los pronunciamientos de la Corte Constitucional, que ha considerado, incluso con anterioridad a la Ley Estatutaria, que la libre elección es una garantía conexas al derecho fundamental a la salud y que en algunos casos adquiere el carácter de fundamental.

Esta interpretación llevó a la Corte a declarar la constitucionalidad condicionada de normas de rango legal. Es el caso de la Sentencia C-1041 de 2007, en la que precisó que la restricción legal a la integración vertical en la forma prescrita en el artículo 15 de la Ley 1122 de 2007 es exequible, siempre que se entienda que no debe impedir a los afiliados y beneficiarios escoger libremente los servicios médicos prestados por las IPS vinculadas mediante esta figura a la EPS.

1.4. Al desaparecer la EPS se pierde quien representa al afiliado dentro del sistema.

La EPS actúa como interlocutor y garante del derecho frente al afiliado, función que no se ve claramente asignada al conjunto de instituciones que se crean. El proyecto plantea un modelo de adscripción para la atención primaria en salud, pero existen multiplicidad de actores encargados de permitir al ciudadano transitar por los proveedores de bienes y servicios de salud, sin precisar quién responde ante el ciudadano por una falla en el servicio o la totalidad de la cobertura requerida.

Esto además de generar fragmentación en la atención, retrocede en relación con la garantía del derecho del afiliado, que en la actualidad tiene un responsable claro de su atención integral. En este nuevo escenario cabe preguntarse ¿Si el dispensador farmacéutico no entrega los medicamentos, ante quien se dirige el afiliado? ¿Cuándo una institución de mediana o alta complejidad a la cual fue remitido no garantiza la continuidad de la atención o tratamiento, quién le responde al afiliado?

Así mismo, no existe un responsable que garantice dentro de las primeras 72 horas, la gestión y resolución de las PRQ que interponen las personas para garantizar la atención en salud como lo hacen las EPS en la actualidad. Al respecto, se precisa que aún con la eliminación de las EPS, por lo menos el 50,3% de las cerca de 993.000 PQR presentadas en 2021 se continuarán presentando porque están relacionadas con la limitada oferta de prestadores o capacidad instalada existente, aspecto que no se modifica en el proyecto de ley ya que en esencia seguirán existiendo los mismos prestadores y personal de salud.

1.5. Riesgo de no continuidad con los servicios ordenados mediante fallo judicial (tutela)

En el proyecto de ley no se precisa la forma en que se daría continuidad a mandatos judiciales, incluso cuando en ellas se ordenan servicios o el suministro de bienes que no se refieren a un servicio o tecnología de salud. En el actual modelo hay una entidad responsable del suministro de todos los beneficios que el sistema otorga e incluso de aquellos servicios excepcionales (socio sanitarios principalmente). No es claro en el proyecto:

- ¿Quién se encargará de la operación de los servicios socio sanitarios?
- ¿Con que fuente de recursos se financiarían? están contemplado en las estimaciones de la reforma? ¿Cuál es el valor destinado anualmente para estos servicios?
- ¿Cuál será el rol de los CAPIRS?,
- ¿Serán objetos de auditorías?

Para el afiliado tampoco es claro ante quien debe dirigir la tutela, contra el municipio que debe responder por la financiación de los servicios de atención básica, o contra el departamento cuando se trata de servicios de mediana y alta complejidad. Podría llegarse a la indeseable situación de requerir judicialmente a la Nación, a los prestadores o al mismo personal médico.

1.6. Riesgo de no continuidad en la atención, especialmente de los tratamientos en curso.

Actualmente, las EPS agremiadas en ACEMI realizan el monitoreo del estado de salud de más de 8 millones de personas con condiciones de salud priorizadas¹, así como la coordinación y evaluación de la red de prestación requerida a nivel local y nacional para garantizar el acceso, integralidad y continuidad de la atención. Diferentes disposiciones en el proyecto de ley ponen en riesgo la continuidad de la atención de estas personas, tal como se señala a continuación:

¹ Corresponde a personas que se encuentran actualmente en tratamiento para condiciones de salud tales como cáncer, enfermedad cardiovascular, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, trastornos mentales, epilepsia, artritis y otras enfermedades reumatológicas, enfermedades huérfanas o raras, enfermedad renal crónica, así como personas con condición crónicas en atención domiciliaria, gestantes, niños y niñas menores de 5 años, trasplantados, entre otros.

- a) El cambio de destinación que se le da a los actuales recursos que financian la UPC del régimen subsidiado para la destinación exclusiva de la atención primaria en salud (CAPIRS) desfinanciaría las atenciones y medicamentos especializados que hoy en día reciben muchas de estas personas con condiciones crónicas.
- b) Incluso, la garantía de la atención de las personas con estas enfermedades en el nivel primario tampoco estaría garantizado, pues el proyecto de ley distribuye los recursos exclusivamente en función de la cantidad de población a atender (art. 30), desconociendo que la población de cada territorio tiene diferentes riesgos y prevalencias de enfermedad; aspecto que actualmente pueden gestionar las EPS al hacer una mancomunación de recursos a nivel nacional y distribuirlos en función de las necesidades en salud de la población de cada territorio.
- c) Es imposible garantizar que las personas puedan continuar con su atención en las mismas IPS en las que vienen siendo atendidas debido al criterio de cercanía al lugar de residencia. Bajo esta lógica, es improbable que el lugar de residencia coincida con el lugar de prestación del servicio o puede darse el caso de que una IPS privada decida no hacer parte de la red del sistema único de salud. Algo similar podrá ocurrir con los profesionales tratantes de confianza. Esta situación conlleva necesariamente a que la persona se deba registrar en un CAPIRS, aporte la información de su historial clínico y reciba una nueva valoración, generado reprocesos o pérdida de la información clínica de los afiliados, aspectos que al no estar claramente definidos afectarán de manera negativa el acceso, continuidad e integralidad de sus actuales tratamientos.
- d) Lo anterior, se ve agravado por el rediseño de la red de atención especializada y por la falta de claridad respecto de su conformación, diseño, contratación y seguimiento. Competencia que se encuentra distribuida entre los fondos regionales, las entidades territoriales y las unidades zonales de planeación.
- e) El proyecto de ley no determina si la gestión del riesgo en salud estará en cabeza de centros de atención primaria. Además, no se garantizan las capacidades, ni los recursos necesarios para: i) hacer seguimiento a miles de pacientes que vienen con tratamientos en curso y que recibirán una vez se empadronen ii) hacer al mismo tiempo actividades de prevención y promoción y iii) visitar en sus casas a la población.
- f) Garantía de suministro de medicamentos. Con la eliminación de la figura de los gestores farmacéuticos (Ej. Cruz Verde, Audifarma, Droguerías Cafam, etc.) y el traslado de estas funciones a cada prestador de servicios de salud pone en riesgo la continuidad en el suministro y acceso a los medicamentos.

Para citar algunos ejemplos, hoy nuestro Sistema de Salud atiende a 5000 pacientes con hemofilia en 121 IPS, sin brechas entre regímenes, ni regiones, con medicamentos y tratamientos avanzados que permiten tener un adecuado control de la enfermedad.

Igualmente, en Colombia 23 EPS cuentan con programas integrales para personas con insuficiencia renal a través de 800 prestadores en todo el territorio nacional, esta articulación es el producto de años de relacionamiento entre aseguradores y prestadores que permiten que el tratamiento llegue a todos los pacientes que lo necesitan.

El seguimiento de cada uno de los pacientes se hace desde las aseguradoras, mecanismo ya conocido por los usuarios del sistema. Un ejemplo del rol que asume la EPS es la gestión para el seguimiento de los pacientes con cáncer. Estos pacientes requieren de tratamientos efectuados por distintos prestadores, y en donde la coordinación y continuidad de la atención influye directamente en los resultados en salud.

¿Quién va a asumir ese rol de la EPS en el nuevo modelo?

¿Cómo se garantiza la integralidad de la atención y la gestión de los servicios continuos independientemente del prestador o proveedor de bienes y servicios de salud?

Por ejemplo, en cáncer sólo el Instituto Nacional de Salud y el Centro de Tratamiento e Investigación sobre Cáncer – CTIC son las únicas entidades en el país que tienen capacidad para ofrecer todos los servicios requeridos por una persona.

La falta de claridad en relación con estas responsabilidades y procesos implicaría un retroceso en materia de derechos.

1.7. No continuidad del servicio por ausencia de portabilidad

La portabilidad es la garantía que da actualmente la EPS de acceder a los servicios de salud cuando las personas deben movilizarse por distintos territorios del país, de manera definitiva o temporal. Esta garantía no está prevista en el proyecto de Ley.

La representación del usuario en su navegación geográfica por el sistema se pierde al eliminar la figura de la EPS. El proyecto de ley suprime de facto la portabilidad como un atributo de la gestión del riesgo en salud ya que obliga al usuario a acceder los servicios de salud cercanos al CAPIRS asignado. No es claro, por ejemplo, cómo será el acceso a los servicios de salud de población que trabaja o estudia en un municipio y tiene residencia en otro. En la actualidad las EPS le garantizan la atención en cualquier lugar del país independiente del lugar donde realizó la afiliación.

Tampoco es claro cómo se accederá a los servicios de urgencia por fuera de la red de atención asignada, ni cómo se pagarán los servicios requeridos en otro lugar del país que se visiten de manera temporal (vacaciones, por ejemplo). El Sistema de Salud debe proteger a la población en casos de emigración ocasional, temporal o definitiva. El no contemplarlo de manera explícita implica un retroceso en el derecho.

De otro lado, consideramos que se estaría afectando el derecho al traslado, entendido como la posibilidad actual que tienen los usuarios del sistema de salud de cambiar de EPS, pasando de una entidad a otra manteniendo las mismas condiciones de atención y servicios médicos que estaban recibiendo, establecidos en las Leyes 1751 de 2015 y 1438 de 2011. Esta facultad de cambiar de asegurador previo cumplimiento de ciertos requisitos, es un derecho que permite al usuario escoger el asegurador que le brinde mayor confianza, o incluso cambiarse cuando no se sienta satisfecho. A su vez promueve la competencia entre EPS y la búsqueda de una mejor calidad en la prestación de servicios de salud.

En conclusión, la afectación de estos derechos de traslado y portabilidad, se entenderían contrarios a la progresividad del derecho que pregonan la ley estatutaria de salud.

1.8. Desaparece la gestión del riesgo en salud.

En el ejercicio contractual entre asegurador (EPS) y prestador, claramente se exigen ciertas actividades asociadas a la gestión del riesgo en salud por parte de la red de prestadores, pero es la EPS quien hace la caracterización de la población, coordina y contrata su red de conformidad con los perfiles epidemiológicos y su ubicación, orienta al paciente a donde ir, dispensa los medicamentos y ordena los exámenes. En fin, es quien da la cara y representa al usuario en la navegación por el sistema de salud y quien exige a las IPS que cumplan con la labor contratada.

La gestión del riesgo que realiza las EPS se ilustra en el manejo integral de las personas con enfermedades crónicas. Una primera etapa consiste en identificar quienes tienen la condición crónica, y este paso generalmente es realizado por prestadores primarios mediante acciones de detección temprana. La EPS se encarga de generar los incentivos apropiados para tal fin e inscribir al usuario a un programa de atención.

Otro paso de la gestión del riesgo consiste en su estratificación, que suele realizarse mediante estudios diagnósticos o de alta complejidad, por lo que el usuario requiere de servicios diversos entre IPS distintas; esta coordinación de la atención no la realiza ninguno de los prestadores, ya que su alcance sólo está en la oferta de su portafolio de servicios. En este caso, la EPS es la encargada de coordinar la red de prestadores y facilitar los canales de comunicación y medios transaccionales entre ellos.

Finalmente, la EPS adelanta el monitoreo y evaluación de la atención integral del usuario en términos de resultados en salud, experiencia del usuario y costo, para lo cual se requiere de la agrupación y análisis integrado del total de las intervenciones de la red de prestadores, es decir, son resultados compuestos de la acción conjunta de cada actor que participa en el proceso de atención, y el único actor que tiene esta “visión de conjunto” es el asegurador. Dicha visión se pierde en el proyecto de ley presentado por el Gobierno, toda vez que ninguna de las instancias creadas tiene a cargo la gestión integral del riesgo.

Por tanto, la gestión del riesgo requiere de una perspectiva interinstitucional, aspecto que no se observa en la propuesta de reforma a la salud; por el contrario, se omiten funciones o responsabilidades clave para la gestión del riesgo en salud y las que quedan se “dispersan” entre diferentes instancias, tales como:

Responsabilidad actual de EPS	Nuevo responsable
Responsable de la integralidad de la atención: acciones de promoción y prevención de la salud, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos	CAPIRS Entidades territoriales Fondo regional ADRES
Caracterización de la población	CAPIRS
Atención al usuario y PQR	No hay instancias definidas Para PQR quedaría solo la Supersalud que actualmente también tiene la competencia

Responsabilidad actual de EPS	Nuevo responsable
Definición de modelos de atención y modalidades de contratación y pago	No definido
Organización y conformación de la red de prestación de servicios en función de la caracterización poblacional	<ul style="list-style-type: none"> Entidad departamental y distrital en coordinación con el Ministerio Unidad técnica especializada en planificación y evaluación de la red integral de servicios de salud del territorio (dependiente del Fondo regional de salud) <p>Nota: Este proceso se debe adelantar conforme a los estándares de calidad propuestos por cada consejo departamental o distrital de planeación y evaluación en salud.</p>
Conformación de las IPS del nivel primario	Entidad municipal y distrital
Contratación y autorización de pago de servicios de mediana y alta complejidad	Fondo Regional de Seguridad social en salud
Acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	CAPIRS
Referencia y contra referencia de las personas que requieren atenciones de mayor nivel de complejidad	<p>Coordinación departamental o distrital de las Redes a partir de las solicitudes de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud - APIRS</p> <p>Las EPS administraran los sistemas de referencia y contrarreferencia de las personas vinculadas a sus APIRS (no es claro el alcance de la administración de este sistema y su articulación con la “coordinación departamental o distrital de las redes”.</p>
Coordinación y contratación del traslado de pacientes tanto en medios de transporte asistencia como no asistencial (lanchas, taxis, avión, etc.)	Coordinación departamental o distrital de las Redes
Auditoria de calidad	<ul style="list-style-type: none"> Coordinación territorial de redes Fondo regional de seguridad social en salud Dirección departamental o distrital de salud (cuando las glosas superen el 20%) EPS cuando lo “requiera el Sistema de Salud”
Seguimiento de cohortes de personas con condiciones crónicas	CAPIRS
Evaluación del desempeño de la red y la prestación de servicios	<ul style="list-style-type: none"> 9 personas que harán parte del consejo de Administración de los fondos regionales Unidad técnica especializada en planificación y evaluación de la red integral de servicios de salud del territorio Unidades zonales de planeación y evaluación en salud departamentales y distritales

Responsabilidad actual de EPS	Nuevo responsable
	<ul style="list-style-type: none"> • Consejo de planeación y evaluación en salud • Fondo regional de seguridad social en salud • Coordinación departamental o distrital de las redes
Asunción de riesgo financiero cuando hay operación deficitaria	No definido
Control de costos	No definido Autorregulación
Verificación y pago de prestaciones económicas	No definido
Articulación con el Sistema General de Riesgos Laborales	Aunque a los CAPIRS se asignan algunas actividades de salud ocupacional no es clara la articulación del sistema de salud con el Sistema de riesgos laborales para la clasificación y atención de enfermedades de origen laboral.

Conforme a lo anterior, al eliminar a las EPS como las gestoras del riesgo y de los recursos se pierde la integralidad de la atención y las posibilidades de generar eficiencias derivadas de la integración de competencias y recursos. Además, se genera el riesgo de que estas instancias regionales y departamentales prioricen el gasto en los servicios disponibles en su territorio en detrimento del acceso y cobertura de servicios que requiera la población a las atenciones cuya oferta no está disponible en su territorio.

2. Gobernanza e Institucionalidad

2.1. Eliminación de las Entidades Promotoras de Salud.

A pesar de mantener su denominación, el proyecto de ley elimina las EPS al modificar por completo su objeto social, que es el aseguramiento. Esta decisión atomiza y desdibuja las funciones de las EPS

1. Aseguramiento: las EPS implementan sistemas de administración de riesgos de acuerdo con la normatividad vigente. En relación con el riesgo financiero, recibe una prima anual (UPC) de \$1.289.246 pesos en el Régimen Contributivo y de \$1.121.396 para el Régimen Subsidiado por afiliado. Con estos recursos debe garantizar la plena cobertura de los servicios contemplados en el Plan de Beneficios.

El proyecto elimina el concepto de prima y el plan de beneficios y se mueve a un sistema de financiamiento a la oferta con presupuestos tipo por prestador.

2. Afiliación: Las EPS se encargan de la promoción de la afiliación, vinculación, registro y certificación de la población, gestionan novedades (traslados, retiros, reingresos y en general cambios que tenga el cotizante en su IBC, cambio de empleador o ajustes en su grupo familiar). Así mismo administran la información socio

demográfica y familiar de sus afiliados. Para ilustrar sobre el volumen que representa esta actividad, una EPS de 4 millones y medio de afiliados maneja en promedio 150 mil novedades al mes.

El proyecto elimina el concepto de afiliación y lo reemplaza por la adscripción o empadronamiento a un prestador primario y pasa de un modelo poblacional donde se garantizan los recursos en función de las personas cubiertas a uno territorial.

3. Definición de modelos de atención en salud: las EPS hacen estudios y definen modelos de atención, con análisis de costo beneficio, lo cual permite una mejor utilización de los recursos, definición de modalidades de prestación acorde con las necesidades de la población afiliada. Para ello, diseñan e implementan estrategias de atención y de demanda inducida para actividades de promoción y prevención y algunas han avanzado en el desarrollo de modelos predictivos para identificar y gestionar tempranamente riesgos en salud.

El proyecto omite la definición, asignación de responsabilidades en la operación e innovación frente al modelo de atención. Igualmente, omite el desarrollo del modelo predictivo y preventivo ni lo relaciona con los diferentes niveles de atención ni instancias que crea.

4. Análisis de costos y tarifas de servicios: las aseguradoras deben hacer un costeo de servicios, estructuración de modelo tarifario, comparación de tarifas del mercado, análisis de ingresos y costos para una mejor utilización de los recursos.

El proyecto plantea un tarifario único que desconoce las particularidades de los mercados regionales y las diferencias en calidad, valores agregados y modalidades de contratación que generen eficiencias. La definición de un tarifario único plantea riesgos en calidad, aumento de frecuencias y costos en el sistema.

5. Selección de proveedores de servicios de salud: la EPS actúa como comprador informado de servicios de salud. Explora y hace análisis del mercado, define las necesidades de servicios de acuerdo con el perfil de su población, caracteriza las posibles IPS a contratar, evalúa técnica y financieramente la oferta disponible en la región, revisa los manuales de tarifas, conforma una red de prestadores que garanticen el acceso adecuado y oportuno a los servicios incluidos en el Plan de Beneficios.

El proyecto atomiza esta responsabilidad y crea instancias colegiadas para toma de decisiones con respecto a la integración de la red, proceso dinámico que tal como está señalado en el proyecto resulta difícil de operar y con riesgos de ineficiencias.

6. Modalidades de contratación y pago: las EPS realizan un análisis comparativo de las modalidades de contratación que garanticen los mayores beneficios a los usuarios y la eficiencia en el manejo de los recursos del sistema. Igualmente desarrollan e implementan modalidades de contratación y pago por tipos de servicios, haciendo seguimiento y evaluación permanente de acuerdo con los

resultados esperados. Así mismo, revisa y audita cuentas médicas de acuerdo con criterios de pertinencia en las atenciones en salud, genera informe de glosas y concilia y hace el pago a los prestadores de acuerdo con las condiciones contractuales y definidas en las normas vigentes.

El proyecto fragmenta la responsabilidad de contratación y pago al asignar los servicios de mediana y alta complejidad a los fondos regionales de la ADRES en una lógica por evento y al ente territorial la financiación del nivel primario mediante presupuestos tipo para la red pública. Este mecanismo de operación fragmenta la atención, aumenta los costos de operación del sistema, dificulta el flujo de recursos y genera un riesgo sistémico.

7. Administración del plan de beneficios y pago de prestaciones económicas: las EPS manejan y conocen la base de datos de la población afiliada y la ajustan a la normatividad vigente que define las coberturas del Plan de Beneficios. Mediante procesos tecnológicos y humanos, hacen el reconocimiento y pago de prestaciones económicas, que comprende la revisión de los requisitos para acceder al pago de incapacidades, licencias de maternidad y paternidad y la verificación para evitar fraudes. Las EPS del régimen contributivo verifican, reconocen y pagan anualmente más de un billón de pesos, correspondientes a más de 1,4 millones de incapacidades, que se suman al pago de más 208 mil licencias de paternidad y maternidad.

El proyecto de ley elimina el concepto de plan de beneficios, tampoco define como se llevará a cabo el proceso de verificación, reconocimiento y pago de las prestaciones económicas, ni establece el responsable de gestionar la asignación de las más de 70 millones de citas médicas y odontológicas que gestionan anualmente las EPS del régimen contributivo para citar un ejemplo.

8. Monitoreo de la calidad y garantía de prestación de los servicios: Las EPS realizan actividades de mejora continua con base en el monitoreo constante de la calidad de los servicios de la red de prestadores, generando estadísticas e indicadores de morbimortalidad y calidad.

El proyecto de ley no identifica el responsable de la garantía y evaluación de los resultados en salud, tampoco establece incentivos para la mejora de la calidad de la atención en salud y el logro de resultados en salud.

9. Generación de información y orientación al usuario: las EPS brindan información permanente a sus afiliados respecto de sus derechos y deberes, sobre trámites, servicios, vacunación, consejos de salud, citas, informes, etc. Esto a través de diferentes canales de comunicación que incluyen llamadas, correos electrónicos, mensajes de texto, páginas web, aplicaciones, entre otras. Estas actividades fueron fundamentales en situaciones extremas como la pandemia de Covid-19 que permitieron a los usuarios tener mayor claridad sobre qué debían hacer ante las diferentes contingencias que se presentaron.

El proyecto de ley omite la definición del responsable de estas acciones.

En conclusión, el mantener el nombre de “EPS” dentro del proyecto de ley, no significa que no sean eliminadas, pues la reformulación de roles implica su desaparición.

2.2. Problemas de articulación, coordinación y gestión de la red: fragmentación de la red

El proyecto de ley señala que la articulación, coordinación y gestión de la red quedan asignadas a las direcciones territoriales de salud y la Unidad técnica especializada en planificación y evaluación de la red integral de servicios de salud del territorio del Fondo regional de salud.

El proyecto dispone que el Minsalud y el consejo departamental o distrital de planeación y evaluación en salud definirán los estándares y mecanismos para la conformación y funcionamiento de las redes integradas e integrales, dando prioridad a la red hospitalaria pública como eje articulador de las mismas en los territorios de salud que se definan.

También prevé que cada institución de salud debe tener una dependencia, sección u oficina de Referencia y Contrarreferencia de pacientes cuya gestión se hará con apoyo de la Coordinación departamental o distrital de las Redes. Al respecto, es fundamental tener claridad sobre el rol de cada una de las instituciones que participaría dentro de la coordinación, gestión, monitoreo y evaluación de la red.

De otra parte, no hay claridad sobre la forma como se articularía la red de transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes en las modalidades terrestre, fluvial, marítimo o aéreo; cuya financiación estaría a cargo de los departamentos y distritos.

Antes de delegar nuevas funciones a las entidades territoriales es importante revisar su capacidad atendiendo la experiencia. Vale la pena recordar que entre 2018 y 2019, las secretarías departamentales de salud tenían asignada la responsabilidad exclusiva de habilitar (no conformar) las redes, y sólo lograron verificar y habilitar el 3% de las redes de prestación presentadas por las EPS, debiendo pasar la competencia a la Superintendencia Nacional de Salud. La conformación y coordinación son procesos mucho más complejos.

Colombia tiene 11.792 IPS y 51.942 profesionales independientes para atender los afiliados de 28 EPS. Estas aseguradoras diseñan programas de atención integral con la red contratada, le hacen seguimiento a su cumplimiento e implementan actividades de mejora permanente. Las personas que se encuentran en programas especiales tienen ya una ruta establecida, han aprendido a navegar en el sistema y han depositado su confianza en él.

Adicionalmente, la forma como se plantea la estructuración del Sistema de Referencia y contrarreferencia a cargo de cada CAPIRS y la “Coordinación departamental o distrital de las Redes” es ineficiente e inoperable si no conocen la red y las necesidades de los usuarios. Se confunde el proceso con un call center, desconociendo que detrás hay un ejercicio de clasificación de atenciones según su urgencia, seguimiento de patologías,

personas y el conocimiento detallado de la oferta de servicios de salud disponibles a nivel nacional.

Las áreas de referencia y contrarreferencia requieren personal especializado, y funcionan en articulación permanente con las demás áreas y procesos que lleva a cabo el asegurador, en un trabajo que en la pandemia permitió que cientos de personas fueran trasladadas con éxito a Unidades de Cuidado Intensivo - UCI en diferentes ciudades del país y se salvaran muchas vidas.

Durante el 2022, las EPS agremiadas en Acemi tenían 759 trabajadores con disponibilidad 24/7 gestionando 897.842 remisiones en forma efectiva. Si bien se han especializado en esta tarea, la misma resulta incompleta sin la articulación referida con las demás áreas orientadas al aseguramiento, en particular con todo el proceso de contratación.

En consecuencia, la reforma implicaría no solo cambios en la red, sino modificación de los programas de atención, alteración de las rutas de los pacientes, fragmentación y afectación de la continuidad de la atención y generación de ineficiencias y desperdicios.

2.3. Consejo Nacional de Salud.

El proyecto de ley revive el Consejo Nacional de Salud cuyas funciones de dirección no son claras, sus competencias lo circunscriben como una instancia de concertación y asesoría del Ministerio de Salud. Su conformación no es representativa de las instituciones del sector, omite la participación de expertos en sistemas de salud y no exige requisitos mínimos de experiencia.

La propuesta contenida en la reforma dificulta la construcción de consensos y la toma de decisiones y no define claramente las fuentes de financiamiento de su operación.

2.4. Gobierno corporativo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud - ADRES.

El PL amplía las funciones de la entidad y desconcentra su operación sin que se fortalezca su gobierno corporativo, aspecto clave para garantizar una adecuada administración, gestión, contratación y ejecución de los recursos. De acuerdo con el presupuesto de 2023, este fondo manejaría y ejecutaría directamente 76 billones de pesos.

En el proyecto de ley ante la asignación de mayores funciones no se prevé el fortalecimiento de la junta directiva con miembros independientes, ni mecanismos de auditoría y control interno adicionales, ni otros órganos que apoyen la gestión de la junta directiva que permitan garantizar el adecuado manejo y destinación de los recursos del sistema, ni un régimen de inhabilidades y conflicto de intereses, ni la necesidad de reportar de manera pública la información financiera, ni nada de lo que comprende un buen sistema de gobernanza.

El gobierno corporativo debe estar en cabeza de personas con amplios conocimientos en modelos de salud, modelos innovadores, modelos predictivos, administración financiera,

legal, contable y demás recomendaciones de la OCDE para la conformación de juntas directivas.

Adicionalmente en el proyecto de ley se cambia el régimen de contratación de la ADRES, señalando que aplicará el régimen privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto General de Contratación de la administración pública generando un riesgo de despilfarro o malos manejos dada la flexibilidad con que cuenta el sector privado para contratar.

No se contemplan mecanismos de transparencia, como, por ejemplo, la publicación en su página web de los bienes y servicios que desea contratar permitiendo la participación de todos aquellos proveedores que cuentan con la capacidad para ofrecer dichos servicios, la publicación de los contratos con el detalle de productos contratados y precios, las pólizas de garantía de cumplimiento a favor del Estado, particularmente del sistema, ni se contempla la publicación de ejecución de resultados, cumplimiento de contratos, servicios prestados ni resultados en salud.

2.5. Instituciones de Salud del Estado ISE

En el PL no es claro cuáles son las razones de fondo de la transformación de las E.S.E. en I.S.E, ni cómo la medida propuesta responde a las necesidades y cómo se acompañarán los procesos de saneamiento de hospitales.

2.6. Sistema Público Único Integrado de información en Salud (SPUIIS)

Más allá de la creación de un sistema único integrado de información en salud, el sistema debe garantizar la interoperabilidad y avanzar en el desarrollo de módulos complementarios conforme a lo dispuesto en la Ley 1966, de manera tal que los sistemas de información propuestos aprovechen los esfuerzos y cuantiosos recursos invertidos por el Estado.

El desarrollo de este sistema debe contemplar la realidad de los territorios en cuanto a infraestructura, conectividad y capacidades y los tiempos requeridos para su implementación.

De otro lado, considerando que el sistema de salud ha sido un sector especialmente sensible ante ciberataques, tanto en entidades públicas como privadas, el Estado tendría la obligación de generar mayor inversión en temas de ciberseguridad y defensa en este aspecto, incluyendo este tema como prioritario dada la sensibilidad de la información que se maneja y el nivel de vulneración que tienen estos ataques en la garantía del derecho fundamental a la salud.

2.7. Modificación de competencias de las entidades territoriales.

El proyecto propone una serie de modificaciones a las competencias de los entes territoriales y en consecuencia al uso de los recursos.

Desaparece la competencia en materia de aseguramiento, no siendo claro quién responde ahora por lo que en diferentes escenarios se ha señalado como aseguramiento social. No es claro el manejo y aplicación de los recursos para la población de su jurisdicción, ni el plan gradual que se propone. Los recursos destinados a aseguramiento por la Ley 715 se redireccionan a financiar APS y red hospitalaria, desfinanciando la atención de mediana y alta complejidad de la población más pobre y vulnerable.

De otra parte, el artículo 35 señala que el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un programa de asunción gradual de las competencias de las direcciones de salud, para asumir la gestión directa de los recursos para salud provenientes del Sistema General de Participaciones y otras fuentes de financiación de naturaleza solidaria, lo que implicaría que los recursos que hacen parte de una gran bolsa en la ADRES se van a gestionar por parte de las entidades territoriales directamente, sin que sea clara su finalidad.

En este punto, es pertinente también resaltar que los ajustes y asignación de competencias debe adelantarse directamente a la entidad territorial (departamento, distrito o municipio), y no en cabeza particular de funcionarios como los secretarios o directores de Salud, ya que esto contraviene la Constitución Política en el reconocimiento de la autonomía administrativa de las referidas entidades territoriales para la definición de su estructura interna y distribución de funciones que sus asambleas y concejos definan. No puede desconocerse a los gobernadores y alcaldes como supremas autoridades en estos niveles de organización administrativa.

2.8. Omisión del fortalecimiento de las autoridades sanitarias y del desarrollo de la política farmacéutica

Ante la demanda creciente de bienes y servicios derivados del crecimiento del envejecimiento de la población, la ocurrencia de enfermedades crónicas y la presión tecnológica, llama la atención, la omisión de disposiciones con respecto a la política farmacéutica y al fortalecimiento del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud - IETS y del Invima. Aspectos que son necesarios para garantizar el acceso y disponibilidad a medicamentos y tecnologías en salud y la sostenibilidad del sistema.

Por el contrario, el proyecto elimina las competencias de las EPS con respecto a la gestión de medicamentos e insumos y elimina actores clave del proceso, que a lo largo de los últimos años han agregado valor frente a la gestión de adquisición, distribución, entrega y seguimiento de medicamentos, trasladando esta competencia a cada institución prestadora de servicios.

3. Gestión financiera

3.1. Riesgo de insostenibilidad financiera del sistema

La eliminación de la gestión del riesgo financiero supone una amenaza para la sostenibilidad del sistema. Las acciones de prevención y promoción son insuficientes para

contener el gasto y la carencia de incentivos para hacer un uso costo efectivo de los recursos desbordará las previsiones que ha elaborado el gobierno.

3.2. Asunción de riesgo financiero en mediana y alta complejidad.

En la actualidad, la EPS asume no solo la gestión de los riesgos en salud, operativos y financieros, y no solo por mediana y alta complejidad sino de manera integral, es decir que, si la prima resulta insuficiente, la EPS debe asumir el pago al prestador con cargo a su patrimonio.

En el proyecto no es claro quien asume este riesgo, pues el fondo territorial (desconcentración de la ADRES) recibe un valor per cápita para efectos de garantizar la financiación de los servicios de mediana y alta complejidad, pero no señala qué sucedería si dichos recursos resultan insuficientes para atender las necesidades en salud de la población. No señala con claridad quien sería el deudor en caso de insuficiencia de recursos, ¿La ADRES? ¿el Departamento en donde está ubicada la población? ¿La región? ¿En este caso a quien factura la IPS? ¿El fondo seccional que es el encargado de contratar la red? ¿Es decir ADRES? ¿los usuarios?

El proyecto de ley supone que asegurar el riesgo financiero es igual a pagar facturas. Confunde el papel de un tesorero con el de un gerente financiero. Además, pretende controlar la calidad y el costo de los servicios con un tarifario, dejando de lado los incentivos que surgen cuando se realizan pagos por evento.

3.3. Disminución de rentas sin clara sustitución de fuentes.

En la norma se plantea la eliminación de copagos y cuotas moderadoras, así como la disminución del porcentaje de la cotización de los pensionados, sin que se defina una fuente sustituta.

3.4. Financiación de la red pública.

No es clara la financiación de la red pública, en especial la de mediana y alta complejidad. La norma señala que los recursos que no correspondan a venta de servicios serán complementados con recursos de subsidio a la oferta girados por la ADRES y por los fondos departamentales de salud.

3.5. Régimen de contratación.

El fondo regional hace la contratación con la red conformada por las entidades territoriales regido por el derecho privado. Sin embargo, no queda claro el tipo de contratos que van a celebrarse con el propósito de generar incentivos a mejores resultados en salud y a lograr mayores eficiencias en el manejo del recurso.

- ¿Podrá contratar a las IPS bajo diferentes modalidades a pesar de tratarse del mismo conjunto de servicios?

- ¿Qué sucede si no logra acuerdos con alguna IPS que ya se ha registrado dentro de la red?
- ¿Puede convocar a otras entidades para suplir las necesidades en salud de la población?
- ¿quedan descubiertos dichos servicios?

3.6. Ausencia de capacidades en la ADRES y los fondos territoriales

La Adres no cuenta con las capacidades para gestionar financieramente el sistema de salud. La experiencia con pagadores públicos únicos, centralizados o descentralizados no han sido buenas. Basta revisar la gestión de tecnologías no PBS a cargo de los entes territoriales en la década pasada. Opacidad, malgasto e incapacidad administrativa, terminaron en una deuda abultada que debió ser asumida por la Nación.

Complejiza la estructura financiera del sistema, duplicando las funciones en ADRES y en los fondos territoriales, lo cual genera un riesgo de ineficiencias y pérdidas de recursos en cualquier parte de la cadena.

3.7. Auditorías.

Entendemos que la auditoría de cuentas las realiza el fondo regional, quien autoriza a la oficina central de la ADRES el giro de los recursos a las entidades cuyas facturas han sido aprobadas. Sin embargo, el Proyecto de Ley señala que debe estar sujeta a la autonomía profesional con fundamento en el conocimiento científico, la ética, la autorregulación y el profesionalismo, lo cual genera una serie de dudas en relación con el alcance de esta.

¿Podría rechazar una factura por considerar que los servicios suministrados no fueron pertinentes, o hubo desperdicio?

3.8. Mecanismo de recaudo de cotizaciones.

En este punto el articulado es ambiguo. Se debe precisar el mecanismo de recaudo, pues pareciera ser un esquema diferente a la PILA, pudiendo desaparecer la integralidad y control que se realiza actualmente frente al recaudo de todos los recursos de la seguridad social y desconociendo la capacidad desarrollada por los operadores de la planilla integrada de liquidación de aportes – PILA.

4. Periodo de Transición

El periodo de transición genera inquietudes por las siguientes razones:

- En virtud de la ley se les obliga a las EPS continuar funcionando hasta tanto se realice una entrega ordenada de los afiliados a los CAPIRS, generando incertidumbre en relación con los plazos para la entrega e inicio de las actividades tendientes a la liquidación de la EPS.
- Les obligan a hacer nuevas inversiones pues deben hacer un proceso de territorialización de acuerdo con lo que señale Minsalud. Esto implica cesión y

asignación de afiliados de manera masiva, con los traumatismos que estos procesos generan en la atención, afiliación, contratación de red, levantamiento de información y caracterización de los afiliados, adecuación de procesos, montaje de oficinas, mecanismos de atención al afiliado, entre otros.

- Dependiendo del número de afiliados, deberán hacer inversiones para efectos de garantizar el cumplimiento de requisitos financieros y adicionalmente es posible que se incremente la demanda de servicios de salud, tal como se ha venido observando con las poblaciones que se han asignado de manera masiva.
- Ajuste a la operación, considerando que se modifica el concepto de grupo familiar contenido en la Ley 100 y se sustituye por el concepto de hogar (definición ausente en la norma).
- Se establecen nuevas reglas para el manejo de los recursos

Lo anterior genera inquietudes, tales como:

¿Puede obligarse al sector privado a ejercer una actividad?

¿Puede ordenarse a alguien a quien se le ha obligado a permanecer por un corto tiempo, a realizar inversiones?

¿Es violatorio del derecho de asociación y de la libre empresa, derechos consagrados constitucionalmente?

¿Qué pasa con la confianza legítima de los inversionistas, cooperados, empleadores y trabajadores (en el caso de las Cajas de Compensación Familiar)?

En este orden de ideas se precisa lo siguiente:

- Se exige a las EPS realizar unas inversiones para operar durante la transición, a sabiendas de que no obtendrán una legítima ganancia derivada de las mismas, porque financian actividades de cara a su salida del sistema. Esta disposición es contraria a la libertad de empresa, protegida en el artículo 333 de la Constitución.

La libertad de empresa está definida en la jurisprudencia de la Corte Constitucional (Sentencia C-524 de 1995 M.P. Carlos Gaviria Díaz), como "(...) aquella libertad que se reconoce a los ciudadanos para afectar o destinar bienes de cualquier tipo (principalmente de capital) para la realización de actividades económicas para la producción e intercambio de bienes y servicios conforme a las pautas o modelos de organización típicas del mundo económico contemporáneo con vistas a la obtención de un beneficio o ganancia (...)."

Un elemento esencial es entonces la finalidad de obtener un beneficio o ganancia. La transición obliga a las EPS a realizar inversiones a sabiendas de que no habrá ninguna utilidad o ganancia, porque se trata de inversiones tendientes a lograr la entrega de los afiliados, pero no con el diseño actual del sistema, sino con los ajustes requeridos para la operación en el marco del nuevo sistema.

Obligar a realizar inversiones a sabiendas de que no se obtendrán utilidades, resulta inconstitucional no solo porque la medida resulta desproporcionada en función del sacrificio económico que se les impone a los agentes que hoy operan como EPS, sino porque rompe

el núcleo esencial de la libertad de empresa, del cual hace parte el ánimo de obtener un beneficio o ganancia.

- Se obliga a las EPS a continuar con la operación

La libertad de empresa permite que cuando el inversionista no desee continuar en la actividad, se retire. Para ese efecto la reglamentación actual prevé el retiro voluntario, el cual regula una salida ordenada, sin afectar la prestación del servicio. El derecho de asociación, en virtud del cual la persona natural o jurídica decide con quien asociarse para ejercer una actividad económica, también le permite al asociado desistir del ánimo societatis y dejar de participar en la actividad económica para la que había destinado sus esfuerzos.

Esta facultad para retirarse de la actividad se elimina en el artículo 149 del proyecto, al establecer la obligación de la EPS de continuar operando hasta cuando entregue la población a los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, que actualmente no existen y cuya entrada en operación tampoco es un hecho que indefectiblemente vaya a ocurrir. Tampoco está previsto un período máximo para la entrega de los afiliados, con lo cual puede ocurrir que la EPS que no desea continuar operando, esté obligada a funcionar por un período indeterminado que puede ser de uno, 5 o 50 años.

Al obligar a las entidades a continuar con el ejercicio de una actividad económica a pesar de que ya no desee continuar con la misma, y al impedirle al asociado desistir del derecho a retirarse de la actividad y de la forma asociativa en la que participa, el legislador realizaría una intervención desproporcionada en la economía, en la libertad de empresa, y en el derecho de asociación.

- Pago condicionado y discrecional de UPC

En el artículo 149, se señala que se “podrá pactar el reconocimiento de la UPC cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las Entidades Promotoras de Salud hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo sistema de aseguramiento social en salud.”

De esta disposición se deduciría que las EPS podrían no recibir la UPC que reconoce el sistema en la actualidad, permitiendo discrecionalidad frente al pago por parte de la ADRES, lo cual resultaría contrario a la libertad de empresa, y al modelo de aseguramiento social. En caso contrario, la entidad estaría compelida a funcionar sin recibir ingresos de los cuales derive una utilidad o legítima ganancia, con lo cual la disposición viola el artículo 333 de la Constitución Política.

- Giro directo

El giro directo es una medida que restringe la libertad contractual de las EPS y su aplicación requiere una justificación razonable, que en el régimen contributivo no sería otra que el riesgo inminente de no pago a la red, como efecto del incumplimiento de los requisitos de habilitación financiera. Por esta razón la medida del giro directo en el régimen contributivo

resulta razonable únicamente tratándose de EPS que se encuentran en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte del organismo de control y vigilancia competente.

Cabe señalar que como el artículo 150 numeral 21 de la Constitución que regula las facultades del Congreso, señala que las leyes de intervención en la economía deberán precisar los fines y alcances, y los límites a la libertad económica, no es posible librar al arbitrio del reglamento la definición del porcentaje de UPC sobre el cual aplicaría la medida de giro directo.

De otra parte, la medida impactaría la constitución y gestión de reservas de las EPS que no están en vigilancia especial, o tener acceso a los rendimientos de las inversiones de estas, los cuales contribuyen a financiar el servicio de salud. Sería necesario establecer si habrá una rentabilidad mínima para las inversiones de las reservas, y la forma en que las EPS tendrían acceso a las mismas.

Además, la medida comportaría un riesgo sistémico en caso de errores operativos de la ADRES, los cuales no solo generarían un riesgo fiscal, sino que también implicarían un paro inminente en el flujo de recursos a todas las IPS y proveedores, así como una afectación al goce efectivo del derecho a la salud para los afiliados. Cabe en este punto mencionar el antecedente vivido en 2018, en donde durante dos años no fue posible contratar auditoría de cuentas, afectando por esta vía el flujo de recursos de todo el Sistema de Salud. Igualmente, tampoco resulta claro qué sucede si los recursos son insuficientes para el pago a la red, ni quién asume el riesgo financiero en dicho caso.

Adicionalmente, consideramos necesario precisar, en caso de mantener el artículo que la medida de giro directo no implica una facultad de la ADRES para ordenar el gasto, sino que corresponde a una función de dispersión de pagos de tesorería. Dicha ordenación por parte de las EPS corresponde a una actividad enmarcada dentro de una de sus funciones esenciales, como es la de seleccionar y contratar la red de prestadores y proveedores con la cual garantiza el Plan de Beneficios con Cargo a la UPC a sus afiliados.

De esta manera, la imposición generalizada del giro directo podría estimarse como una medida desproporcionada y carente de razonabilidad, y por lo mismo conllevaría un desbordamiento de los requisitos exigidos por los artículos 333 y 150 numeral 21 de la Constitución Política para las leyes de intervención en la economía.

Por ser esta una medida nueva para el régimen contributivo que implicaría la reserva de una actividad que pasaría de las EPS al Estado, es necesario evaluar si ello da lugar a una indemnización previa para los agentes afectados de conformidad con lo dispuesto en el artículo 365 de la Constitución².

² Art 365 (CP) "...Si por razones de soberanía o de interés social, el Estado, mediante ley aprobada por la mayoría de los miembros de una y otra cámara, por iniciativa del Gobierno decide reservarse determinadas actividades estratégicas o servicios públicos, deberá indemnizar previa y plenamente a las personas que, en virtud de dicha ley, queden privadas del ejercicio de una actividad lícita".

5. Seguridad jurídica, Facultades extraordinarias - Reserva legal

5.1. Facultades extraordinarias

Es fundamental revisar las facultades extraordinarias otorgadas al presidente de la República. Debe señalarse que hay materias que son de reserva del legislador, como es el caso del régimen laboral aplicable a todos los trabajadores del sector (público y privado), régimen sancionatorio, expedición de normas de rango orgánico en materia presupuestal, e incluso, la facultad que se solicita para expedir normas que son de reserva legal para la transición, facultades que se solicitan con desconocimiento de lo señalado en el artículo 150 de la C.P. numeral 10.

Esto genera incertidumbre en relación con la adecuada planeación que debería hacerse en una transición, a más de las inquietudes de orden constitucional señaladas anteriormente y que se relacionan con la reserva de la actividad por parte del Estado.

5.2. Vigencias y derogatorias.

La redacción del artículo genera incertidumbre jurídica. No hay claridad en las derogatorias, ni en su alcance. En la medida que la Ley regula y desarrolla el artículo 49 de la CP, ¿Debemos entender que el seguro definido en desarrollo del artículo 48 sigue vigente? ¿Qué parte del modelo actual queda derogado? ¿Se derogan la totalidad de las leyes 100/93 (libro de salud), 1122/2007 y 1438/2011? ¿Qué normas quedarían vigentes?

Agradecemos la atención prestada y estamos atentos a participar de manera activa y constructiva en el trámite, debates y audiencias donde podamos aportar.

Cordialmente,



Paula Acosta M
Presidenta Ejecutiva