

Bogotá D.C, octubre de 2024

Honorable Representante
GERARDO YEPES CARO
Presidente de la Comisión Séptima
Cámara de Representantes
Congreso de la República
E. S. D.

Asunto: Informe ponencia de archivo para primer debate al Proyecto de Ley número 312 de 2024 Cámara, acumulado con el Proyecto de Ley número 135 de 2024 Cámara.

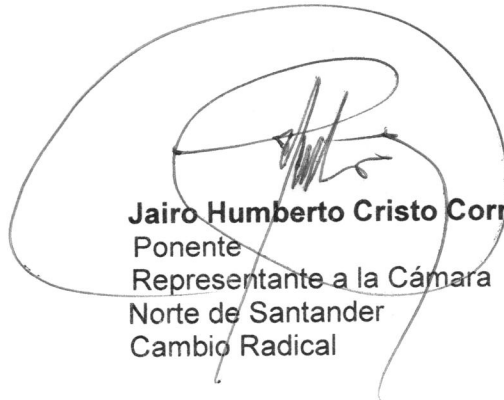
Respetado presidente.

Atendiendo a lo dispuesto en los artículos 150, 153, y 156 de la Ley 5ª de 1992, y conforme a la designación realizada por la mesa directiva de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, en calidad de ponentes, nos permitimos rendir informe de ponencia de archivo para el primer debate del Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones*" acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara "*Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.*".

Atentamente.



Andrés Eduardo Forero Molina
Ponente
Representante a la Cámara
Bogotá Distrito Capital
Centro Democrático



Jairo Humberto Cristo Correa
Ponente
Representante a la Cámara
Norte de Santander
Cambio Radical

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

En atención a la designación hecha por la Presidencia de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, nos permitimos presentar INFORME DE PONENCIA DE ARCHIVO para primer debate al Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara *“Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”* acumulado con el proyecto de ley No. 135 de 2024 Cámara *“Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”* .

En consecuencia, el informe de ponencia se desarrolla conforme a la siguiente estructura:

- I. Síntesis de las iniciativas legislativas.
- II. Antecedentes y trámite de las iniciativas legislativas.
- III. Análisis de la Reforma a la Salud.
- IV. Marco constitucional y legal.
- V. Declaratoria de conflictos de interés.
- VI. Proposición.

I. SÍNTESIS DE LAS INICIATIVAS LEGISLATIVAS

Los presentes proyectos de ley que se encuentran para primer debate y fueron acumulados, tienen por objeto general transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el derecho fundamental a la salud, como se detallará en el presente documento:

1. **Proyecto de Ley 312 de 2024 Cámara** *“Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”*

Autor	Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez Ministro de Salud y Protección Social.
Radicación	13/09/2024 (Cámara) publicado en gaceta de congreso No. 1456 de 2024
Objeto	Transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el derecho fundamental a la salud.
Artículos	49
Estructura	La presente iniciativa consta de 8 títulos y 49 artículos distribuidos de la siguiente manera: <u>TITULO I:</u> OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN - 3 ARTICULOS <u>TITULO II:</u> GOBERNANZA Y RECTORÍA DEL SISTEMA - 4 ARTICULOS

	<u>TÍTULO III:</u> FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD: 14 ARTICULOS <u>TÍTULO IV:</u> ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD - 15 ARTICULOS CAPÍTULO I: GESTORAS DE SALUD Y VIDA – 4 ARTICULOS CAPÍTULO II: REDES INTEGRALES E INTEGRADAS TERRITORIALES DE SALUD – RIITS – 7 ARTICULOS CAPÍTULO III: INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO – 4 ARTICULOS <u>TÍTULO V:</u> PERSONAL DE SALUD - 6 ARTICULOS <u>TÍTULO VI:</u> INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL - 2 ARTICULOS <u>TÍTULO VII:</u> DISPOSICIONES GENERALES - 3 ARTICULOS <u>TÍTULO VIII:</u> DISPOSICIONES TRANSITORIAS - 2 ARTICULOS
--	---

2. Proyecto de ley 135 de 2024 Cámara *“Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.”*

Autores	H.R. Julia Miranda Londoño, H.R. Jennifer Dalley Pedraza Sandoval, H.R. Catherine Juvinao Clavijo, H.R. Carolina Giraldo Botero, H.R. Daniel Carvalho Mejía, H.R. Cristian Danilo Avendaño Fino, H.R. Alejandro García Ríos, H.R. Juan Sebastián Gómez Gonzáles y H.R. Luvi Katherine Miranda Peña.
Radicación	01/08/2024 (Cámara) publicado en gaceta de congreso No. 1455 de 2024.
Objeto	La presente Ley reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud para todas las personas. La prestación del servicio de salud como servicio público esencial obligatorio se ejecutará bajo la dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado. En concordancia con el Artículo 49 de la Constitución Política de Colombia el Sistema de Salud funcionará con la participación de entidades y servicios de salud públicos, privados y mixtos.
Artículos	49
Estructura	La presente iniciativa consta de 9 títulos, organizados así:

	TÍTULO I: SISTEMA DE SALUD CAPÍTULO I: OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN – 2 ARTICULOS. CAPÍTULO II: CONSEJO NACIONAL DE SALUD – 2 ARTICULOS. TÍTULO II: MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD – 19 ARTICULOS. CAPÍTULO I: ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD – 3 ARTICULOS. CAPÍTULO II. PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD – 3 ARTICULOS. CAPÍTULO III. NIVELES DE COMPLEJIDAD – 4 ARTICULOS. CAPÍTULO IV. REDES INTEGRALES E INTEGRADAS – 6 ARTICULOS. CAPÍTULO V: RED PÚBLICA NACIONAL DE SALUD – 3 ARTICULOS. TÍTULO III: ASEGURAMIENTO EN SALUD – 4 ARTICULOS TÍTULO IV: GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD – 7 ARTICULOS. TÍTULO V: POLÍTICA FARMACÉUTICA NACIONAL – 2 ARTICULOS. TÍTULO VI: RÉGIMEN LABORAL PARA EL SECTOR SALUD – 5 ARTICULOS. CAPÍTULO I: RÉGIMEN LABORAL ESPECIAL – 3 ARTICULOS. CAPÍTULO II: AUTONOMÍA PROFESIONAL – 2 ARTICULOS. TÍTULO VII: POLÍTICA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD – 3 ARTICULOS. TÍTULO VIII: INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL – 2 ARTICULOS. TÍTULO IX: DISPOSICIONES FINALES – 3 ARTICULOS.
--	---

II. ANTECEDENTES Y TRÁMITE DE LAS INICIATIVAS LEGISLATIVAS

La primera versión de este proyecto de ley en discusión fue radicado por parte del Gobierno Nacional el día 13 de febrero de 2023 en cabeza de la exministra Carolina Corcho bajo el No.

339 de 2023, el cual contó con la coautoría de H.S. Isabel Cristina Zuleta López, H.S. Martha Isabel Peralta Epieyu, H.S. Aida Yolanda Avella Esquivel, H.S. César Augusto Pachón Achury, H.R. Alfredo Mondragón Garzón, H.R. David Ricardo Racero Mayorca, H.R. Agmeth José Escaf Tijerino, H.R. Pedro Baracutao García Ospina, H.R. Juan Carlos Vargas Soler y H.R. Juan Pablo Salazar Rivera.

El proyecto de ley en mención fue acumulado con los proyectos de Ley No. 340 de 2023 Cámara *“Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud”*, Proyecto de Ley No. 341 de 2023 Cámara *“Por medio de la cual se dictan disposiciones sobre el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS)”* y el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 Cámara *“Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud”*.

Tal proyecto de ley contó con tres (3) ponencias, dos de ellas positivas con modificaciones y una de archivo en la Cámara de Representantes. La ponencia positiva mayoritaria fue firmada por el H.R Alfredo Mondragón Garzón, H.R Martha Alfonso Jurado, H.R Gerardo Yepes, H.R Juan Carlos Vargas Soler, H.R German José Gómez López y H.R Camilo Esteban Ávila. La otra ponencia positiva estuvo firmada por el H.R German Roza. Por otra parte, la ponencia de archivo fue radicada por el H.R Juan Felipe Corzo y la H.R Betsy Judith Pérez. Este proyecto fue aprobado en comisión séptima y en plenaria de la cámara de Representantes.

No obstante, el proyecto llegó a la Comisión Séptima del Senado de la República con número 216 de 2023 donde conto con ponencia positiva mayoritaria por parte de H.S Wilson Arias, H.S Omar Restrepo, H.S Martha Peralta Epieyu. La ponencia negativa por su parte fue firmada por la H.S Lorena Rios Cuellar, H.S Nadia Blel Scaff, H.S Aliria Barrera, H.S Miguel Ángel Pinto y H.S Berenice Bedoya.

Cabe mencionar que, en desarrollo de la discusión dada en la comisión séptima de senado el proyecto en mención fue archivado al ser aprobada la ponencia de archivo. La ponencia negativa en mención presenta un marco estructurado de las falencias y problemas del proyecto de ley que sirven de base para la nueva discusión que se llevará a cabo con el proyecto radicado. Algunos de los argumentos más importantes incorporados en esta ponencia¹ son:

- La reforma propuesta acaba totalmente con el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia y no prevé un sistema mixto, esta reforma sugiere un sistema de salud esencialmente público en todas sus funciones y se excluye la figura del aseguramiento.
- La reforma no cuenta con evidencia de ningún tipo que garantice que lo propuesto nos llevará a una mejor prestación del servicio de salud, y que las falencias del sistema actual queden 100% superadas con el nuevo modelo que se quiere imponer, por el contrario consideramos que eventualmente puede presentarse una regresividad en el

¹ Ponencia de archivo Reforma a la Salud proyecto 216 2023 Senado – 339 2023 Cámara - senadores Lorena Rios, Nadia Blel Scaff, Alirio Barrera y Miguel Ángel Pinto.

derecho a la salud de los colombianos por cuanto Se pierden o desdibujan las responsabilidades, se presenta una omisión de herramientas y mecanismos para la garantía del derecho.

- La reforma a la salud tal y como está propuesta o concebida, no brindará la seguridad necesaria ni garantía de continuidad en la dispensación de tratamientos médicos toda vez que no se establece una hoja de ruta para el proceso de transición, el modelo de gestión de los medicamentos es confuso, además, no es claro que ocurrirá con los pacientes crónicos y de enfermedades raras.
- La reforma propone un complejo modelo de referencia y contra referencia, duplica funciones en diferentes actores de la cadena, cuando esto se presenta, y se genera una fragmentación en las funciones que hoy de manera clara y directa día ejercen las EPS, se genera un gran riesgo de que los recursos de la salud se pierdan, además de que al no existir un directo responsable y pasar las responsabilidades a diferentes actores sin que exista un mayor control, el más perjudicado es el paciente, usuario o afiliado.
- El sistema de salud propuesto desconoce el carácter sistémico y no aislado de los elementos de un conjunto, orientados por el fin de lograr la efectividad del derecho a la salud, toda vez que derivado del número de instancias que se crean resulta ser un sistema de salud estatizado, confuso para cualquier ciudadano y seguramente van a aumentar los riesgos derivados de la falta de articulación, coordinación, financiamiento, burocracia, corrupción y mayores trámites, muy similar al que tenía la población pobre y vulnerable en los años setenta.
- Los recursos de la salud serán monopolizados por el Estado, a través de la ADRES y una sola persona a nivel regional, sin las auditorías previas, que exigen las cuantías y la dinámica del sector, pone en alto riesgo de seguimiento y estabilidad los dineros.
- No se puede perder la experiencia y capacidades adquiridas de las EPS.
- Si los recursos no son suficientes, se llegará a un punto de inequidad muy crítico donde quien tenga recursos suficientes pagará, pero a su vez quién no cuente con los recursos suficientes no tendrá acceso a los servicios, empeorando la atención y generando daños irreparables.

III. ANÁLISIS DE LA REFORMA A LA SALUD

Evolución del sistema de salud en Colombia

Desde el año 1.886 a través de la Ley 30, el Estado había empezado a estructurar la institucionalidad para hacer frente a los problemas de salubridad pública por medio de la creación de las Juntas de Higiene (integradas por médicos) a nivel capital y departamental;

sin embargo, bajo este modelo higienista, la atención médica del grueso de la población y el funcionamiento de los hospitales estaba condicionado a la caridad y la filantropía de la iglesia, las organizaciones extranjeras e iniciativas de tipo privado.

“El Estado daba poca importancia a la política sanitaria, y solamente en época de crisis le otorgaba alguna prioridad, sin establecer una política de salud eficiente. Las clases populares y los campesinos se resistían a aceptar los beneficios de la medicina de los profesionales y preferían los servicios de los curanderos, hasta que con el tiempo se les fue demostrando la superioridad de los servicios sanitarios de los profesionales de la medicina.”²

Si bien, durante las primeras décadas del siglo XX se robusteció el marco institucional a través de distintas iniciativas legislativas en materia de seguridad social como la Ley 6 de 1945, la cual creó la Caja de Previsión Social de los Empleados y Obreros Nacionales (CAJANAL) encargada de reconocer las prestaciones y atención médica de los empleados públicos y la Ley 90 de 1946, la cual dio origen al Instituto Colombiano de Seguros Sociales, encargado de asumir las prestaciones económicas y asistenciales contra los riesgos de invalidez, vejez, muerte y asistencia médica de los trabajadores asalariados; lo cierto es que estos dos regímenes no cubrían a toda la población y no obedecían a una lógica de solidaridad. En tal sentido el subsistema de seguridad social cubría al 50% de los trabajadores públicos y privados y la insatisfacción de los afiliados era alta; esto en parte a la poca oferta disponible.

Cuando se creó el Instituto de Seguros Sociales, se estableció que el financiamiento estaría a cargo de los aportes realizados por el Estado, los trabajadores y empleadores; sin embargo, el primero no realizó dichos pagos y no se logró contar con la capacidad necesaria para cubrir la demanda.

(...) desde el surgimiento del ICSS, no se dio la planeación, ni la logística necesaria para brindar las mejores condiciones a los futuros afiliados, el hecho de no contar ni con la infraestructura, ni los equipos médicos necesarios, condujo a contraer deudas que afectarían más adelante de manera transversal a la institución, por otra parte los rubros que se destinaban desde el Gobierno Nacional, no eran suficientes para brindar una atención de calidad, más aun teniendo en cuenta la difícil situación de orden público por la que atravesaba el país (...).³

Ha mediado de 1970 se crea el Sistema Nacional de Salud el cual trató de aumentar la cobertura en salud bajo el subsidio a la oferta, el cual contemplaba un giro directo de recursos públicos a los hospitales públicos del país. Sin embargo, este modelo no tuvo el efecto esperado ya que la atención y cobertura eran muy bajas.

² Hernando Forero Caballero. Salud pública y social. Capítulo VI.

³ Piñeros, J. Torres J. Deslegitimación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales. U. Pedagógica. 2016.

Para el año de 1992, el subsistema de seguridad social apenas afiliaba a menos del 22% de la población colombiana, el 70% era cubierto por el subsistema público y el 10% restante por el sector privado.

“El subsistema público estaba compuesto por cerca de 1000 instituciones y 45000 camas hospitalarias para atender al 70% restante de la población colombiana la financiación era estatal y los presupuestos anuales consideraban criterios poblacionales de pobreza y de gastos históricos de cada institución el situado fiscal es decir la participación que el sector de la salud tenía con relación al presupuesto nacional era la principal fuente de financiación y cubría entre el 80 y el 100% (...)”⁴

Con la expedición de la Constitución de 1991, se consagra la salud como un servicio público y derecho social basada en los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia; esto se reflejó más adelante con la implementación de la Ley 100 de 1993 en donde se defienden las líneas generales del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

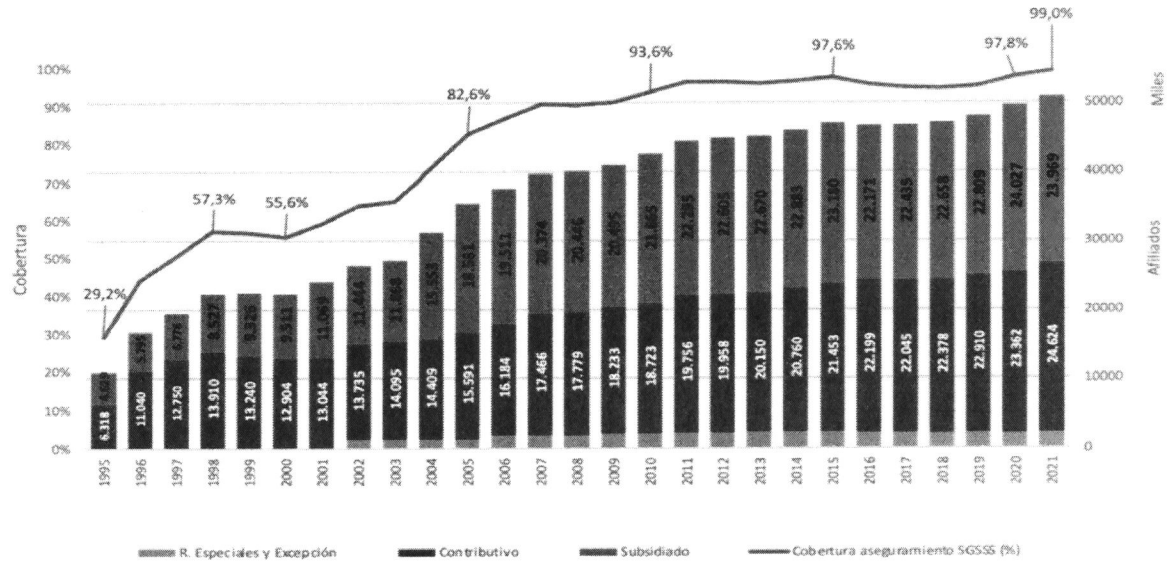
Con el objetivo de ampliar la cobertura en salud se crearon dos regímenes: el contributivo y el subsidiado. El primero se financia con el 12,5 % de los ingresos laborales, de los cuales el trabajador aporta el 4% y el empleador el 8,5 % restante. El régimen subsidiado se creó para asegurar en salud a toda la población no trabajadora perteneciente a los estratos más vulnerables y el cual se financia con la subcuenta de solidaridad del anterior Fosyga y ahora denominada Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES.

Así mismo, con el fin de reemplazar el Instituto de Seguros Sociales se permitió la creación de las Empresas Promotoras de Salud en ambos regímenes las cuales se encargaron del aseguramiento de la población mediante la contratación del Plan Obligatorio de Salud, hoy en día Plan de Beneficios de Salud con las clínicas, hospitales e instituciones prestadoras de salud.

Para el año de 1993, la cobertura en salud tan solo llegaba a un 24% de la población razón por la cual existía gran inequidad a nivel nacional. Consecuentemente, cuatro (4) de cada cinco (5) personas dependían de la atención del sistema público y casi la mitad de los recursos en salud provenían del hogar. En los últimos treinta años la afiliación y cobertura a salud aumentó de manera progresiva. Esto sin duda represente un logro no solo en termino de salud sino de equidad. De acuerdo a Fedesarrollo, la brecha urbana rural se cerró prácticamente en los primeros 12 años del sistema (Gráfica 1).

⁴ Vélez, Marcela. LA Salud en Colombia. Pasado, presente y futuro de un sistema en crisis. 2016.

Gráfica 1. Afiliación y cobertura total nacional. Total Histórico.



Fuente: Presentación ACEMI. Serie anual de afiliación a nivel nacional (BDUA) y Estimación y proyección de población DANE (Censos 2005 y 2018). Cálculos: Dirección Aseguramiento Minsalud.

En el año de 1997 las barreras de acceso a los servicios de salud representaban el 12% sobre el índice de pobreza, mientras que para el año 2021 solo el 2,2% del índice de pobreza multidimensional (Tabla 1) se relacionó con barreras de acceso a servicios de salud (ACEMI 2023).

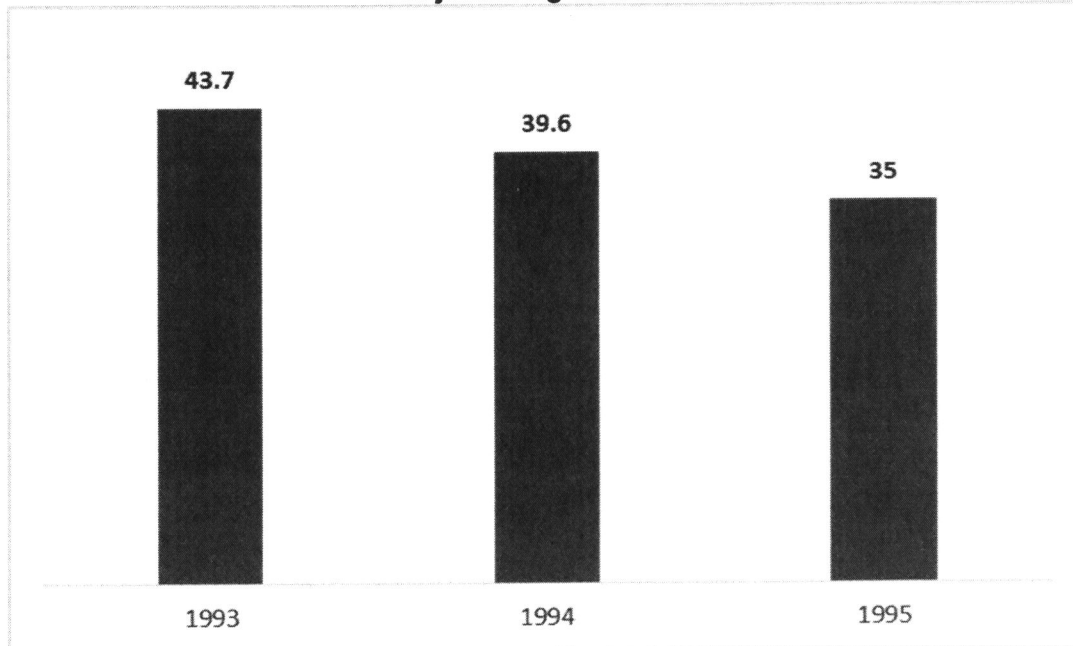
Tabla 1. Pobreza Multidimensional

Variables de las dimensiones del índice de pobreza multidimensional	2021 (%)
Trabajo informal	73,5
Bajo logro educativo	40,8
Rezago escolar	24,9
Desempleo de larga duración	14,1
Sin acceso a fuente de agua mejorada	10,9
Inadecuada eliminación de excretas	10,4
Sin aseguramiento en salud	10,1
Analfabetismo	8,4
Barreras a servicios para cuidado	8
Hacinamiento crítico	7,9
Material inadecuado de pisos	5,9
Inasistencia escolar	5,5
Material inadecuado de paredes	2,4
Barreras de acceso a servicios de salud	2,2
Trabajo infantil	1,3

Fuente: DANE Encuesta de Calidad de Vida ECV 2020-2021, con base en proyecciones del CNPV 2018.

Adicionalmente, para acceder a los servicios de salud, en el año de 1993 los hogares tenían que destinar el 43,7% de sus ingresos (Gráfica 2). Progresivamente este gasto se fue reduciendo hasta alcanzar el 23% en 2022.

Gráfica 2. Porcentaje del ingreso destinado a la salud.



Fuente: Elaboración ANIF con datos de Sistema de Salud en Colombia 20 años de logros y problemas y cuentas de salud en Colombia 1993 – 2003.

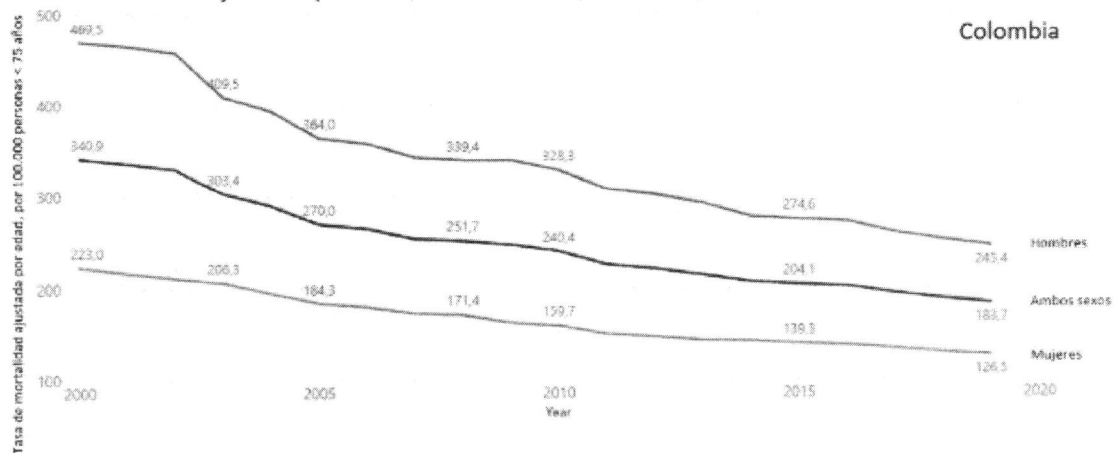
Según la ANIF y con base en cifras de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, la falta de dinero pasó de ser la primera razón de no recibir atención en 1997, a ser la cuarta en el 2021.

Frente a este evidente contexto de avance del sistema de salud en las últimas 3 décadas argumentar desde la exposición de motivos que la mortalidad prematura evitable ha aumentado en el país, cuando la evidencia demuestra totalmente lo contrario es una falacia argumentativa. Como se puede observar en los datos presentados por la Organización Panamericana de Salud en su publicación “*Health in the Americas 2021: Potentially avoidable premature mortality (PAPM)*”⁵ Colombia es uno de los países que más ha avanzado en la región de las Américas en la disminución de la mortalidad prematura potencialmente evitable (gráfica 3).

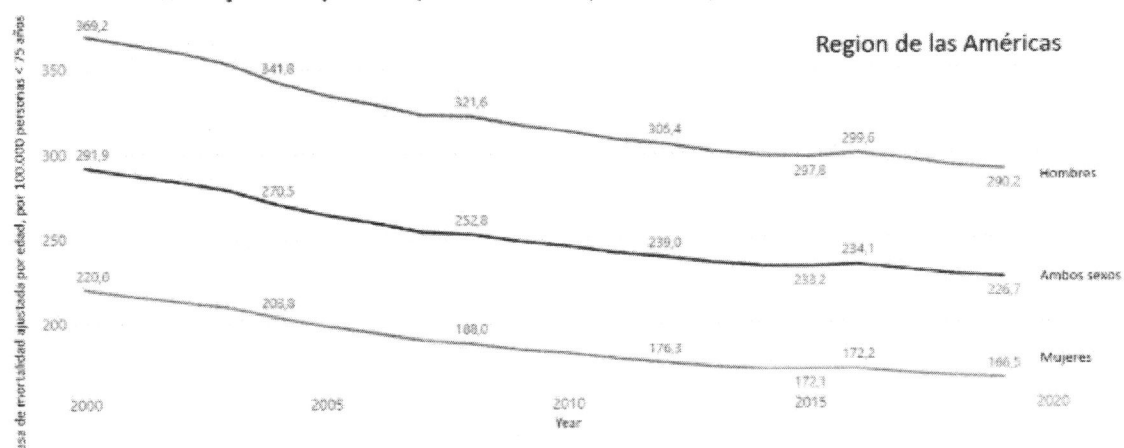
⁵ <https://hia.paho.org/en/avoidable-mortality#113>

Gráfica 3. Mortalidad prematura potencialmente evitable

Tasas de mortalidad ajustadas por edad, de mortalidad prematura potencialmente evitable, por sexo



Tasas de mortalidad ajustadas por edad, de mortalidad prematura potencialmente evitable, por sexo



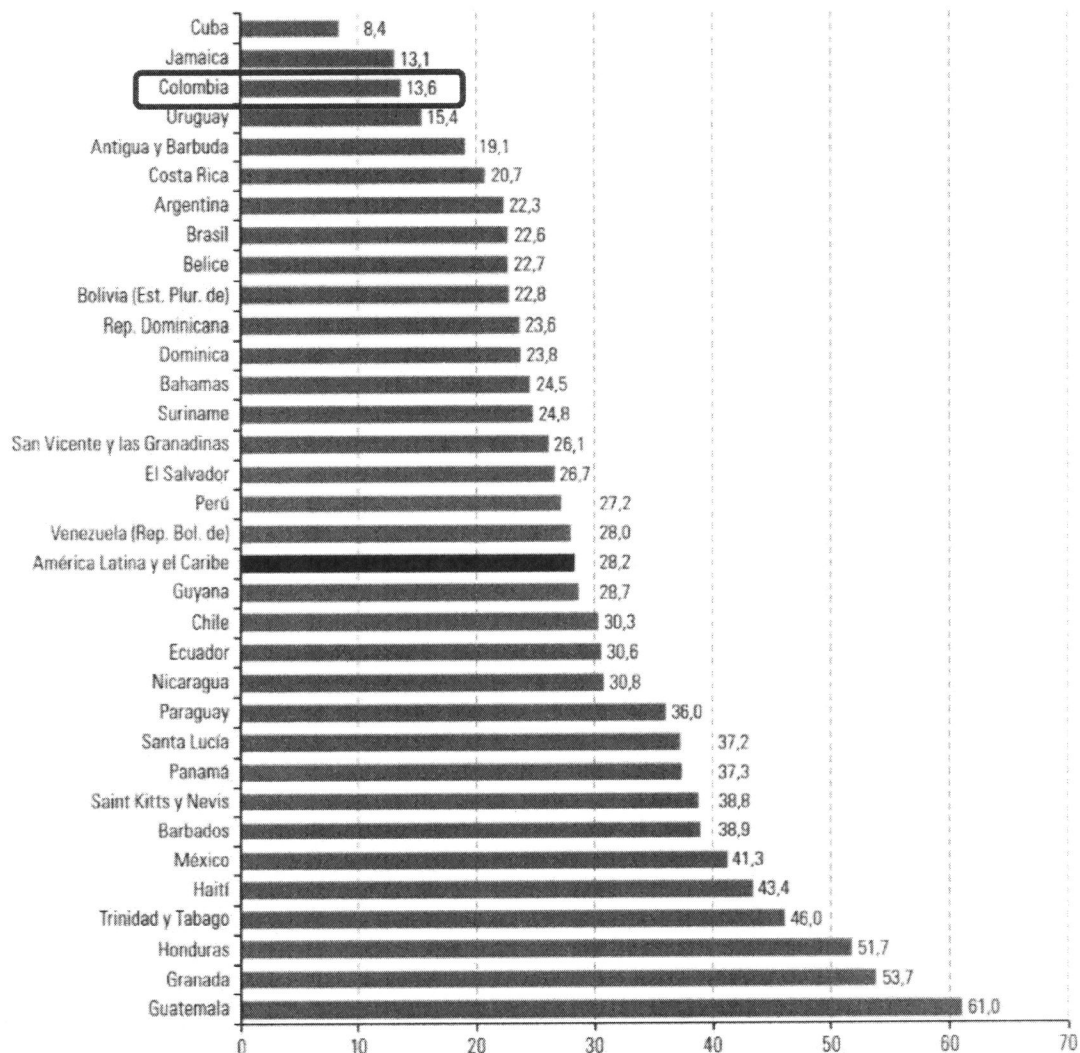
Fuente: Organización Panamericana de Salud – Ramon Abel Castaño.

Como lo plantea el Doctor Ramon Abel Castaño: “No es que en Colombia hayan muerto 2 millones de personas por culpa del sistema. En todos los países hay mortalidad evitable. Lo clave es entender las diferencias entre unos y otros. Colombia no es diferente a otros países de similar nivel de desarrollo” evidenciando que los datos que se presentan son la evidencia de que, si se ha avanzado en este camino de disminución de muerte evitable y con una tendencia superior a lo observado en el continente, dejando claro que el sistema actual si bien tiene falencias ha permitido un avance importante en la garantía de derechos y acceso.

El aseguramiento y la cobertura en salud, pese a que desde el gobierno nacional se asegura que esto no implica un acceso efectivo a los servicios de salud, si esta fuera realmente la situación del sistema, el gasto de bolsillo de los hogares sería de los más altos de la región.

Pero según datos de la Cepal Colombia es de los países con más bajo gasto de bolsillo en relación con el gasto total en salud (Gráfica 4) con lo que se evidencia que las bases con las cuales se argumenta la necesidad de implementar un modelo totalmente nuevo no tienen sustento en los datos observados y que por el contrario el sistema actual si ha permitido garantía de acceso a la prestación de los servicios necesarios para la población.

Gráfica 4. Gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud – 2021. (Porcentaje)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos de la Organización Mundial para la Salud (OMS), Global Health Expenditure Database.

Por otra parte, dentro del planteamiento presentado por el gobierno nacional se afirma que el problema del modelo actual radica en la inequidad en el acceso a los servicios, pero no se plantea que este es un problema que existe en todos los modelos de salud del mundo, debido

a la concentración de la población en los centros poblados y los altos costos de la mediana y alta complejidad en zonas apartadas. Pero pese a este contexto Colombia ha avanzado enormemente en la garantía de acceso y es allí donde se debe prestar atención a la efectividad del modelo de salud actual.

Si bien se reconoce la necesidad de implementar cambios de fondo al sistema de salud actual, especialmente dirigidos a aumentar los recursos y garantizar mayor disponibilidad y oferta en zonas apartadas del país, la presente iniciativa no soluciona ninguno de los problemas estructurales del sistema actual y por el contrario puede llevarlo al colapso en detrimento de las condiciones actuales de los pacientes, especialmente de aquellos con enfermedades crónicas y de alto costo.

Acabando con la figura de aseguradoras.

En el primer capítulo del presente proyecto de ley, se desarrolla una de las ideas esenciales de los cambios propuestos en el cual se pasa del modelo de aseguramiento basado en silos poblacionales a un modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo basado en la territorialización del sistema de salud bajo un esquema donde las funciones que actualmente realizan las Empresas Promotoras de Salud (Gestoras de Salud y Vida) pasan a cargo de otros actores.

Esta dilución de funciones se precisa al eliminar la gestión del riesgo en salud y financiero que las EPS han perfeccionado durante décadas ahora dejarlo en manos de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), los Centros de Atención Prioritaria en Salud (CAPS), las Redes Integrales e Integradas en Servicios de Salud (RIISS) y los equipos de salud territoriales (ETS).

Actualmente, bajo el modelo de silos poblacionales, las Empresas Promotoras de Salud se encargan del aseguramiento en salud de sus afiliados a través de funciones tales como la afiliación y registro, recaudo cotizaciones, sistema de referencia y contrarreferencia, gestión del riesgo financiero, contratación de plan de beneficios en salud, PQRS, entre otros.

En la lógica de silos poblacionales, como actualmente operan las Empresas Promotoras de Salud, cada EPS recibe los recursos para la atención individual de sus afiliados, esto les permite tener un conocimiento de su población afiliada facilitando gestionar de manera eficiente el riesgo y garantizar al paciente una ruta de atención adecuada dentro del sistema de salud.

Señala el doctor Ramón Abel Castaño:

“La aseguradora recibe el pago de la UPC de la ADRES, ingreso con el cual responde por las necesidades de sus afiliados correspondientes al Plan de Beneficios en Salud (PBS). En este orden, la aseguradora verifica que los servicios que paga

correspondan a las personas de su propio silo y no a los asegurados de otros silos, de suceder esto, no alcanzarían los ingresos por Unidad de Pago por Capitación”.⁶

Con base en el articulado propuesto por el Gobierno Nacional se rompe la lógica de aseguramiento y se pasa a una lógica de silos territoriales en donde cada territorio recibe los recursos para atender a través de una sola entidad a la población adscrita por lugar de residencia. Si bien este enfoque presenta ventajas frente a los determinantes sociales, también corre el riesgo de fragmentar y segmentar los servicios de salud.

Precisa el doctor Ramón Abel Castaño:

“En el modelo de silos territoriales es mucho más fácil llevar a cabo acciones de naturaleza territorial, desde aquellas que abordan determinantes sociales de la salud hasta acciones individuales como detectar gestantes o vacunar menores, pasando por acciones colectivas dirigidas a las personas, tales como la promoción de la salud mental”.⁷

El esquema propuesto plantea que las redes integradas a través de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) serán los centros donde se puedan resolver la mayor cantidad de necesidades de la población de un territorio bajo un enfoque de prevención y facilitar el flujo de los pacientes al nivel secundario que requieran a los servicios de mediana y alta complejidad. Sin embargo, el primer obstáculo del modelo planteado tiene que ver con la multiplicidad de funciones que quedarían a cargo de los CAPS y la dilución de responsabilidades compartidas con las Gestoras de Salud y Vida.

El artículo 30 de proyecto de ley contempla las siguientes funciones y responsabilidades a cargo de los Centros de Atención Primaria en Salud:

1. Adscripción poblacional.
2. Prestación de servicios y vigilancia en salud pública.
3. Administración y atención al ciudadano.
4. Gestión intersectorial y participación social.
5. Articulación y coordinación con las Gestoras de Salud y Vida.

Si bien los CAPS son la puerta de ingreso al sistema de salud, es preciso señalar que no todos cuentan o podrían contar con la capacidad técnica y operativa para asumir todas las responsabilidades descritas anteriormente. Algunas de las responsabilidades que podrían demandar mayor esfuerzo y capacidad son la gestión de la articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas, la gestión de incapacidades y licencias de maternidad y paternidad y la articulación territorial del sistema de referencia y contrarreferencia

⁶ <https://consultorsalud.com/silos-poblacion-territo-implica-modelo-salud/>

⁷ <https://www.ramonabel.com/blog/qu-tan-alternativa-es-la-ponencia-alternativa-de-la-reforma-a-la-salud>

Señala la ANDI:

“Quedan muchos interrogantes sobre la capacidad de los CAPS para cumplir eficientemente con todas estas funciones. La sobrecarga de responsabilidades podría comprometer la calidad de los servicios ofrecidos, especialmente en áreas rurales o menos desarrolladas donde los recursos son limitados. La atención integral que se espera de estos centros podría verse afectada por la falta de personal, infraestructura adecuada y presupuesto necesario para atender la diversidad de funciones que se les asigna”.⁸

El artículo 30 refiere que los Centros de Atención Primaria en Salud serán articuladores territoriales del proceso de referencia y contrarreferencia para llevar al paciente a las Redes Integradas e Integrales de Salud RIIS. Bajo la lógica de silos territoriales, este proceso podría llegar a ser complejo ante la sobredemanda que se presente y la interoperabilidad de los sistemas de información tecnológicos. Si bien el proyecto incorpora en su articulado el denominado Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS, una herramienta de este estilo podría llegar a tardar años en implementarse en todo el territorio nacional por su complejidad y alto costo. Países como Reino Unido, han tardado décadas en implementar dichas tecnologías y unos altos costos. Por tal motivo, para implementar el modelo planteado en la reforma a la salud, antes debería existir el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS a nivel nacional.

Consecuentemente, el argumento expuesto anteriormente evidencia que la coordinación del sistema de referencia y contrarreferencia a cargo de los CAPS y las Gestoras de Salud y Vida a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – SPUIIS no será un proceso sencillo. Más allá de esto, preocupa que la responsabilidad está a cargo de distintos actores, como se evidencia en el articulado, lo que puede dificultar la coordinación y diluir la responsabilidad expresa. Como se mencionó anteriormente, en el numeral 5 del artículo 30 se otorga a los CAPS y Gestoras de Salud y Vida la coordinación del sistema de referencia y contrarreferencia. Sin embargo, en el numeral 3 del mismo artículo se señala que los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) son articuladores territoriales del sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de la población adscrita y de los que temporalmente requieran atención urgente. Al revisar el artículo 24, a las Gestoras de Salud y Vida se les delega la gestión del sistema de referencia y contrarreferencia en coordinación con las secretarías departamentales, distritales y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). El artículo 28 en su numeral 2 encarga a las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud de coordinar entre la atención del nivel primario y el nivel complementario con servicios de mediana y alta complejidad y garantizar la efectividad y continuidad en la atención a través del sistema de referencia y contrarreferencia. Expuesto esto, es evidente que varias de las funciones y responsabilidades se traslapan entre diversos actores. En conclusión, esta desventaja no solo podría poner en riesgo la vida de los pacientes, sino que además se diluye la responsabilidad de los actores; por lo cual no sería claro ante quien interponer una queja o reclamo.

⁸ ANDI. Informe de coyuntura. Proyecto de reforma al sistema de salud V2.

Esta dilución de responsabilidades entre tantos actores se ve también reflejada en la ruta de atención de los pacientes, ya que la reforma no muestra un sistema coherente de atención al usuario que vaya desde la atención más básica hasta la atención de alta complejidad. La iniciativa presenta por el contrario un cumulo de instituciones, muchas de ellas como ya se planteó, con funciones duplicadas, pero no existe una coherencia lógica en cuanto a donde está el paciente y la ruta del mismo.

Otro punto importante a mencionar es que, bajo la lógica de silos territoriales, los programas especializados tienden a desaparecer al atomizar la población y perder la curva de aprendizaje. *“Las enfermedades de alto costo tienen una baja prevalencia, lo que implica que en un territorio dado habrá pocos pacientes de una enfermedad de este tipo, y por lo tanto una RIISS y menos aún un CAPS, podrán alcanzar el avance en la curva de aprendizaje que se requiere para manejar este tipo de pacientes tan complejos”*.⁹ Por esta razón garantizar la continuidad de estos programas especializados resulta particularmente difícil, más sin contar de entrada con un sistema de información robusto.

Así mismo, el impacto de gestionar las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad, en articulación con las Gestoras de Salud y Vida, podría llegar a desbordar la capacidad operativa de cada centro.

Entre tanto, el proyecto de ley contempla la transformación de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) en Gestoras de Salud y Vida (GSV) y el despojo de muchas de sus actuales funciones. El actual Gobierno Nacional en cabeza del presidente Gustavo Petro ha sido crítico del papel que las Empresas Promotoras de Salud desempeñan en el sistema de salud. La línea argumentativa del gobierno nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social es que las Empresas Promotoras de Salud no son aseguradores sino intermediarios que se han lucrado de la captación indebida de rentas y la desviación de los recursos derivados de la UPC lo cual ha aumentado la cartera con las Instituciones Prestadoras de Salud IPS, Clínicas y Hospitales. Anexo a esto, otra línea roja tiene que ver con la integración vertical que algunas EPS operan con Instituciones Prestadoras de Salud IPS de su propiedad; si bien esto ha facilitado a ciertas EPS el aseguramiento en salud, también ha representado un conflicto de intereses indebido a la demanda lo cual desde cualquier punto de vista no está bien concebido.

Para eliminar la intermediación, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud es la encargada de realizar los pagos a los prestadores a través de giro directo. Adicionalmente el Gobierno Nacional señala que al ser las EPS las intermediarias financieras y administrativas, algunas incurren en prácticas dilatorias como las autorizaciones para garantizar que los recursos de la Unidad de Pago por Capitación alcancen hasta fin de año. En tal sentido, el proyecto de ley asume en su artículo 17, Gestión de pago por la prestación de servicios de salud, que, pagando directamente a los prestadores, estos podrán mejorar su situación financiera y así mismo, agilizar la prestación de servicios.

⁹ <https://www.ramonabel.com/blog/porqu-la-reforma-pone-en-riesgo-los-programas-especializados-y-qu-implica-esto-para-los-pacientes>

Si bien la figura de giro directo no es nueva y se viene usando en el régimen subsidiado, el problema radica en la eliminación de la mayoría de funciones que realizan actualmente las Empresas Promotoras de Salud y las nuevas que asume como Gestora de Salud y Vida. Aunque se acusa que la intermediación de las Empresas Promotoras de Salud no genera ningún tipo de valor agregado, lo cierto es que estas son las que con base en el conocimiento de sus pacientes se encargan de negociar de manera selectiva e inteligente la compra de servicios de salud con los prestadores de salud. Esto no solamente permite tener los incentivos necesarios para garantizar la calidad en la prestación de los servicios a través de controles previos, concurrentes y posteriores, sino que además evita el desbordamiento del gasto.

Al no existir un intermediario entre la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES y los prestadores de salud se regresaría a la lógica de pago por servicio lo cual no solucionaría los problemas actuales, sino que por el contrario podría agravarlos. Señala el doctor Ramón Abel Castaño tres (3) graves problemas que se presentan al regresar a esta lógica:

1. Cuando el prestador recibe pago por evento, se genera un incentivo perverso de inducción de la demanda.
2. No se generan los incentivos necesarios para evitar o curar la enfermedad a través de los servicios prestados ya que esto implicaría menos volumen de facturación.
3. De desincentiva la coordinación con otros aseguradores para abordar integralmente al paciente.

Afirma Gustavo Campillo:

*“Una red debe ser un tejido o una estructura que permite al usuario del sistema el acceso a todos los niveles de complejidad, sin embargo, de acuerdo a lo planteado en el proyecto de ley sobre del modelo de pago por evento, seguramente el prestador va a querer capturar más pacientes para poder facturar el mayor número de eventos, independientemente que estos pudieran ser competencias de otro nivel de complejidad, poniendo en riesgo, además, el resultado terapéutico para los pacientes. Adicionalmente, la desarticulación y falta de claridad en términos de contratación al interior de la red en los diferentes niveles de complejidad, puede generar mayores dificultades administrativas, de continuidad y calidad en la atención para los usuarios ”.*¹⁰

El artículo 24 enlista las 26 funciones de las Gestoras de Salud y Vida las cuales resultan poco precisas a comparación de las funciones que las Empresas Promotoras de Salud realizan actualmente y se les reconocerá el cinco por ciento (5%) del valor de la Unidad de Pago por Capitación asignada para financiar la atención en salud de la población de la cual la Gestora participa en su atención integral. Dentro de estas funciones y como se mencionó

¹⁰ Reforma a la salud: ¿Cuál es la estructura óptima de una red integrada de servicios? Webinar, junio 15 de 2023. ACEMI

anteriormente, se elimina la función de compra a través de las EPS y la compra selectiva o inteligente.

El numeral 25 del artículo 24 delega la función de establecer convenios de desempeño con los prestadores de servicios de salud de mediana y alta complejidad dentro de las Redes Integradas e Integrales de Salud RIITS, sin embargo, no es preciso si las Gestoras de Salud y Vida son las que contratan y si equivalen a un contrato o no.

Consecuentemente, el artículo 17 plantea que una vez los servicios de salud sean prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, así como los proveedores autorizados, presentarán las cuentas a la ADRES la cual pagará/girará mínimo el 85% de su valor dentro de los 30 días siguientes a su presentación y el 15 % restante sujeto a la auditoría por parte de la Gestora de Salud y Vida correspondiente. Sin duda desincentivara los controles concurrentes y posteriores llevaría a un desbordamiento del gasto inevitablemente como se ha explicado en secciones precedentes.

El artículo 48 “régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud” no plantea con precisión las responsabilidades de todos los actores para garantizar la atención y protección de todos los usuarios. Dos años resultan insuficientes para la sustitución del sistema, teniendo además en cuenta la confianza que los colombianos tienen en el sistema actual.

“El régimen de transición planteado es muy corto para la sustitución del sistema actual por el nuevo modelo. No hay garantía en términos operativos y financieros para la adecuada prestación de los servicios de salud.”¹¹

Financiación del modelo de salud

El componente financiero de la presente reforma a la salud es fundamental para la adecuada implementación y ejecución de la propuesta. Se debe partir del hecho que los recursos actuales con los que cuenta el sistema de salud colombiano son limitados y a pesar de que se han logrado optimizar, aún existen fallas en el sistema que se podrían corregir y suplir de manera más idónea, sobre todo en las áreas rurales del país donde no ha sido posible suplir todas las necesidades de la población. Si bien cualquier sistema de salud se enfrenta a la constante necesidad de mayores recursos, resulta contra intuitivo asegurar que este proyecto no solo no necesitara mayores recursos, sino que tampoco se requieren nuevas fuentes de financiación para el mismo. En la discusión de la versión anterior del proyecto en la legislatura pasada, se evidenció que no son claras las fuentes de los recursos necesarios que garanticen la puesta en marcha de la iniciativa y como se dará un tránsito efectivo a lo que se propone desde la reforma.

En esta nueva versión del proyecto radicado por el gobierno nacional se ha presentado un concepto de viabilidad fiscal que no varía de los presentados anteriormente. Sigue causando gran preocupación que este aval está ceñido a las condiciones económicas de cierre financiero del sector salud al año 2024 con recursos propios:

¹¹ ANDI. Informe de coyuntura. Proyecto de reforma al sistema de salud V2

“...el impacto fiscal estimado del proyecto de ley del asunto puede incorporarse de forma compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, manteniendo la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de las finanzas públicas en la medida en que las obligaciones corrientes del sector salud acumuladas al cierre de 2024 sean cubiertas según la priorización y definiciones que al respecto realice el Ministerio de Salud y Protección Social con cargo a los recursos de ese sector administrativo...”¹²

De no cumplirse estas condiciones no se alinearía con los presupuestos establecidos en el marco fiscal de mediano plazo y las estimaciones no responderían a lo que enfrentaría el sistema. Por otra parte, no se presenta por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público ningún tipo de alternativa o escenarios para mitigar el riesgo de esta situación. Aunado a esto, no se realiza ningún tipo de análisis sobre las intervenciones ya realizadas por el gobierno en el sistema y el impacto que tendrían en las finanzas públicas.

El concepto de aval fiscal plantea que nos enfrentamos a un escenario fiscalmente retador, lo que va en línea con el menor recaudo evidenciado en el acumulado enero-agosto de 2024 que alcanza 177,8 billones, un 9,7% menos que lo evidenciado en 2023 y frente a unos gastos de salud crecientes son mayores las dudas que generan los datos presentados.

Frente a este contexto de menores recursos disponibles algunos servicios de salud quedarían sujetos a la disponibilidad presupuestal específicamente las licencias de maternidad para no cotizantes, el fortalecimiento de la red pública y los programas de saneamiento de los hospitales, el sistema interoperable de información e incluso los presupuestos máximos.

Por otra parte, el concepto de aval fiscal utiliza como información base la estimación de los costos aportados por el Ministerio de Salud y Protección Social, pero deja pasar por alto los costos crecientes que se generarán por las enfermedades crónicas y de alto costo, adicionado a las actividades de prevención y promoción que no se encuentran estimadas dentro de los costos presentados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Se desconoce de facto la insuficiencia de la prima de riesgo al asegurar que los recursos son suficientes con una siniestralidad técnica del 94,6% y un gasto por administración del 5,4%, dejando un espacio nulo a los gastos crecientes que evidentemente tiene el sistema especialmente en los recursos destinados al componente de mediana y alta complejidad.

Se debe tener claro que ningún sistema de salud en el mundo tiene gastos decrecientes y por esta razón partir de la falsa premisa de que los recursos actuales son suficientes y una redistribución de los mismos solucionará los problemas estructurales del sistema es una falacia. La Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI) plasma de manera muy clara esta situación cuando afirma que:

¹² Concepto impacto fiscal Ministerio de Hacienda y crédito Público – Pagina 11.

“(…) preocupa que, sin nuevas fuentes de financiación, la viabilidad fiscal de la reforma se sustenta en un cambio en la tendencia de crecimiento de los gastos de mediana y alta complejidad, lo que generaría el espacio fiscal para los gastos propuestos. La evidencia empírica sugiere que mejorar la atención primaria es deseable para una sociedad, pero no modifica los gastos de mediana y alta complejidad.

Sumado a eso, fragmenta la UPC por niveles de complejidad, ignorando tecnologías esenciales para enfermedades crónicas, lo cual es preocupante dada la transición epidemiológica que enfrenta el país.”¹³

Si bien ya es preocupante este panorama, dentro del aval fiscal se desconocen los recursos que serán necesarios para la financiación de los servicios socio sanitarios conexos al derecho a la salud que hoy día se financian con recursos de presupuestos máximos y el componente adicional de gasto administrativo a favor de las Gestoras de Salud y Vida (GSV).

Finalmente, no se garantizan los recursos del 3% para incentivos por resultados a gestores y prestadores y no se incorpora el desarrollo tecnológico necesario aduciendo que el mismo será asumido por el Ministerio de Salud y Protección Social en su rubro de inversión:

“Se destaca que el rubro de Sistema de Información no se incorpora en esta cuantificación, teniendo en cuenta que, según lo informado por el Ministerio de Salud y Protección Social, ello corresponde al rubro de inversión del Ministerio de Salud y Protección Social...”¹⁴

Estos costos que no han sido estimados con certeza y de acuerdo a las características que debe tener la plataforma conlleva a una subestimación del valor de la misma, sumado al hecho que desconocemos el tiempo requerido para su puesta en marcha, no permitiría la implementación de la propuesta del gobierno.

Financieramente el sistema que se plantea no contempla límites al gasto en salud, lo que llevará inevitablemente a que los recursos disponibles sean rápidamente ejecutados sin existir ningún tipo de priorización para la asignación de los mismos, ya que no existe ningún tipo de incentivo para el control del gasto. Esta situación llevará a que se colapse la atención, debido a que, si bien se elimina la barrera de acceso vía autorización, se crea una aún más grande entendida esta como una destinación no prioritaria de los recursos que tarde o temprano generará listas interminables de espera para el acceso a la atención que se verán limitadas por un presupuesto finito.

¹³ Comunicado de prensa - La ANDI expresa su preocupación después del trabajo realizado en las mesas técnicas para discutir el texto de la reforma a la salud y hace urgente llamado de atención sobre sus puntos más críticos – 18 de octubre de 2024.

¹⁴ Concepto imparto fiscal Ministerio de Hacienda y crédito Público – Pagina 6.

Estas condiciones llevarán al sistema a un desbordamiento del gasto y a un alto riesgo de politización. Esto se puede observar claramente si se analizan las disposiciones incorporadas en los artículos 17, 18 y 26 que en su agregado se refieren a la función de compra donde se evidencia que existe una ambigüedad en la forma de ejecución de esta, ya que la misma podría darse de forma abierta o a discrecionalidad de quien los alcaldes y gobernadores escojan como prestador, lo que no deja claro si se elimina de facto la compra selectiva ni tampoco se establecen unos criterios explícitos dentro del articulado para la selección de los mismos y por el contrario evidencia que allí se pueden generar grandes problemas de corrupción.

En referencia al alto riesgo de desbordamiento del gasto, este se puede generar ya que incluso si no existiera el proceso de función de compra de la forma descrita anteriormente, el proyecto de ley actual debilita los instrumentos a través de los cuales las gestoras podrían adelantar un correcto ejercicio de controles previos para un adecuado uso de los recursos, adicionalmente como se abordará más adelante, al fragmentar la UPC se elimina el control de esta como una restricción presupuestal que permite una mejor asignación de los recursos, dejando al sistema sin la posibilidad de ejercer un control al gasto.

Frente a este contexto son más las dudas que las certezas que se generan en términos de financiación de la reforma, aumentando la incertidumbre del costo real de la misma y las consecuencias fiscales que traerá consigo.

Fragmentación de recursos

En línea con el desarrollo del capítulo de financiación, es evidente que no existen los recursos necesarios para ejecutar los artículos desarrollados en el texto del proyecto de ley. Pero esta no es la única preocupación ya que dentro del articulado propuesto se fragmentan los recursos de la Unidad de Pago por Capitación lo que trae consigo aún más problemas, como se establece en el artículo 16:

“1. Asignará presupuestalmente un per cápita para el financiamiento del nivel primario, con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes. La financiación del nivel primario se hará vía oferta, según se define en la presente Ley.

2. Establecerá el valor del per cápita para financiar la atención en salud de mediana y alta complejidad de cada ciudadano, aplicando criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías priorizadas y otras variables que sean pertinentes.”

Esta fragmentación enfoca sustancialmente los recursos para la atención primaria, dejando relegada la mediana y alta complejidad ya que como lo plantean los artículos 13 y 14 del proyecto de ley, al definirse unas priorizaciones de asignación de recursos donde priman los recursos de las cuentas del Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo basado en

Atención Primaria en Salud y de fortalecimiento de la red pública se desfinanciará automáticamente la red de mediana y alta complejidad, donde se concentra una gran proporción de los gastos en la actualidad.

Frente a este direccionamiento de recursos es importante señalar como la propuesta del gobierno pasa de un subsidio a la demanda a un subsidio a la oferta, pago por evento, que evidentemente no responde a una lógica de control del riesgo financiero y riesgo de salud del sistema.

Por otra parte, en los artículos 12, 13 y 14 que hacen referencia respectivamente a el Fondo Único de Salud, Cuenta de Atención Primaria en Salud y la Cuenta de Fortalecimiento de la Red Hospitalaria se produce aún más fraccionamiento de los recursos, creando subcuentas cuya asignación de recursos queda bajo la decisión del Ministerio de Salud generando mayores ineficiencias en la administración de los recursos.

Otras consideraciones

- No existe claridad sobre la ruta de atención para los usuarios, especialmente para aquellos que tienen tratamientos crónicos o de alto costo. La ruta de atención es fragmentada y no evidencia una coordinación clara entre las instancias planteadas para el proceso de atención de los usuarios. La reforma no muestra un sistema coherente de atención al paciente que vaya desde la atención primaria hasta la mediana y alta complejidad. No es clara la ruta de atención y circulación del paciente a través del sistema de salud.
- Frente al contexto planteado en secciones precedentes no es claro si los privados van a ver atractiva la colocación de infraestructura en zonas de media y baja densidad poblacional lo que pondrá en riesgo la atención.
- La implementación del nuevo modelo de atención del Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio a inicios de este año y que buscaba según el gobierno una cobertura ms amplia y mayor flexibilidad en la prestación de los servicios y que iba a ser un brochazo de lo que podría verse con la reforma de salud demostró las nefastas consecuencias que podría tener la implementación de la reforma a la salud si no se cuenta con funciones claras y responsables directos en todo el proceso.
- El tiempo de dos años para el proceso de transición es muy reducido ya que no existe ningún tipo de garantía de que los servicios que se vienen operando a través de privados se mantengan después del proceso de implementación de la reforma. No existe una ruta de transición clara que no vaya en detrimento de los pacientes. Adicionalmente, no es claro que pasara con la atención de los pacientes si las EPS deciden no hacer el tránsito a Gestoras de Salud y Vida.

- El pago por servicio no representa ningún incentivo para que los prestadores gestionen el riesgo primario. Esto sumado a un manual tarifario podría implicar mayores inequidades y la inducción a la demanda en el territorio nacional. Las tarifas no necesariamente reflejan el costo marginal de la producción de servicios y esto podría dificultar la provisión efectiva de los servicios. Adicionalmente, la actualización técnica de tarifas podría verse afectada al no contar con un sistema de información robusto a nivel nacional.
- No es claro que alcance tendrá el modelo de los convenios de desempeño al interior de las Redes Integradas e Integrales de Salud. Es pertinente saber si estos convenios de desempeño aplicarán como contratos.
- Existe riesgo de burocratización a través de la selección de los convenios de desempeño y la organización de las redes en los departamentos y municipios. Esto podría ocasionar que no siempre se seleccionen al operador más eficiente en los servicios de mediana y alta complejidad.
- No se evidencia dentro del texto presentado ningún tipo de sistema de conciliación de cuentas.
- Se está derogando por la puerta de atrás el Plan de Beneficios de Salud ya que como se abordó en secciones precedentes va a ser imposible su financiación.
- Sin aprobarse la reforma ya se está observando un aumento de los costos de salud por un aumento considerable del número de pólizas de salud en el país, lo que inevitablemente se va a ver reflejado en el aumento del gasto de bolsillo.

IV. MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL

CONSTITUCIÓN POLÍTICA¹⁵:

Los artículos 49 y 50 de la Constitución política consagran el derecho a la salud. A pesar de encontrarse enmarcados en el capítulo de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha sido clara en establecer su nexo directo con el derecho fundamental a la vida en condiciones dignas, la igualdad, así como con los principios rectores integrantes del bloque de constitucionalidad que vienen de los diferentes tratados internacionales suscritos por Colombia.

En efecto, el artículo 49 de la Constitución, modificado por el artículo 1 del Acto Legislativo 2 de 2009 es del siguiente tenor:

¹⁵ http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991_pr001.html

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.

El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto.

Así mismo el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos.”

Por su parte, el artículo 50 CP establece: “Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado. La ley reglamentará la materia.” Este artículo, además debe leerse de manera integrada con el artículo 44 CP que de manera explícita establece como derecho fundamental de los niños, entre muchos otros, la Salud.

DISPOSICIONES LEGALES

Desde el Decreto 56 de 1975 en el cual se establece el sistema nacional de salud, el conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad, en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación se dan las primeras bases para el desarrollo normativo del sistema de salud del país.

Siguiendo esta línea con la Ley 10 de 1990 se buscó la reorganización del sistema nacional de salud destacando que en su artículo 1. Se establece que:

“La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas, para el efecto, en los términos que establece la presente Ley.”¹⁶

Desde la Ley 100 de 1993, son muchas las disposiciones tendientes al mejoramiento y cualificación de la prestación de los servicios de salud.

Por su naturaleza, es de especial relevancia la Ley Estatutaria 1751 de 2015, mediante la cual se regula el derecho fundamental a la salud y en cuyo artículo primero, en su objeto se establece: *“La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.”* Y en la cual, además, se reconoce su prestación como un servicio público esencial obligatorio, que se presta bajo la dirección del Estado. Otros artículos de gran relevancia de la ley en mención son los artículos 10 y 20:

Artículo 10. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regular y establecer sus mecanismos de protección.

Artículo 20. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado¹⁷

Esta norma hace un esfuerzo importante por incorporar los elementos y principios del derecho fundamental a la salud, atendiendo los dictámenes de la Corte Constitucional, incluyendo los siguientes elementos: a) Disponibilidad, b) Aceptabilidad, c) Accesibilidad, d) Calidad e idoneidad profesional; y los siguientes principios: a) Universalidad, b) Pro homine, c) Equidad, d) Continuidad, e) Oportunidad, f) Prevalencia de derechos, g) Progresividad del derecho, h) Libre elección, i) Sostenibilidad, j) Solidaridad, k) Eficiencia, l) Interculturalidad, m) Protección a los pueblos indígenas, n) Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras.

Con la ley 715 de 2001 se buscó definir las competencias de la nación y de las entidades territoriales en el sistema general de participaciones y la destinación de los recursos para la

¹⁶ <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=3421>

¹⁷ http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html

salud definiendo funciones específicas para los entes territoriales y estableciendo un régimen de transición al sistema general de participaciones en salud.

Posterior a esto el decreto 1011 de 2006 que estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud buscando la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. Se destaca el artículo 4 de componentes de este sistema que establece:

“1. El Sistema Único de Habilitación. 2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. 3. El Sistema Único de Acreditación. 4. El Sistema de Información para la Calidad.”¹⁸

Por su parte, la Ley 1164 de 2007 al encargarse de regular lo relacionado con los procesos de planeación, formación, vigilancia y control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud logró establecer condiciones básicas esenciales para el desarrollo y promoción del sector, estableciendo también las condiciones para el servicio social obligatorio para los profesionales en salud.

También encontramos que se ha hecho a lo largo del tiempo un esfuerzo importante por promover la prevención como una de las formas más eficaces de mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos. Un ejemplo de ello lo encontramos en la Ley 1384 de 2010, más conocida como la Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia, y en la cual se disponen los criterios para la atención de esta enfermedad en los lugares apartados del país.

Igualmente, desde el estado se ha propendido siempre por simplificar los trámites y eliminar aquellos que sean innecesarios. El sector salud no ha sido ajeno al alcance de estas normas, por lo cual el Decreto Ley 2106 de 2019 además de avanzar en la simplificación de la expedición de licencias y trámites, y de la implementación de los canales virtuales para agilizar los diferentes trámites, estableció en su art. 93 un término para efectuar cobros diferentes de recobros y reclamaciones con cargo a recursos de la administradora de los recursos del sistema general de seguridad social en salud (adres).

Por último, en busca de garantizar la sostenibilidad financiera del Sistema, durante el gobierno del expresidente Iván Duque Márquez se dictaron un paquete de medidas, comúnmente conocidas como el “Acuerdo de Punto Final”.

Es así como, en el Plan de Desarrollo (Ley 1955 de 2019) se establecieron varias medidas tendientes al mejoramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta Ley en su artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, estableció la figura de los Presupuestos Máximos

¹⁸ https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

como un mecanismo que permite la financiación de aspectos no previstos en la UPC. La norma es del siguiente tenor:

“ARTÍCULO 240. EFICIENCIA DEL GASTO ASOCIADO A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y TECNOLOGÍAS NO FINANCIADOS CON CARGO A LOS RECURSOS DE LA UPC. Los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC serán gestionados por las EPS quienes los financiarán con cargo al techo o presupuesto máximo que les transfiera para tal efecto la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). El techo o presupuesto máximo anual por EPS se establecerá de acuerdo a la metodología que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual considerará incentivos al uso eficiente de los recursos. En ningún caso, el cumplimiento del techo por parte de las EPS deberá afectar la prestación del servicio. Lo anterior, sin perjuicio del mecanismo de negociación centralizada contemplado en el artículo 71 de la Ley 1753 de 2015.

En todo caso, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) considerarán la regulación de precios, aplicarán los valores máximos por tecnología o servicio que defina el Ministerio de Salud y Protección Social y remitirán la información que este requiera. La ADRES ajustará sus procesos administrativos, operativos, de verificación, control y auditoría para efectos de implementar lo previsto en este artículo.

PARÁGRAFO. Las EPS podrán implementar mecanismos financieros y de seguros para mitigar el riesgo asociado a la gestión de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC.”

Por su parte, en cumplimiento de lo dispuesto en el art. artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 sobre sostenibilidad del sistema y el Decreto 521 de 2020, la ADRES debía adelantar el proceso de revisión, reconocimiento y giro de las cuentas que le presenten las entidades recobrantes en el marco del citado mecanismo por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC del régimen contributivo.

JURISPRUDENCIA DE LA CORTE CONSTITUCIONAL

Sin lugar a duda, es mucho lo que se ha avanzado en materia de seguridad social en salud durante los últimos treinta años, y mucho lo que tenemos por mejorar. En un país como el nuestro, con una geografía que implica accesos complicados y una población dispersa en el territorio, los retos para lograr la universalidad de la cobertura siguen siendo uno de los temas en los que se deben concentrar los esfuerzos.

Para lograr que el sistema alcance los niveles esperados de calidad, eficiencia y oportunidad, tenemos que seguir trabajando para garantizar una red de prestadores que garantice la mayor cobertura, con presencia en el mayor número de municipios y que pueda contar con la tecnología y el equipo humano necesarios para atender las diferentes necesidades en el territorio. Pero todo esto debe ir de la mano de la sostenibilidad financiera del sistema, pues

de lo contrario, el país se verá sumido en una crisis sin precedentes, que devolverá los niveles de atención a lo que teníamos antes de la expedición de la Ley 100 de 1993.

La Corte Constitucional en diferentes oportunidades se ha pronunciado sobre temas relevantes como la cobertura, el acceso, la inclusión, la integralidad, los trámites innecesarios que se convierten en dificultades de acceso, la falta de claridad sobre los tratamientos incluidos y no incluidos en el plan obligatorio, las diferencias entre el régimen contributivo y el subsidiado. Todos estos temas fueron recogidos en la T760 de 2008, en la cual se hizo una exhaustiva revisión de las condiciones del sistema acumulando para ello la revisión de diferentes fallos de tutela y en la que adquiere relevancia el tema de la sostenibilidad del sistema como eje fundamental de la garantía del derecho fundamental a la salud. En particular, sobre este último asunto se pronunció en los siguientes términos:

“2.2.5.1. Cuando una persona requiere un servicio de salud que no se encuentra incluido dentro del Plan Obligatorio de Servicios, y carece de recursos para cubrir el costo del mismo que le corresponda asumir, las entidades encargadas de asegurar la prestación del servicio (EPS) deben cumplir con su responsabilidad y, en consecuencia, asegurar el acceso a éste. No obstante, es el Estado quien ha de asumir el costo del servicio, por cuanto le corresponde la obligación de garantizar el goce efectivo del derecho. En tal sentido, la jurisprudencia constitucional y la regulación han reconocido a la entidad aseguradora el derecho de repetir contra el Estado (ver secciones 4.4. y 6.2.), a través del Fosyga. El adecuado financiamiento de los servicios de salud no contemplados en el POS depende entonces, del correcto flujo de recursos por parte del Estado para cubrir el pago de los recobros que reglamentariamente sean presentados por las entidades que garantizan la prestación del servicio. En la medida en que tales costos no están presupuestados por el Sistema dentro del monto que recibe la entidad aseguradora de la prestación del servicio de salud por cuenta de cada uno de sus afiliados o beneficiarios (UPC, unidad de pago por capitación), su falta de pago atenta contra la sostenibilidad del sistema, y en tal medida, al acceso a la prestación de los servicios de salud que se requieran con necesidad. Al ser las entidades encargadas de garantizar la prestación del servicio (EPS), o incluso las instituciones prestadoras de salud (IPS), las que suelen asumir los costos de la demora de los pagos de los recobros, se genera además, una presión sobre éstas para dejar de autorizar la prestación de servicios de servicios no contemplados en el POS. Así pues, en la medida que la capacidad del Sistema de Salud para garantizar el acceso a un servicio de salud depende de la posibilidad de financiarlo sin afectar la sostenibilidad del Sistema, el que no exista un flujo de recursos adecuado para garantizar el acceso a los servicios de salud que se requieran con necesidad, no incluidos dentro de los planes de servicio, obstaculiza el acceso a dichos servicios. Con relación al cumplimiento oportuno de los fallos de tutela y al derecho al recobro de servicios médicos no cubiertos por el plan de beneficios ante el Fosyga, se plantean, a su vez, tres conjuntos de órdenes.

En primer lugar, órdenes para no supeditar a la decisión sobre eventual revisión por parte de la Corte la fecha de ejecutoria de la sentencia que amparó el derecho a la salud. En este caso se ordenará al Ministerio de la Protección Social y al administrador fiduciario del Fosyga que adopten medidas para garantizar que el procedimiento de recobro por parte de las Entidades Promotoras de Salud ante el Fosyga sea ágil con miras a asegurar el flujo de recursos necesario para proteger efectivamente el derecho en el sistema. Dentro de estas medidas por lo menos se tendrán en cuenta las siguientes, cuando se trate de servicios de salud cuya práctica se autorizó en cumplimiento de una acción de tutela: (i) la entidad promotora de salud deberá cumplir inmediatamente la orden de protección del derecho a la salud y podrá iniciar el proceso de recobro una vez el fallo se encuentre en firme, bien sea porque la sentencia de instancia no fue impugnada, bien sea porque se trata de la sentencia de segunda instancia, sin que la autorización del servicio de salud y el procedimiento de recobro pueda ser obstaculizado con base en el pretexto del proceso de revisión que se surte ante la Corte Constitucional; (ii) no se podrá establecer que en la parte resolutive del fallo de tutela se debe autorizar el recobro ante el Fosyga como condición para autorizar el servicio médico no cubierto por el POS ni para reconocer el derecho al recobro de los costos que la entidad no estaba legal ni reglamentariamente obligada a asumir. La EPS debe acatar oportunamente la orden de autorizar el servicio de salud no cubierto por el POS y bastará con que en efecto el administrador del Fosyga constate que la entidad no se encuentra legal ni reglamentariamente obligada a asumirlo de acuerdo con el ámbito del correspondiente plan de beneficios financiado por la UPC; (iii) en el reembolso se tendrá en cuenta la diferencia entre medicamentos de denominación genérica y medicamentos de denominación de marca, sin que pueda negarse el reembolso con base en la glosa 'Principio activo en POS' cuando el medicamento de marca sea formulado bajo las condiciones señaladas en el apartado 6.2.1 de esta providencia.

En segundo lugar, órdenes encaminadas a que se adopte un Plan de Contingencia que permita el pago de los recobros atrasados para asegurar el flujo de recursos en las EPS como una medida para garantizar la prestación de los servicios de salud a los usuarios de manera oportuna y el goce efectivo de su derecho a la salud. En este sentido se ordenará al Ministerio de la Protección Social y a Fidufosyga 2005, que si aún no lo han hecho, diseñen un Plan de Contingencia para (i) adelantar el trámite de las solicitudes de recobro que están en mora y (ii) efectuar los pagos de las solicitudes de recobro en las que se verificó el cumplimiento de los requisitos de las resoluciones vigentes que están en mora. Este plan deberá señalar: (i) metas específicas para el cumplimiento de la presente orden, (ii) un cronograma para el cumplimiento de las órdenes y (iii) las acciones que se llevarán a cabo para el cumplimiento de las metas, individualizando en cada caso el responsable de su cumplimiento. El Plan deberá ser presentado antes de la fecha indicada en la parte resolutive de esta providencia ante el Comité de Verificación creado por el Consejo de Estado y ante la Corte Constitucional y deberá ser ejecutado en su totalidad antes de la fecha indicada en la

parte resolutive de esta providencia. En caso de que no se efectúe el reembolso oportunamente de a lo menos el 50% de las solicitudes de recobro, operará un mecanismo de compensación general para dicho 50%. El resto del monto (50%) deberá haber sido cancelado en su totalidad antes de la fecha indicada en la parte resolutive de esta providencia. En caso de que posteriormente se verifique que el Fosyga no estaba obligado a realizar determinado reembolso, se deberán adoptar las medidas para compensar esos recursos a cargo de la respectiva EPS. Sobre el cumplimiento del Plan de Contingencia el Ministerio de Protección Social y el administrador del Fosyga, presentarán un informe cada dos meses al Comité mencionado de Verificación mencionado.

En tercer lugar, órdenes para corregir las fallas en el sistema de financiación de servicios médicos que se requieran con necesidad y no estén cubiertos por el POS. Con esta medida se busca estabilizar el flujo de recursos hacia el cubrimiento de los servicios de salud con miras a garantizar la satisfacción del derecho a la salud de los usuarios y la asignación oportuna de recursos para la atención eficiente de las necesidades y prioridades de la salud. Se ordenará al Ministerio de Protección Social que tome las medidas necesarias para que el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro funcione de manera eficiente, y que el Fosyga desembolse prontamente los dineros concernientes a las solicitudes de recobro. El Ministerio de Protección Social podrá definir el tipo de medidas necesarias. Éstas podrán consistir, por ejemplo, en cambios de tipo gerencial, tales como la contratación de personal que ayude a evacuar las solicitudes de acuerdo al sistema actual, o en el rediseño del sistema de recobro.”

Al acatamiento de las decisiones de esta importante sentencia, la Corte Constitucional le ha hecho seguimiento mediante diferentes autos, encaminados a evaluar el nivel de cumplimiento de cada una de las órdenes impartidas en diferentes ámbitos. En punto al cumplimiento de lo dispuesto en las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la tutela ha establecido un bajo nivel de cumplimiento en el Auto 2881 de 2023, en el cual concentró “su atención en determinar si los recursos asignados a las EPS por concepto de Presupuestos Máximos¹⁹, han sido suficientes para financiar el paquete de servicios conocido como PBS no UPC. Además, se analizará el mecanismo de reajuste de estos valores para identificar si el mismo está siendo efectivo y permite avanzar en el objetivo de alcanzar la suficiencia de los recursos destinados a financiar un grupo de servicios y tecnologías PBS. Esto, atendiendo a que el cumplimiento de las obligaciones financieras por parte del Estado con las EPS es un asunto de relevancia constitucional, en la medida en que ello contribuye a garantizar el adecuado funcionamiento del sistema de salud y, de manera consecuente, la protección y prestación del derecho social fundamental a la salud.”

En este Auto, la Corte expidió nueve (9) órdenes a los diferentes actores del sistema, tendientes a establecer la suficiencia de los techos y el giro oportuno de los recursos a las

¹⁹ A2881-23 Corte Constitucional de Colombia

d) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que regula un sector económico en el cual el congresista tiene un interés particular, actual y directo, siempre cuando no genere beneficio particular, directo y actual.

e) (Literal INEXEQUIBLE)

f) Cuando el congresista participa en la elección de otros servidores públicos mediante el voto secreto. Se exceptúan los casos en que se presenten inhabilidades referidas al parentesco con los candidatos (...). (Subrayado y negrilla fuera de texto).

De lo anterior, y de manera meramente orientativa, se considera que para la discusión y aprobación de este Proyecto de Ley no existen circunstancias que pudieran dar lugar a un eventual conflicto de interés por parte de los Honorables Representantes, pues es una iniciativa de carácter general, impersonal y abstracta, con lo cual no se materializa una situación concreta que permita enmarcar un beneficio particular, directo ni actual. En suma, se considera que este proyecto se enmarca en lo dispuesto por el literal a del artículo primero de la Ley 2003 de 2019 sobre las hipótesis de cuando se entiende que no hay conflicto de interés. En todo caso, es pertinente aclarar que los conflictos de interés son personales y corresponde a cada Congresista evaluarlos.

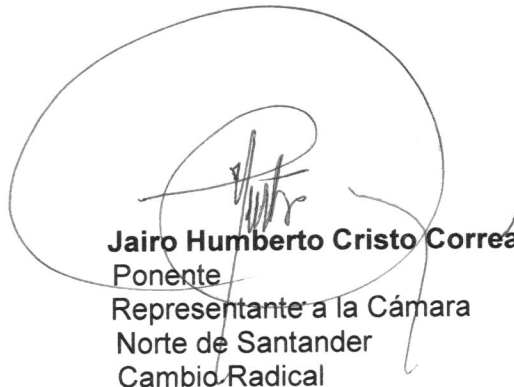
VI. PROPOSICIÓN

En mérito de lo expuesto anteriormente, solicitamos a la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes **ARCHIVAR** el Proyecto de Ley No. 312 de 2024 Cámara “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”, acumulado con el Proyecto de Ley No. 135 de 2024 Cámara “Por medio de la cual se reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.” y, en consecuencia, votar de manera positiva la presente ponencia.

Cordialmente,



Andrés Eduardo Forero Molina
Ponente
Representante a la Cámara
Bogotá Distrito Capital
Centro Democrático



Jairo Humberto Cristo Correa
Ponente
Representante a la Cámara
Norte de Santander
Cambio Radical