

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD 13 de noviembre de 2024

Al contestar Cite Este No. **2024-EE-137385**

Folios: Anexos:

**ORIGEN:** - 000000-Despacho**DESTINO:** JUAN BELLO GONZALEZ SECRETARIA DE GOBIERNO - -**TIPO DE DOCUMENTO:** Comunicaciones oficiales**ASUNTO:** Respuesta solicitud de pronunciamientos Primer Debate al Proyecto de Ley No. 312 de 2024

000000

**Señor****JUAN BELLO GONZALEZ**

Director de Relaciones Políticas

SECRETARIA DE GOBIERNO

cll 11 8 17

radicacionsdg.nivelcentral@gobiernobogota.gov.co

Bogotá D.C.

Asunto: *Respuesta solicitud de pronunciamientos Primer Debate al Proyecto de Ley No. 312 de 2024*

Referente al Proyecto de Ley No.312 de 2024 "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", a continuación, se presenta pronunciamiento por parte de esta entidad.

**FORMATO ÚNICO PARA EMISIÓN DE COMENTARIOS  
PROYECTOS DE LEY Y/O ACTO LEGISLATIVO  
DIRECCION DE RELACIONES POLITICAS**

SECTOR QUE CONCEPTÚA: SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

NÚMERO DEL PROYECTO:

EN CÁMARA: LEY 312 ACTO LEGISLATIVO AÑO: 2024\_\_\_\_\_

EN SENADO: LEY ACTO LEGISLATIVO AÑO: \_\_\_\_\_

ORIGEN DEL PROYECTO: \_\_\_\_\_

COMISIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA DE RADICACIÓN: \_\_\_\_\_

ESTADO DEL PROYECTO \_\_\_\_\_

TÍTULO DEL PROYECTO

"Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones".

#### AUTOR (ES)

Honorables Congresistas: María Eugenia Lopera Monsalve, Jorge Alexander Quevedo H., Camilo Esteban Ávila Morales, Alfredo Mondragón Garzón, Juan Camilo Londoño Barrera, Karen Juliana López Salazar, Germán José Gómez López.

#### OBJETO DEL PROYECTO DE LEY

"La presente ley tiene por 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.

*Desarrolla un modelo de salud en el marco de la atención primaria, organiza sus instancias para la gobernanza y rectoría del sistema con enfoque diferencial y territorial, articula a las instituciones prestadoras de servicios de salud, reorganiza los destinos y usos de los recursos financieros, establece un sistema público unificado e interoperable de información, fortalece la participación social y comunitaria, así como la inspección, vigilancia y control; define condiciones para el trabajo digno y fija las reglas de transición y evolución de la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Sistema de Aseguramiento Social en Salud".*

#### COMPETENCIA LEGAL PARA PRESENTAR EL ANÁLISIS POR PARTE DEL SECTOR ES COMPETENTE

Si  No

Con el fin de que haya una adecuada gestión pública distrital se torna necesario implementar y desarrollar por parte del Gobierno Distrital unas relaciones armónicas y efectivas con el Congreso de la República, para lo cual resulta fundamental establecer disposiciones y medidas administrativas tendientes a lograr una adecuada coordinación interinstitucional.

De esta manera se establece un canal de comunicación que facilite la relación, coordinación y concertación necesaria para la gestión de las relaciones políticas de la Administración Distrital con el Congreso de la República y se construya un centro de generación y análisis de información y de conocimiento sobre los asuntos políticos de la ciudad en relación con el órgano legislativo.

Para tal efecto se expide el Decreto Distrital 06 de 2009 "Por el cual se crea el Comité de Seguimiento a las Relaciones con el Congreso de la República, se establecen unos procedimientos y se dictan otras disposiciones".

#### ANÁLISIS JURÍDICO

**De orden Constitucional**

*“Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.*

*Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.*

*El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.*

*No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.*

*(...).*

*Artículo 49. 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 consumo de sustancias psicoactivas no reguladas está prohibido, salvo prescripción médica.*

*Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para toda la población y en especial a las personas que consuman sustancias estupefacientes o sicotrópicas. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requieren el consentimiento informado del consumidor.*

*La prohibición prevista en el inciso anterior no aplicará para el porte, producción, distribución, venta y consumo del cannabis y sus derivados por parte de mayores de edad. Tampoco aplicará para ninguna de estas sustancias cuando su destinación sea para usos científicos o de investigación, siempre y cuando cuente con las licencias otorgadas por la autoridad competente.*

*La ley restringirá el consumo y comercialización de cannabis o sus derivados en entornos escolares y reglamentará el porte y consumo de cannabis y sus derivados en espacios públicos, recreativos, en espacios privados y públicos abiertos al público, comunes, zonas comunes, en establecimientos carcelarios y de rehabilitación, entre otros.*

*Así mismo, el Estado atenderá con un enfoque de derechos humanos a toda la población con una relación problemática con sustancias psicoactivas y a su familia y/o redes de apoyo, garantizando su tratamiento y rehabilitación; y así prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará de manera permanente campañas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas y sus efectos nocivos, así como estrategias de reducción de riesgos y daños en favor de los consumidores que tienen relación problemática o dependiente con sustancias psicoactivas.*

*El Estado incorporará en el Sistema Educativo, en su diferentes formas, modalidades y niveles, la educación sobre la prevención en el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y sus efectos nocivos.*

*Las entidades que conforman el sistema General de Seguridad Social en Salud y sus prestadores garantizarán la aplicación e incorporación de lo establecido en este artículo de forma obligatoria.”*

#### **De orden legal.**

- **Ley 1438 de 2011** “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

*“ARTÍCULO 1°. Objeto de la ley. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.*

*Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.*

*(...).*

- **Ley 1608 de 2013** “Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del Sector Salud.”

*“Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto definir medidas para mejorar el flujo de recursos y la liquidez del Sector Salud a través del uso de recursos que corresponden a saldos o excedentes de cuentas maestras del Régimen Subsidiado de Salud, aportes patronales y rentas cedidas, y definir mecanismos para el financiamiento de las deudas reconocidas del Régimen Subsidiado de Salud por las entidades territoriales en el marco de lo señalado en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011.*

*Artículo 10. Giro directo de EPS en medidas de vigilancia especial, intervenidas o en liquidación. Las Entidades Promotoras de Salud, que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte del organismo de control y vigilancia*

competente, girarán como mínimo el 80% de las Unidades de Pago por Capitación reconocidas, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, directamente desde el Fosyga o desde el mecanismo de recaudo o giro creado en desarrollo del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011.

*El giro directo en el caso del Régimen Contributivo, se hará una vez se reglamente por el Gobierno Nacional el procedimiento que corresponda.”*

- **Ley 1751 de 2015** “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.

*Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.*

*Artículo 2°. 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 Estado.*

*Artículo 3°. Ámbito de aplicación. La presente ley se aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud.*

*Artículo 4°. Definición de Sistema de Salud. Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud.*

*Artículo 5°. Obligaciones del Estado. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:*

*a) Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas;*

*b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema;*

*c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales;*

- d) *Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio;*
- e) *Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto;*
- f) *Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población;*
- g) *Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas;*
- h) *Realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el Sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud;*
- i) *Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población;*
- j) *Intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en salud con el fin de optimizar su utilización, evitar las inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio.*

*Artículo 13. Redes de servicios. El sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas.*

*Artículo 14. Prohibición de la negación de prestación de servicios. Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia.*

*El Gobierno Nacional definirá los mecanismos idóneos para controlar el uso adecuado y racional de dichos servicios y tecnologías en salud.*

*Parágrafo 1°. En los casos de negación de los servicios que comprenden el derecho fundamental a la salud con independencia a sus circunstancias, el Congreso de la República definirá mediante ley las sanciones penales y disciplinarias, tanto de los Representantes Legales de las entidades a cargo de la prestación del servicio como de las demás personas que contribuyeron a la misma.*

*Parágrafo 2°. Lo anterior sin perjuicio de la tutela.*

*Artículo 24. Deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas. El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad.”*

- **Ley 1797 de 2016** “Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.”

“ARTÍCULO 1. Objeto de la ley. La presente ley tiene por objeto fijar medidas de carácter financiero y operativo para avanzar en el proceso de saneamiento de deudas del sector y en el mejoramiento del flujo de recursos y la calidad de la prestación de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

(...).

ARTÍCULO 20. Nombramiento de Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado. Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial serán nombrados por el Jefe de la respectiva Entidad Territorial. En el nivel nacional los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por el Presidente de la República. Corresponderá al Presidente de la República, a los Gobernadores y los Alcaldes, dentro de los tres (3) meses siguientes a su posesión, adelantar los nombramientos regulados en el presente artículo, previa verificación del cumplimiento de los requisitos del cargo establecidos en las normas correspondientes y evaluación de las competencias que señale el Departamento Administrativo de la Función Pública. Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados para periodos institucionales de cuatro (4) años, el cual empezará con la posesión y culminará tres (3) meses después del inicio del periodo institucional del Presidente de la República, del Gobernador o del Alcalde. Dentro de dicho periodo, sólo podrán ser retirados del cargo con fundamento en una evaluación insatisfactoria del plan de gestión, evaluación que se realizará en los términos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y las normas reglamentarias, por destitución o por orden judicial.

PARÁGRAFO TRANSITORIO. Para el caso de los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado que a la entrada en vigencia de la presente ley hayan sido nombrados por concurso de méritos o reelegidos, continuarán ejerciendo el cargo hasta finalizar el periodo para el cual fueron nombrados o reelegidos.

Los procesos de concurso que al momento de entrada en vigencia de la presente ley, se encuentren en etapa de convocatoria abierta o en cualquiera de las etapas subsiguientes continuarán hasta su culminación y el nombramiento del Gerente o Director recaerá en el integrante de la terna que haya obtenido el primer lugar, el nominador deberá proceder al nombramiento en los términos del artículo 72 de la Ley 1438 de 2011. En el evento que el concurso culmine con la declaratoria de desierto o no se integre la terna, el nombramiento se efectuará en los términos señalados en el primer inciso del presente artículo.

Del mismo modo, en los casos en que la entrada en vigencia de la presente ley, no se presente ninguna de las situaciones referidas en el inciso anterior, el jefe de la respectiva Entidad Territorial o el Presidente de la República procederá al nombramiento de los Gerentes o Directores dentro de los tres meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, en los términos señalados en el presente artículo.”

## **CONCLUSIÓN**

De conformidad con el artículo 150 de la Constitución Política, la cláusula general de competencia le otorga al órgano legislativo la potestad de expedir leyes. Es por ello, que

con fundamento en dicha preceptiva, tiene la facultad de interpretar, reformar y derogar las leyes.

En el presente proyecto de ley sobre el cual se conceptúa, no existe restricción para que el legislador impulse dicha iniciativa.

Se observa que el presente proyecto de Ley 312 de 2024 que cursa en la Cámara de Representantes, tiene por 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.

Dicho proyecto plantea además, el desarrollo de un modelo de salud en el marco de la atención primaria, organiza sus instancias para la gobernanza y rectoría del sistema con enfoque diferencial y territorial, articula a las instituciones prestadoras de servicios de salud, reorganiza los destinos y usos de los recursos financieros, establece un sistema público unificado e interoperable de información, fortalece la participación social y comunitaria, así como la inspección, vigilancia y control; define condiciones para el trabajo digno y fija las reglas de transición y evolución de la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Sistema de Aseguramiento Social en Salud.

Desde el punto de vista teórico, los sistemas de seguridad social en salud tienen unas características muy distintas a los sistemas nacionales de salud. En el caso colombiano, la Constitución Política en el artículo 48, señala que tendremos un Sistema de Seguridad Integral. Dentro del cual se establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

*“ARTÍCULO 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.*

*Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.*

*El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.*

*La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.*

*No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella..”*

Del anterior texto también se desprende la prohibición de usar los recursos de la Seguridad Social para fines distintos a ella. Hacen parte de los recursos de la seguridad las cotizaciones de los trabajadores y empleadores. En el proyecto se están usando estos recursos y otros que son de la Seguridad Social a la financiación del Nuevo Sistema Nacional de Salud.

El artículo 49 de la Constitución Política consagra la atención en salud como un servicio público cuya responsabilidad está en cabeza del Estado, correspondiéndole en consecuencia, organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud de las personas, con observancia de los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Es así como en la actualidad, el derecho a la salud es autónomo e irrenunciable y su carácter fundamental se lo dio la jurisprudencia de la Corte, con la sentencia hito T-760 de

2008 y posteriormente fue el legislador con el artículo 2° de la Ley 1751 de 2015, quien la elevó a un rango estatutario y cuyo control previo se llevó a cabo por la Corte Constitucional mediante la sentencia C-313 de 2014.

La Honorable Corte en la Sentencia T-760 de 2008 señaló entre sus apartes:

*“3.2.1.3. Así pues, considerando que “son fundamentales (i) aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y (ii) todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo”, la Corte señaló en la sentencia T-859 de 2003 que el derecho a la salud es un derecho fundamental, ‘de manera autónoma’, cuando se puede concretar en una garantía subjetiva derivada de las normas que rigen el derecho a la salud, advirtiendo que algunas de estas se encuentran en la Constitución misma, otras en el bloque de constitucionalidad y la mayoría, finalmente, en las leyes y demás normas que crean y estructuran el Sistema Nacional de Salud, y definen los servicios específicos a los que las personas tienen derecho.[16] Concretamente, la jurisprudencia constitucional ha señalado que el acceso a un servicio de salud que se requiera, contemplado en los planes obligatorios, es derecho fundamental autónomo. En tal medida, la negación de los servicios de salud contemplados en el POS es una violación del derecho fundamental a la salud, por tanto, se trata de una prestación claramente exigible y justiciable mediante acción de tutela.[17] La jurisprudencia ha señalado que la calidad de fundamental de un derecho no depende de la vía procesal mediante la cual éste se hace efectivo.[1*

(...).

*5.1. El Sistema General de Seguridad Social en Salud se inspiró en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, pero fue con la expedición de la Ley 100 de 1993 que se estableció formalmente; allí se plasmaron los fundamentos que rigen su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control, y de las obligaciones en general. A modo de ejemplo, el artículo 177 ejusdem definió a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) como: “las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones (...). Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados”; asimismo, el artículo 162 de la citada ley creó el plan de salud obligatorio (POS), hoy Plan de Beneficios, con el objetivo de “permitir la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan”. Como se observa, han pasado casi 30 años en donde la evolución normativa y jurisprudencial ha sido una constante en el cambio del sistema de salud. (...).”*

La Constitución y la Jurisprudencia, así como la ley Estatutaria de Salud, protegen el derecho de todas las personas del país. Este derecho tiene unas garantías explícitas e implícitas que deben respetarse y que han sido amparadas incluso por fallos de tutela. La Ley Estatutaria de Salud protege el derecho individual y colectivo.

En efecto: la Ley 1751 de 2016, Ley Estatutaria de Salud señala:

*“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 Estado”*

Esto significa que a ningún habitante del país se le pueden eliminar beneficios o vulnerar el derecho que tiene, que se ha consolidado con el tiempo y que ha protegido tanto la Ley Estatutaria, como la Jurisprudencia.

Con el sistema vigente de aseguramiento, el derecho fundamental a la salud se garantiza a toda la población, a través de la rectoría del sector público, pero con la participación de los privados, quienes tienen la infraestructura tecnológica y recurso humano que complementan y son indispensables para gestionar la prestación del servicio de salud con calidad y oportunidad. La articulación entre los privados y mixtos, ha logrado una cobertura universal.

De igual manera, es importante destacar que el derecho fundamental a la salud es considerado como la garantía real que tiene toda persona a acceder a los servicios de salud, de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación de un estado físico, mental, emocional y social, permitiéndole desarrollar el bien de sí mismo, de su familia y de la colectividad en general.

La Ley Estatutaria en Salud posee unos elementos y principios establecidos en los artículos 6° y 8° ejusdem, que van al unísono de la doble connotación que ha referido la Corte Constitucional, es decir de ser un derecho fundamental y un servicio público esencial.

Establece además esta regulación de manera imperativa, que el Estado adoptará las 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 y en lo que corresponde a la prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado de conformidad con lo previsto en el artículo 49 Constitucional.

En este contexto, La ley estatutaria fortalece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en procura de mejorar sus resultados, aumentar la satisfacción del usuario y del talento humano en salud, así como garantizar la sostenibilidad del sistema.

Es de acotar en suma que la referida Ley 1751 de 2015, enfoca su andamiaje como ya se indicó, en la garantía del derecho fundamental a la salud, regulando y estableciendo los mecanismos de protección, señalando que este derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable tanto en lo individual como en lo colectivo, en observancia de los múltiples pronunciamientos de la Honorable Corte Constitucional, entre los que

destacamos lo señalado en la Sentencia T456 de 31 de octubre de 2023. M.P. Cristina Pardo Schlesinger, al indicar:

*“(…). Generalidades.*

*4.1. Los artículos 48 y 49 de la Constitución Política son el punto de partida para analizar el derecho a la salud del que gozan todos los individuos que se encuentren dentro del territorio colombiano, puesto que definen la seguridad social en salud, al igual que la atención en salud, como un servicio público obligatorio e irrenunciable a cargo del Estado, que se rigen bajo los tres pilares de eficiencia, universalidad y solidaridad. Bajo la anterior premisa, es que se garantiza a todos los habitantes el acceso a los servicios de promoción, prevención y recuperación de salud. Así mismo, existe el principio de integralidad que acompaña a los tres pilares, el cual refuerza aquella garantía dada a nivel constitucional. (Subrayado fuera de texto).*

*5.2. De manera más reciente, en lo que concierne al derecho a la vida digna, la sentencia T-399 de 2023 citando a la sentencia T-041 de 2019, sostuvo que “la dignidad humana es un pilar fundamental, base del ordenamiento jurídico, principio constitucional y derecho fundamental”. Asimismo, que “la salud, la integridad física, psíquica y espiritual, así como el acceso a las condiciones materiales mínimas de existencia, entre otros, constituyen los presupuestos irreductibles para una vida digna”[32]; y frente a su conexión con el derecho a la salud, la sentencia T-033 de 2013 explicó que las prestaciones propias de esta permiten que el individuo desarrolle “plenamente las diferentes funciones y actividades naturales del ser humano, lo que consecuentemente eleva el nivel de oportunidades para la elección y ejecución de un estilo de vida”[33]. En conclusión, la sentencia T-017 de 2021, frente a este tema, concluyó: “que la debida protección y garantía del derecho fundamental a la salud redundan en la protección de la dignidad de la persona y la vida en condiciones dignas”[34]. (…).”*

A nivel jurisprudencial, el proyecto no se alinea con las directrices establecidas por la Honorable Corte Constitucional, que ha enfatizado repetidamente la necesidad de que una reforma al sistema de salud se enfoque en abordar sus ineficiencias. Esto implica resolver problemas como la gestión adecuada de los recursos públicos, la prevención y atención de enfermedades, y el liderazgo del Estado en el sistema de salud, reconociendo al mismo tiempo la importancia de la participación del sector privado. El proyecto tampoco aborda de manera suficiente el saneamiento financiero de las Entidades Promotoras de Salud ni de los Hospitales Públicos. En lugar de corregir o reformar, el proyecto propone una transformación completa del modelo establecido por la ley 100 de 1993, que previamente se había ajustado adecuadamente a la Constitución Política en materia de salud.

De otra parte y acorde con el marco de competencia que la Carta Política del 91 entregó al Congreso de la República, para expedir, interpretar, reformar y derogar leyes, lo pretendido por el órgano legislativo con el presente proyecto de ley al 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, se encuentra circunscrito al marco legal superior para llevar a cabo su cometido regulatorio. No obstante, consideramos que se deben tener en cuenta las observaciones que a continuación se plantean al articulado, con el ánimo de contribuir en la reflexión que

conlleve a la mejora de este derecho fundamental y del servicio público esencial, de cara a su construcción, así:

### 1.- En cuanto al trámite legislativo.

Al pretenderse transformar el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, y circunscribiendo en el mismo proyecto el derecho a la salud como derecho fundamental de raigambre constitucional, el legislador debe observar que las leyes estatutarias están encargadas de desarrollar los textos constitucionales que reconocen y garantizan los derechos fundamentales. Por tanto, el trámite que debe surtir para el presente proyecto de ley debe ser de rango “Estatutaria” y de esta forma sea consistente y consecuente para franquear el control de constitucionalidad por parte de la Corte. En consecuencia, el trámite del presente proyecto de ley debe surtir a través de la Comisión Primera de Cámara.

### 2.- En cuanto al articulado.

Al **artículo 1°**. Claramente y en concordancia con lo planteado en la exposición de motivos, se pretende migrar hacia un Sistema Nacional de Salud, con fortalecimiento de lo público.

La principal inquietud que surge de su redacción es una posible afectación al derecho individual de las personas.

En el marco del artículo 48 de la CP y de la Ley Estatutaria, existe un derecho para el individuo que es irrenunciable y se ha venido fortaleciendo con los avances normativos y jurisprudenciales.

La Seguridad Social es un derecho de las personas que no es posible modificar por mandato de una ley ordinaria.

Al **artículo 2°**. El aseguramiento social no existe en el marco constitucional. Existe la Seguridad Social Integral. Esto es Salud, Pensiones y Riesgos Laborales, la mancomunación de recursos y su reorientación, implica también cambio en las competencias de los territorios. Esto requeriría una ley orgánica. Estamos entonces ante una potencial modificación integral de la Ley Orgánica 715 de 2001.

Por tanto, es menester enfatizar que La definición de “Aseguramiento social” no permite entender claramente el propósito y el beneficio que traería para la población el cambio propuesto, los atributos planteados ya hacen parte de la Seguridad Social Integral

Al **artículo 5°**. La representación entre el Estado y los actores relevantes está desequilibrada. Seis miembros del Gobierno. No se involucra a otros actores igualmente relevantes como las IPS, Gestores o EPS y tampoco a los Operadores Logísticos que fueron incluidos como actores del sistema mediante la Ley 1955 de 2019.

Tampoco se le otorgan funciones que justifiquen su conformación y deliberación. Se pretende revivir una instancia similar a la que existía en la Ley 100 de 1993, que era el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, sin funciones relevantes.

Con relación al párrafo 4; tener un equipo con presupuesto independiente, se justifica, si se van a ejercer funciones que ameriten realización de análisis o estudios para la toma de decisiones. No se justifica con las funciones contempladas.

Numeral 4. Decir que las funciones de los Consejos Territoriales y su conformación será similar al Consejo Nacional, resulta inconveniente. La conformación del Consejo Nacional se integra con varios funcionarios del Gobierno Nacional y asociaciones de orden nacional entre otros. Esta composición a nivel territorial resultaría inviable. Las funciones en el territorio deben ser conforme a las competencias de los territorios.

Al **Artículo 6°**. Con respecto a este artículo se considera que es viable y conveniente la implementación del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud, por cuanto el mismo aporta a la construcción y fortalecimiento de políticas de Gobierno Abierto y acceso a la información en materia de salud, lo que sin duda redundará en mayor transparencia en la gestión pública.

No obstante, no resultan claros los conceptos de “transacciones en salud y administrativas” que deberán reportar cada actor del sistema de salud, según sean sus responsabilidades operativas o estratégicas, en el orden nacional, territorial e institucional.

Prima facie, los conceptos parecen aludir a las transacciones financieras y administrativas asociadas a la prestación de servicios de salud, tales como el pago de facturas a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), el pago de las cuotas de recuperación que realiza el usuario directamente a la institución prestadora de servicios de salud (IPS) por la prestación de servicios de salud o recobro de servicios o tecnologías en salud que no están cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud, etc.

Si ese fuera su único alcance, se considera que el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud se quedaría corto, pues no contemplaría aspectos como la historia clínica electrónica unificada, alertas por cobros fantasma o dobles o hasta triples cobros al sistema de salud, etc.

Por lo tanto, se hace necesario que se precise en mayor medida sobre el alcance de este sistema. Finalmente, es fundamental establecer cuál será el costo y cómo se realizará la financiación de este sistema.

Al **artículo 9°**. ¿Por qué se cambia el nombre de la ADRES? Esto pese al desgaste operativo y administrativo y a costos que no se justifican. La única razón parece ser, eliminar la expresión Seguridad Social, aspecto que constituye una constante en el texto. Parece que no se quiere mencionar en la ley el derecho irrenunciable al que todos tenemos. Esto por cuanto como dice la exposición de motivos se avanza hacia un sistema nacional en salud, basado en lo público.

Frente a estos elementos, se observa el cruce de disposiciones de rango constitucional y leyes orgánicas como la Ley 715 de 2001 y el Estatuto Orgánico de Presupuesto, entre otras normas.

Se habla del Fondo Único de Salud. Es decir, se crea un fondo dentro de la entidad, situación que no resulta lógica y tampoco operativa, lo que equivale a haber dejado el FOSYGA dentro de la ADRES. Por tanto, se considera que no es necesaria tal figura.

La ADRES tiene personería jurídica precisamente para administrar los recursos que financian la seguridad social y otros que venía manejando el FOSYGA. Desde lo operativo, presupuestal y gestión de operaciones, no tiene sentido este cambio; más bien retrocede en la simplificación y en la seguridad de quienes se relacionan con la ADRES.

Pagador único del sistema de salud. Esta función dispone que se van a manejar todos los recursos de la Salud, y esto no es así. Debe tenerse en cuenta que algunos de los recursos de la Salud, deben quedar por fuera en el entendido que hacen parte del componente del aseguramiento que son de propiedad de los territorios y que hoy se manejan de forma descentralizada.

Habla de la contratación de auditorías integrales, pero igualmente en las Gestoras de Salud y Vida se le atribuye esta gestión presentándose una duplicidad de funciones. La auditoría es necesaria y tiene un costo importante. Vale la pena que se clarifique de que tipo de auditorías se trata y respecto a que cobros o facturación.

Se prevén pagos al sistema de riesgos laborales, cuando la realidad es que es muy probable que el seguro de enfermedad general esté asumiendo situaciones de salud por cuenta de la indebida calificación del origen de la enfermedad, que muchas veces es difícil de catalogar. Incluso, debería existir una transferencia del seguro de riesgos laborales al seguro de salud, por estas situaciones. Otra opción es unificar el seguro; lo cual se ha discutido y planteado en varias oportunidades.

Al **artículo 12°**. Se crea un Fondo dentro de la ADRES, sin personería jurídica ni planta. Como señalaba la ley 100 respecto al FOSYGA. Muy confuso lo pretensión de la unidad de caja con este esquema, que no va a ser posible por las subcuentas que crea y que en artículos siguientes su financiación se ata a fuentes específicas. Se genera toda la inflexibilidad posible y esto va en detrimento de la gestión y fluidez de los recursos.

Al **artículo 16**. Los recursos que son de los municipios y es una renta segura y previsible se van a destinar para la financiación del primer nivel y los recursos complementarios PGN, sobre los cuales no hay garantía porque dependen de la disponibilidad y capacidad de la nación, se destinarán a lo más costoso que es la atención de la mediana y alta complejidad.

Dividir la financiación de aseguramiento por fuente no solo significa inflexibilizar el gasto por las subcuentas, si no también imposibilitar la unidad de caja que ha sido tan importante desde la creación de la ADRES e incluso antes.

Se pretende modificar el artículo 47 de la Ley 715 de 2001, que es orgánica y define el uso de los recursos en el subsidio para las personas así: “47.1. Financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, de manera progresiva hasta lograr y sostener la cobertura total.”

La UPC hoy tienen un propósito y es materializar la solidaridad y por otro lado reflejar en términos monetarios el contenido del plan de beneficios. De tal forma que las personas saben a lo que tienen derecho. No tiene sentido una UPC si no hay definido

un plan de beneficios en salud y si no existe un derecho individual para cada persona representado en un per cápita.

Al **artículo 21**. Esta sola medida puede resultar insuficiente. Se deberían reactivar otras medidas como las contenidas en la Ley 1797 de 2016 y otras que en el pasado generaron liquidez y que la ADRES está en capacidad y competencia para lograr.

Al **artículo 22**. Si la transición en los dos años es voluntaria, no se entiende como operará el SGSSS, con EPS y con Gestoras y la ADRES y demás entidades en una doble condición. Esta posibilidad es inaplicable.

Las funciones de las Gestoras o EPS como “colaborar” que se encuentran en este artículo y en otros, deben estar perfectamente acotadas.

No se entiende en que consiste la colaboración. ¿Se trata del diseño?, ¿Las funciones?, ¿La financiación?

Las EPS deberán transformarse no “disolverse” si se prevé que continúen con sus activos, pasivos y contratos, además de los afiliados de la región correspondiente.

En este proceso de transformación se debe tener en cuenta al momento de la subrogación de todas las obligaciones de las EPS a las Gestoras de Salud y Vida, aquellas prerrogativas alcanzadas por los usuarios del sistema de salud, a través de fallos en sede judicial como de tutela.

Al **artículo 32**. Estas Unidades Zonales de Planeación y Evaluación de la Salud, no tendrían sentido si se tiene en cuenta que las funciones que se describen, las hacen las Secretarías Departamentales de Salud, que usualmente tienen áreas de planeación.

El 1% de los recursos significan más de \$500.000 millones, cifra que parece excesiva. De otro lado, se atribuye con esto a los departamentos y distritos, la función de controlar lo que harán los CAPS, cuya gobernabilidad y definición la tiene la Nación. Esto se sale de la órbita de las competencias territoriales y antes que mejorar los servicios puede generar mayores trámites y confusión.

Al **artículo 33**. No tiene sentido cambiar la denominación de las Empresas Sociales del Estado, cuando el régimen de contratación, laboral y presupuestal y su misión continuarán siendo los mismos.

La organización de ISE supraterritoriales, debería tener la aprobación de las asambleas o concejos correspondientes. No se puede prever que solo la Corporación de una entidad territorial decida sobre un asunto que traspasa las fronteras del territorio.

Al **artículo 36**. El fondo de infraestructura y dotación hospitalaria (FIDH), consideramos deberá financiarse con los recursos del orden Nacional. No se considera viable que se determine para su financiación de manera genérica, en los que se involucren recursos de propiedad de las entidades territoriales tales como regalías o esfuerzos territoriales.

De conformidad con lo expuesto, se considera que la iniciativa legislativa debe ser preparada y ajustada teniendo en cuenta las realidades sensibles de todas las personas, siempre en observancia del amparo del derecho fundamental a la salud y la eliminación de barreras de acceso a este servicio público esencial en el territorio nacional.

Lo observado en la iniciativa, lejos de eliminar barreras y facilitar el correcto desarrollo de un derecho fundamental y un servicio público esencial, lo que presenta es ambigüedad y

falta de concreción, que conlleva a establecer un sistema de salud con mayores dificultades que las actuales.

## ANÁLISIS FINANCIERO

El proyecto tiene implicaciones fiscales por cuanto se incluyen componentes y nuevos usos, pero no se crean nuevas fuentes. En la ponencia plantean la destinación específica del impuesto a las bebidas azucaradas, el cual ya se está recaudando en el país. Por lo cual, no se están generando nuevas fuentes de financiación.

Así mismo, en el texto se plantea, que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público definirá las demás fuentes de financiación, cuando es claro que todos los aspectos relativos a la definición de impuestos y contribuciones, son prerrogativas del Congreso. Por lo que la sola redacción en la que se atribuye esta función al ejecutivo no genera nuevas fuentes de financiamiento

Con relación al documento preparado por el Ministerio de Hacienda, no representa un aval fiscal y claramente establece unas condiciones para que el proyecto sea viable, condiciones que no se resuelven en el texto del proyecto de ley.

Se incluyen para la administración de un nuevo Fondo dentro de la ADRES todos los recursos del sistema de salud de forma integrada, es decir, aquellos que hoy se manejan en la Entidad Territorial y pertenecen a esta. Por ejemplo, el artículo 13 señala:

*“Los recursos a que hace referencia el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, y los demás ingresos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del Sistema de Salud, serán administrados por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES) y serán manejados como un Fondo Único Público de Salud, que se crea en la presente Ley, sin personería jurídica ni planta de personal propia, el cual tendrá tres cuentas, dos independientes y una general con los demás recursos del Sistema de Salud que se harán unidad de caja en el Fondo (...)*

*Las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud son las de “Atención Primaria en Salud”, y de “Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria”*

La concepción de creación de subcuentas dentro del nuevo Fondo similar al FOSYGA que manejará la ADRES, se hará por niveles de atención privilegiando APS e Infraestructura Pública y funcionamiento de hospitales públicos, olvidando el derecho de las personas representado en esa UPC que pertenece a la persona y que consolida en los aspectos financieros el derecho de cada ciudadano. La misma Ley 1753 de 2015, que crea la ADRES, da prioridad en la financiación del aseguramiento en salud antes que, a cualquier otro gasto.

Si bien en el artículo 17 de la ponencia, incluye una subcuenta general para financiar lo fundamental de los derechos de los que hoy gozan los habitantes del país con el sistema de seguridad social, las principales fuentes de recursos que hoy existen se están canalizando hacia los primeros propósitos y claramente lo que se financiará por esa subcuenta General no está marcado como prioridad dentro del sistema.

Uno de los derechos que más ha generado tutelas y más reclaman los usuarios, es el relacionado con el acceso a las innovaciones tecnológicas, en especial, medicamentos.

No se considera el acceso de la población a las nuevas tecnologías, lo cual puede significar un retroceso en la consolidación del derecho. No obstante, se habla de los servicios sociales complementarios que hoy se prestan vía fallo de tutela, por cuanto no corresponden a servicios de salud, que deberán ser financiados con los mismos recursos existentes hoy. Si bien se acepta que algunos de estos servicios sociales complementarios son importantes para el bienestar de la población, deben tener su propia financiación y criterios de focalización, como por ejemplo ocurre hoy con algunos de estos beneficios que presta Bogotá a su población más vulnerable a través de la Secretaría de Integración Social y con recursos ordinarios del Distrito Capital.

Si bien es muy positivo el enfoque del modelo hacia la atención primaria en salud, no es posible asumir los costos adicionales de este modelo con los recursos que hoy se destinan a financiar los tratamientos de los más vulnerables por sus condiciones de salud.

Así mismo, se comparte el objetivo de financiar el mejoramiento de la red pública hospitalaria y su funcionamiento; no obstante, esto, se plantea a costa de la desfinanciación de derechos de los que hoy goza la población del país.

La ponencia propone también la creación de “Las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud” que harán funciones relacionadas con suscribir y hacer seguimiento a los contratos con CAPS.

Las Entidades Territoriales del orden Departamental y Distrital, tienen Secretarías de Salud que hoy dirigen la prestación de servicios en su territorio y hacen seguimiento a la red pública de su jurisdicción. En estas circunstancias, no se considera que las funciones relacionadas con el sector salud se repartan en otras instancias, por cuanto conllevaría a la modificación total de las leyes orgánicas sobre competencias.

Tampoco se garantiza la sostenibilidad financiera futura. Hay una intención que promueve la equidad, sin embargo, las experiencias internacionales de sistemas únicos como la de Reino Unido o de aseguramiento social como la de Alemania, dejan ver las necesidades de mejorar y garantizar un desarrollo económico permanente que le permita al Estado mantener los beneficios a lo largo de los años, de lo contrario lo que promueve es la capacidad de que el libre mercado aumente los precios comprendiendo las necesidades de la oferta y que las personas deban gastar más de su bolsillo, generando brechas en la atención y acceso.

Finalmente, no hay claridad de cómo se financiarán los procesos de gestión de salud pública y el Plan de Intervenciones Colectivas -PIC y cuál será la relación con la UPC y el giro directo. Aunque se habla de los recursos de un Fondo Único Público que se apalancaría con reformas presupuestales, no se observa claridad frente a la financiación del alto costo o de enfermedades crónicas que hoy generan un gasto importante en medio de una transición demográfica y epidemiológica.

En conclusión, el proyecto de ley, no se encuentra plenamente financiado.

## ANÁLISIS TÉCNICO

Mesas técnicas y concertación. No se convocó al Distrito Capital a las mesas técnicas que se informan en la ponencia ni directamente ni a través de la Asociación de Ciudades Capitales.

**Planteamiento General de las funciones.** Las funciones que hoy se encuentran claras, se desarticulan en diferentes participantes existentes en el sistema actual. Sobre otras funciones relevantes no se indica en la propuesta quien las asumiría. El rol de la aseguradora EPS que hoy asume la responsabilidad sobre todos los riesgos, pasa a ser de más de cinco responsables. Esto va a dificultar los trámites y el tránsito de los usuarios a través del Sistema.

**Aseguramiento Social.** El aseguramiento social no existe en el marco constitucional. Existe la Seguridad Social Integral. Esto es: Salud, Pensiones y Riesgos Laborales.

La mancomunación de recursos y su reorientación, implica también cambio en las competencias de los territorios. Esto requeriría una ley orgánica. Se está modificando integralmente la Ley 715 de 2001.

La definición de “Aseguramiento social” no permite entender claramente el propósito y el beneficio que traería para la población el cambio propuesto, los atributos planteados ya hacen parte de la Seguridad Social Integral.

Frente al Control Social, no se presentan ni se definen con la claridad y rigurosidad requerida los espacios de participación social ciudadana y comunitaria, ni de la participación en las Instituciones de **Salud**. Si bien es cierto en la exposición de motivos se propone innovar en la participación ciudadana como elemento dinamizador dentro de la gobernanza y se mencionan como componentes: conformar “un” mecanismo de fortalecimiento y diálogos frente a la transición del Sistema de Salud, NO estructura ni revela garantías para el legítimo derecho de los ciudadanos a intervenir en la toma de decisiones, respecto al manejo de los recursos y las acciones que tienen un impacto en el desarrollo de las comunidades.

**Objeto.** Las expectativas propuestas en el objeto del proyecto de Ley, están dirigidas aparentemente a corregir las inequidades y problemas administrativos del sistema actual, tales como la segmentación de la atención, la fragmentación de los servicios y la concentración de recursos en las EAPB. Sin embargo, la transición de este sistema a uno basado en el aseguramiento social plantea desafíos en términos de capacidad operativa y sostenibilidad financiera.

La definición de condiciones para el trabajo digno y el fortalecimiento de la participación social y comunitaria, no se encuentran detalladas en el proyecto de ley. A modo general, menciona elementos de los servicios sociosanitarios, pero es excluyente de los mecanismos de integración en red y de gobernanza, por lo que con lo dispuesto no cumpliría con el propósito de APS. Además, cuenta con inconsistencias entre la gestión del riesgo individual y la apuesta preventivo

**Atención Primaria en Salud y Modelo Preventivo y Predictivo.** Con relación a la APS, si bien la apuesta de la reforma está soportada según la exposición de motivos, en la atención primaria social, no es lo suficientemente robusta para dar competencias más allá de las que

están escritas. Le confiere a los gobernadores y alcaldes la responsabilidad de la coordinación, pero no toca los temas necesarios en términos de integralidad de acciones para el abordaje de los determinantes. Lo anterior implica que cada sector o institución seguirá trabajando en silos. Finalmente, aunque se habla de una visión ampliada de APS cuando se revisan los mecanismos de gestión y financiamiento, la APS queda reducida al primer nivel de atención y a la conformación de equipos básicos, despojada de su capacidad estratégica para organizar el sistema de salud y garantizar el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

Con relación al Modelo de Salud Predictivo, Preventivo y Resolutivo territorial, la Atención Primaria en Salud, en primer lugar, no es claro que se entienda por “modelo predictivo” y tampoco cómo un modelo predictivo le apuesta a fomentar el trabajo digno y decente. Además, menciona que el propósito del modelo predictivo es orientar el accionar de los agentes del sistema, por lo que se debería detallar cuáles son los agentes a los que hace referencia. Tampoco es claro qué es el nivel primario, ya que lo menciona como aquel que desarrolla vínculos con los individuos, familias y comunidades, y en consecuencia cabe la pregunta si acaso el “nivel secundario” o lo que pareciera fuera la atención complementaria no genera vínculos. Si bien menciona las redes integradas e integrales, no son claros los mecanismos para su integración. Sin embargo, propone la reorganización de los servicios de salud, pero contempla exclusivamente los del nivel primario.

Por su parte, la esencia de la APS no es clara ni marca el derrotero de la propuesta, no es solamente tener equipos en terreno, se deben fortalecer también los equipos intramurales de los niveles primarios y complementarios con responsabilidades frente al continuo del cuidado de la salud. Aquí se presenta una inconsistencia y una falta de comprensión de la atención primaria en salud. Se identifica como el primer nivel y como primer contacto. Lo anterior desconoce que las personas, familias y comunidades pueden entrar en contacto con el sistema desde cualquier nivel de atención sea básico o complementario y derivado de otros sectores. Además, en la definición de las redes integradas, no deja claro cómo se garantiza el mantenimiento de la salud, solo está puesto en términos de atenciones y pensado en atención de servicios de salud. Menciona los procesos de participación para la organización regional, sin embargo, al no estar incluidos como parte constitutiva de la red estos mecanismos no son claros en su ejecución y podrían carecer de legitimidad.

Consejo Nacional de Salud. La representación entre el Estado y los actores relevantes está desequilibrada en la creación del Consejo Nacional de Salud, proponen seis miembros del Gobierno Nacional y uno del Territorio.

No se le otorgan funciones que justifiquen la conformación de un equipo técnico independiente, financiado con recursos del sistema. Se pretende revivir una instancia similar a la que existía en la Ley 100 de 1993, que era el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, pero sin funciones relevantes, ni capacidad decisoria y con un gasto en honorarios, operación y equipo técnico.

Tener un equipo técnico para apoyar a este Consejo, con presupuesto independiente, se justifica, si se van a ejercer funciones que ameriten realización de análisis o estudios para la toma de decisiones. No se justifica con las funciones contempladas.

Decir que las funciones de los Consejos Territoriales y su conformación será similar al Consejo Nacional, es un imposible. La conformación del Consejo Nacional es con varios funcionarios del Gobierno Nacional. Será imposible emular esto en el territorio porque las

competencias son diferentes. Las funciones en el territorio deben ser conforme a las competencias de los territorios.

La integración propuesta será insuficiente para el cumplimiento de la función “1. Recomendar a los distintos sectores y Entidades del Gobierno Nacional y a los actores del Sistema de Salud, la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los determinantes sociales de la salud para la gestión.”, Se define exclusivamente como un Consejo de salud y de financiamiento en salud, lo cual contradice la teoría sobre la integración intersectorial para la transformación de los determinantes sociales. Es importante que se tenga en cuenta la instancia que discutirá en el territorio y Nación las acciones sobre los determinantes sociales, con las funciones compatibles con el propósito de abordar los determinantes en salud.

Con relación al Consejo Nacional de Salud este debería debe integrar todos los actores relevantes del sistema (no solo de una parte de la institucionalidad gubernamental). Las funciones del Consejo territorial no son claras. De forma adicional, las funciones propuestas para el Consejo Nacional de Salud se confunden con las funciones actuales de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, de la que se dice se diseñará su estructura organizacional y funcional.

No es claro, cuáles serían los resultados esperados del Consejo, además cuenta con inconvenientes frente a la comprensión del alcance de la intersectorialidad en el abordaje de los determinantes sociales a través de ejercicios de gobierno y gobernanza. No hay claridad sobre cómo se financiaría la secretaría técnica que además dice es por convocatoria pública y cuáles serían las funciones de esta secretaría técnica. De otro lado, propone que los municipios cuenten con una instancia similar que no obedece a la estructura y competencia de las entidades territoriales.

En síntesis, se requiere contar con mecanismos más expeditos que tengan funciones acordes a las necesidades del país. Muestra un ejercicio burocrático, pero no mecanismos claros de gestión para la gobernanza ni de ejercicios de gobierno que den respuesta a la acción intersectorial desde una perspectiva de integración. El grueso de la ciudadanía no se ve representada por lo que tampoco estaría acorde a un ejercicio de gobernanza.

Sistema de Información. No se considera que hoy existe mucha inversión y desarrollo en sistemas de información en los agentes privados y públicos y en algunas entidades territoriales. Estos avances e innovaciones, no pueden desconocerse y por lo tanto la clave es la interoperabilidad e integrar lo que existe. No se puede arrancar de cero.

La experiencia y evidencia mundial muestra que la vía correcta son los sistemas interoperables que permitan la integración de información de diferentes fuentes (públicas y privadas) y características para la gestión financiera y del riesgo en salud. Plantear la unificación bajo una sola estructura afecta la innovación y desarrollo tecnológico existente, además de retrasar el desarrollo del proyecto planteado.

Las entidades territoriales tienen avances que obedecen a las particularidades de sus territorios que NO deben desconocerse; aquellas que no se puedan escalar al nivel Nacional no pueden ser excluidas del “Sistema de información Unificado”. Es el caso del Distrito que cuenta con desarrollos que van más allá de los del orden Nacional. De igual manera, los análisis derivados del sistema que se pretende, sin soslayar la confidencialidad pertinente,

deben ser de consulta pública. De otra parte en la reglamentación de la Ley debe quedar de manera clara y diáfana la necesidad de establecer un proceso para su construcción que involucre los actores del sistema y no genere perjuicio en la supresión de información veraz y útil que contribuye en el día a día a la toma de decisiones tanto administrativas como de análisis de los indicadores esenciales en la salud de los colombianos tanto individuales como poblacionales y también en lo correspondiente a cada entidad territorial, garantizando que los datos sean exactos, completos, integrales, actualizados, coherentes, relevantes, accesibles y confiables.

Debe tenerse en cuenta la interoperabilidad del orden nacional, mediada por tecnologías, inteligencia artificial, que integre las bases como BDU, RUAF y los desarrollos territoriales. Además es importante definir no solo las etapas para su construcción, sino los plazos estimados para hacerlo, sobre todo considerando los niveles de conectividad y acceso a internet entre otras limitantes existentes en el país para el desarrollo de dicho sistema.

Si bien este sistema es necesario, surgen algunas dudas frente a la puesta en marcha de este sistema interoperable:

- Limitaciones en la asignación de recursos financieros
- Cuánto nos cuesta a los ciudadanos
- Cómo integrar sistemas nacionales según capacidad de almacenamiento y procesamiento
- Cuáles son las dificultades previstas en la integración de datos.
- Cómo se piensan enfrentar las vulnerabilidades en la seguridad de la información
- Cómo se realizará la integración y posterior actualización de los diagnósticos en salud a partir de los determinantes, de las diferentes entidades territoriales certificadas con el enfoque territorial y diferencial que se menciona en la reforma.
- Cómo se realizaría la integración con SISPRO y con los avances del país en términos de historia Clínica

Es clara la necesidad de contar con un sistema interoperable para el país. Si bien no se habla de los sistemas de información actuales, se esperaría que al menos se reconozcan e integren los sistemas de vigilancia en salud pública con un robusto desarrollo en diferentes entidades territoriales del país.

**Definición de tarifas.** Es un aspecto regulatorio muy específico, que no debe ser competencia de quien opera. Debe ser competencia del Gobierno Nacional o del Ministerio de Salud o del ente que tenga la capacidad de tomar este tipo de decisiones y cuya función esté enmarcado en la regulación y en las definiciones de política.

**Pagador Único.** El pago implica no solo el movimiento de recursos, sino también la verificación de requisitos y procedencia de pago y de beneficiarios, entre otros. Por lo tanto, una función que abarque tanto genera también enormes riesgos operativos, de corrupción y opacidad. Sin embargo, el texto hace referencia a que el único requisito para pago sería la presentación de la factura. Lo cual es improcedente. Todos los sistemas de salud hacen revisiones a los servicios que se cobran o los servicios que se facturan.

**Función de reconocer la UPC.** No se habla de la función de reconocer la UPC para la garantía del derecho de las personas. Esta función permite financiar el derecho individual, que no se puede limitar o modificar. Por el contrario, debe ser progresivo. No se está

permitiendo implementar la solidaridad que es un principio constitucional e incluido en la Ley Estatutaria de Salud.

**Recursos del sistema.** Con el encabezado de la redacción y lo que se esboza respecto al aseguramiento social, se entiende que se pretende administrar todos los recursos de la salud. Inclusive los que hoy manejan las entidades territoriales.

Aumentan en esta ley la contribución a la póliza SOAT del 50% al 52% pero no resuelven el desfinanciamiento que ha tenido por la decisión adoptada con la expedición del Decreto 2644 de 2022

Tampoco se corrige, el problema operativo que se creó al modificar el Decreto Ley 019 de 2012, que había simplificado la facturación para los hospitales públicos y privados que atienden a las víctimas de accidentes de tránsito. En el caso de los hospitales del Distrito, el tener que facturar la cobertura de 800 salarios mínimos diarios vigentes, a dos pagadores, ha afectado el cobro de estas atenciones y limitado el recaudo por este concepto.

**ADRES.** Con relación a las funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ya existe la ADRES tiene personería jurídica para administrar los recursos que financian la seguridad social. Sin embargo, el cambio del nombre de la ADRES pareciera no tener implicaciones significativas en su función principal que es garantizar el adecuado flujo de recurso, aunque impone un rol más centralizado y de mayor alcance, consolidándola como el eje administrativo y financiero del sistema de salud. Estas funciones ampliadas requieren una infraestructura robusta y mecanismos de control efectivos para que la “ADRES” pueda cumplir con sus nuevas responsabilidades de manera eficiente y transparente. Las cuales no se detallan, no hay mecanismos explícitos y tampoco se prevé la transición hacia las nuevas funciones, no se ve en la propuesta las implicaciones financieras para los municipios relacionadas con la garantía de la transparencia de la información.

**Destinación de los recursos.** Los recursos no se destinan para financiar la salud de las personas o para financiar la UPC. Se destinan a financiar los niveles de atención e instituciones e infraestructura. Como el nivel primario, la mediana y alta complejidad y el fortalecimiento de hospitales. La ponencia incluye una nueva subcuenta; no obstante, de la redacción se concluye que la prioridad no es el derecho de las personas.

Se incluyen la financiación de los servicios a migrantes, que en el pasado era un rubro administrado por el Ministerio dependiendo de la disponibilidad. Sobre esto es clara la ley frente a la competencia de la Nación frente a la financiación, por lo que no es posible utilizar los recursos de los territorios para financiar este componente que es incierto y que en muchos casos desborda la capacidad de respuesta de la entidad territorial. Esto motivó el cambio en la última reforma al SGP, asignando la competencia a la Nación y eliminándola del territorio.

El proyecto da la facultad al Ministerio para definir usos de los recursos en Atención Primaria, prerrogativa que es del Congreso. Se reitera que no se están generando nuevos recursos para este componente que es muy importante y necesario, pero requiere mayores inversiones. Nuevas fuentes.

Se plantea el financiamiento de los hospitales públicos con presupuestos históricos, sin límite. Es decir, se cambia la destinación para la salud de las personas y se privilegian las instituciones. El subsidio a la oferta no se limita a quien lo necesita por condiciones de dispersión o lejanía.

Se privilegian los servicios sociales complementarios que no deberían financiarse con recursos del sistema, pero no se dice nada de las innovaciones tecnológicas en medicamentos, procedimientos o dispositivos. En efecto, no se habla del acceso a nuevas tecnologías y tampoco de la garantía de continuidad de los medicamentos y tecnologías que hoy tienen prescritos varios pacientes de alto costo o de enfermedades huérfanas. Estos derechos deben mantenerse y garantizarse.

Además, se propone un uso en saneamiento de hospitales generalizado, como si fuera a permitirse el déficit permanente.

También se pretende usar los recursos disponibles en equipos y dotación. Estos usos hoy se financian con proyectos particulares, con cargo a regalías u otros de orden territorial o con partidas especiales del Presupuesto General de la Nación, siempre que ya se haya financiado el derecho de las personas, es decir, el aseguramiento en salud. En este orden se ha dado prioridad al financiamiento de la UPC que representa el derecho individual de las personas y a las acciones colectivas que benefician a toda la población.

**Fondo Único Público.** Se crea un Fondo dentro de la ADRES, sin personería jurídica ni planta de personal propia similar a lo que señalaba la ley 100 respecto al FOSYGA. Muy confuso lo pretensión de la unidad de caja con este esquema, cuya utilidad no se justifica en la exposición de motivos y no agrega valor.

No se encuentra clara ni sustentada técnicamente la diferenciación de subcuentas en “Atención Primaria en Salud”, y de “Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria” y “demás”, los artículos 13, 14 y 15 son confusos. Tampoco en la última creada en la ponencia,

**Cuenta de Atención Primaria en Salud.** Con relación a la financiación se plantean recursos parafiscales y fiscales del orden nacional. Esto quiere decir, todas las cotizaciones, CCF y SOAT. Además de lo que la Nación aporte.

En el numeral 2 se habla de los recursos del aporte de solidaridad que en esencia corresponden a los regímenes de excepción o especiales. Se incluyen los recursos del SGP en una categoría que en el marco de la última reforma contenida en la ley 1955, no existe. Menciona además los de propiedad de los municipios que financian el régimen subsidiado. Respecto a este punto, a Ley 715 de 2001, señala que estos recursos son para la población pobre, en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Plantea el mismo proyecto la financiación con los recursos del monopolio de juegos de suerte y azar, sin tener en cuenta que hay porcentajes de estas rentas que se destinan a competencias del territorio que deben seguir siendo financiadas con esos recursos.

Se habla de los recursos propios en general, sin precisar si son todos los que se destinan a la salud del territorio o solo los del régimen subsidiado de salud.

En conclusión, esta redacción genera incertidumbre en la financiación y sostenibilidad de la atención de las personas.

Se hace la relación de estas fuentes con usos específicos y además le da la potestad al Ministerio para generar otros usos, prerrogativa que solo es del legislador.

De otro lado, es problemático plantear el CAPS bajo un enfoque de salud pública y de determinantes sociales. ¿La salud pública es un enfoque? Aunque esto es variable, hay unas definiciones más cercanas al campo de conocimiento. Determinarla como enfoque en el marco de un CAPS podría conllevar a tener limitaciones frente a la misma atención propuesta en el proyecto de Ley. Máxime cuando los recursos salen de la cuenta de APS y la APS aparece restringida al primer nivel o primer contacto, pero al CAPS se le impone la gestión de la acción intersectorial función debería estar anclada a la entidad territorial en el marco de las redes para poder operativizar la con el alcance esperado.

La adscripción poblacional y la interoperabilidad ¿cómo se articulan? Es decir, se deberá reglamentar tanto la adscripción como el cambio de adscripción, pero en caso tal que cambie de residencia y no hay posibilidad de adscribirse a un CAPS por cercanía, como se gestiona mis requerimientos de salud.

**Establecimientos farmacéuticos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud:** no se precisa si son considerados servicios en salud, o cuáles son las tecnologías en salud que puede dispensar un establecimiento farmacéutico, y tampoco se define el concepto de “*establecimiento farmacéutico que dispensa tecnologías en salud*”, dado que en la actualidad se conocen proveedores de tecnologías en salud que no se habilitan como servicios de salud. Adicionalmente, se encuentra necesaria la inclusión de tecnologías en salud nuevas o innovadoras, las cuales en su mayoría se encuentran actualmente excluidas, requiriendo indispensable definir mecanismos para su inclusión, evaluación tecnológica orientada a mejorar respuestas a las necesidades en salud de la población. Otro aspecto importante que debe evaluarse está relacionado con lo referido a las “*tarifas y formas de pago para proveedores de tecnologías en salud*” dado que esto se encuentra supeditado más a las condiciones de mercado y a los mismos proveedores de tecnologías en salud.

**Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria.** Para este propósito se incluyen unos recursos de oferta del SGP que ya no existen.

Se incluyen en el numeral 2, los recursos de Coljuegos y en el numeral 3, se incluyen las mismas rentas cedidas para la financiación del régimen subsidiado de salud que se señalaron como fuente de la anterior subcuenta, confirmando con esto que se están refiriendo a todos los recursos de rentas cedidas.

En el 5, señalan que los recursos del esfuerzo propio para cofinanciar la UPC. No obstante, estos recursos se destinaron por los territorios en particular por los municipios y Distritos, para el aseguramiento de las personas y no para financiar hospitales públicos de todo el país, haciendo parte de una bolsa para este propósito. Sin duda es un cambio de uso que debe ser consultado con los territorios, puesto que en su momento se destinó voluntariamente para otro fin que era la cofinanciación de la afiliación de la población más pobre de los municipios y distritos al régimen subsidiado de salud.

**Subcuenta General.** Se habla de “los demás recursos del Fondo”, no obstante, no hay otros recursos. A menos que fueran más aportes de la Nación, sobre los cuales no existe certidumbre.

Es decir que la presupuestación por conceptos de gasto que es una de las reformas y virtudes de la presupuestación de la ADRES, no sería aplicable.

Con estos recursos inexistentes prácticamente deberá financiarse la atención de segundo y tercer nivel de complejidad y las enfermedades huérfanas y de alto costo, que es donde se concentra el mayor costo hoy. Aquí se plantea como marginal, después de garantizar los otros conceptos. Este planteamiento es riesgoso, puesto que dependerá de la disponibilidad presupuestal.

**Unidad de Pago por Capitación.** No son claros los criterios de cálculo, el responsable de hacerlo y aprobarla. Tampoco es claro para que se preserve esta unidad si no se plantea un plan de beneficios y si aparentemente no van a existir diversas modalidades de contratación, si no que se pagarán los servicios por la ADRES, con fundamento en un tarifario, lo cual hace concluir que los servicios se pagarán por evento.

Adicionalmente se habla de incorporar en la UPC el cálculo para cubrir prestaciones económicas. Las prestaciones económicas se reconocen en función del ingreso, es un error involucrar los criterios epidemiológicos y de niveles de atención.

Los recursos que son de los municipios y es una renta segura y previsible se van a destinar para la financiación del primer nivel y los recursos complementarios PGN, sobre los cuales no hay garantía porque dependen de la disponibilidad y capacidad de la nación, se plantean para la financiación de lo más costoso que es la atención de la mediana y alta complejidad.

Dividir la financiación de aseguramiento por fuente no solo significa inflexibilidad el gasto por las subcuentas, si no también complicar la unidad de caja que ha sido muy importante para la operación del sistema.

Se ha dicho en este concepto que prácticamente la ley 715 de 2001 se toca integralmente en cuanto a competencias y uso de los recursos. Por ejemplo, el artículo 47 de la Ley 715 de 2001, define el uso de los recursos en el subsidio de para las personas así:

“47.1. Financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, de manera progresiva hasta lograr y sostener la cobertura total.”

La UPC hoy tienen un propósito y es materializar la solidaridad y por otro lado reflejar en términos monetarios el contenido del plan de beneficios. De tal forma que las personas saben a lo que tienen derecho. No tiene sentido una UPC si no hay definido un plan de beneficios en salud.

Si bien en la ponencia se permiten los traslados por subcuenta, no es un proceso dinámico y generará problemas operativos y demoras en contra de la adecuada gestión de recursos. Problemas estos, que existían y que se han venido superando con la Ley 1438 de 2011 y la creación de la ADRES mediante la ley 1753.

**Gestión de pago o autorización de pago.** Se plantea una especie de registro o contrato de adhesión por parte de los proveedores y prestadores, imposibilitando diferentes formas de contratación, como ocurre hoy y limitando la complementariedad y racionalización de costos. Se habla a su vez de un acuerdo marco con la ADRES por prestador, cuya utilidad no se tiene clara.

La función de compra de servicios, que hoy se materializa con los contratos suscritos entre EPS e IPS, no se ve reflejada en el texto. Se plantean unos convenios de desempeño, cuya utilidad y mecanismos para garantizar su cumplimiento no están claros. Tampoco su utilidad, si de todas formas se está diciendo que se deben pagar los recursos con requisitos mínimos.

Esta propuesta centralizada puede generar problemas de corrupción, pero también limitantes para contratar servicios complementarios. Estas limitantes hoy no existen. Plantea que pagarán 85% a los 30 días de radicación de las facturas y el porcentaje restante en 90 días. Sin considerar que en muchos casos los pagos anticipados se dan mucho más rápido que los 30 días, por ejemplo, en los contratos de pagos fijos globales (PGP) en los cuales los ciclos de pago muchas veces se completan antes de los 90 días. Este es el caso de Capital Salud con el PGP que pacta con las subredes del Distrito de Bogotá.

Estandarizar los tiempos puede ser inconveniente. Los problemas de flujo de recursos hoy tienen que ver principalmente con insuficiencia de recursos.

En el texto se dice que la auditoría la hará la Gestora, pero también el propio prestador. No obstante, se dice que la ADRES autorizará el pago y contratará auditorías.

Usualmente el encargado de auditoría o revisión es el que autoriza la procedencia de pago. La Gestora no negociará tarifas, no hará contratación, no hará la autorización de pago. Es decir, no se justifica su presencia con las limitadas funciones.

La representación del usuario que en la ponencia se incluye como función de la Gestora, implica entre otros ejercer la capacidad de compra del usuario que es el titular del derecho. Sin embargo, esta función prácticamente desaparece.

No son claros los parámetros para proceder cuando se encuentran irregularidades en la facturación de los servicios de una institución prestadora de servicios de salud pública, privada o mixta, se informará a las Direcciones Territoriales de Salud, las cuales podrán exigir la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución". Una disposición tan ambigua requiere más desarrollo en la misma ley. Con independencia del reglamento.

**Servicios Sociales Complementarios,** Se habla de los servicios sociales complementarios, que no se deberían pagar con recursos del sector salud, ni de la seguridad social en salud. No obstante, no se dice nada respecto al acceso de nuevas tecnologías como medicamentos que es lo que más demandan los usuarios.

Hoy en día no se cubren auxilios funerarios, con recursos del sistema. En este artículo se está planteando y no está clara la fuente de financiación y el costo.

Si bien los servicios sociales son necesarios, no deben ser financiados con cargo a recursos de salud, teniendo en cuenta que por ejemplo labores como el cuidado deben estar asociadas a la recuperación, mantenimiento o disminución en la pérdida de la autonomía por parte de la persona sujeto del cuidado, así como reducir sobrecargas en cuidadores. En ese sentido las acciones del cuidado superan una simple actividad de acompañamiento, y superan la misonalidad del sector salud.

En experiencias como la francesa y española, para los procesos de cuidado concurren recursos de salud y de otros sectores para un abordaje socio sanitario real e integral.

**Prestaciones Económicas.** En el artículo en el que se habla de la UPC, se dice que en este componente estarán también los recursos de las prestaciones económicas.

En este artículo se esboza que el Ministerio definirá las condiciones para el reconocimiento y pago. Incluyendo a las personas del régimen subsidiado de manera progresiva; sin prever la fuente de financiación.

Puede estarse subestimando el proceso operativo. Se plantea que la EPS liquida y la ADRES gira. Esto implica establecer un proceso ante la ADRES para registrar cuentas que hoy no se tienen registradas, toda vez que la ADRES solo reconoce algunas prestaciones económicas en los casos de régimen de excepción, que han tenido históricamente, demoras importantes.

**Transformación de las Entidades Promotoras de Salud.** Si la transición en los dos años es voluntaria, no se entiende como operará el SGSSS, con EPS y con Gestoras y la ADRES y demás entidades en una doble condición. Esta posibilidad es inaplicable.

Las funciones de las Gestoras o EPS como “colaborar” que se encuentran en este artículo y en otros, deben estar perfectamente acotadas. No se entiende en que consiste la colaboración. ¿Se trata del diseño?, ¿Las funciones?, ¿La financiación?

Las EPS deberán transformarse no “disolverse” si se prevé que continúen con sus activos, pasivos y contratos, además de los afiliados de la región correspondiente

Si lo que se pretende es una transformación ¿Deben habilitarse nuevamente las EPS para ser Gestoras? No parece viable el plan de pago de deudas, cuando se plantea el retiro de la operación y el sistema viene planteando hace dos años un desfinanciamiento en la UPC

**Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida,** Se habla del riesgo en salud y operativo. Se dice que el riesgo financiero sería a cargo del Estado. Los territorios hacen parte del Estado y no se puede atribuir cargas financieras inciertas. La Nación ha insistido en que debe asumir el riesgo financiero. Por ello y de continuar el trámite de este proyecto, debe precisar que es la Nación y no el Estado en su conjunto el responsable en el financiamiento de este riesgo.

Las funciones las harán en su mayoría en coordinación, en articulación, en conjunto con alguien más o son funciones no contundentes como “apoyar”, “cooperar” “contribuir”. Se percibe la Gestora como una figura temporal a la que le pagarán cuantiosos recursos por no hacer nada relevante.

Si bien la asignación por subregiones puede ser razonable técnicamente, no es claro el mecanismo por el cual a las personas se les garantizarán los servicios de salud cuando se encuentren en subregiones diferentes a la de la gestora asignada.

Las Gestoras deben asegurar el acceso a servicios de salud de calidad, proporcionar un sistema de atención que incluya líneas de información, páginas web y estrategias de comunicación. Realizar auditorías de calidad y controles financieros para garantizar la

eficiencia en el uso de recursos y presentar informes periódicos sobre su funcionamiento y resultados en salud entre otras funciones.

De esta manera las Gestoras deben representar los intereses de los usuarios, asegurando que sus inquietudes y necesidades sean atendidas adecuadamente, lo que es fundamental para la garantía del acceso a la salud. *(En caso de que una Gestora de Salud y Vida no cumpla sus, recibirá hasta un treinta por ciento (30%) menos de su ingreso por remuneración, y en caso de reincidencia en dos periodos consecutivos, será objeto de medida de supervisión especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud).*

**Remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.** No es clara la base ni cálculos de la remuneración. Como está redactado el artículo de la UPC, no se entiende que haya una sola UPC, más bien se entiende que hay dos componentes que la integran.

Establecer que “Los incentivos serán progresivos y estarán sujetos disponibilidad presupuestal” es incoherente con la definición de incentivos pues estos deben ser permanentes y garantizados para efectivamente cumplir la función de promover mejoras permanentes.

Así mismo lo incorporado en la ponencia respecto a castigar la remuneración por incumplimiento de obligaciones, es un criterio arbitrario y poco aplicable. Hay incumplimientos parciales, muchos retos operativos, personas insatisfechas y esto ocurre en todos los sistemas del mundo. Este castigo no necesariamente garantiza una mejor atención.

**Redes Integradas e Integrales.** Si bien se comparte que la prestación se debe dar por Redes Integradas e Integrales como ya lo planteaba la ley 1438, la manera como se aborda y redacta esta disposición deja las siguientes preocupaciones: Los trámites van a ser mayores para los prestadores. Se tendrán que habilitar, pero en función de las redes se deberán registrar y certificar. Se generan nuevos trámites y procesos. La capacidad del regulador hoy no está dada para regular varias formas de contratación y además un tarifario por cada una de estas.

En la práctica de esta disposición se entiende que el pago será por evento, lo cual como ya se ha advertido, es una forma de pago que incentiva la facturación y puede desbordar el gasto en muy corto tiempo.

Con relación a las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud – RIITS y sus criterios, es importante señalar que las redes deben permitir integrar la respuesta social e institucional gubernamental y no gubernamental, incluir lo público y privado, lo social (intersectorial) y lo sanitario para abordar integralmente los determinantes sociales de la salud. Deben estar gerenciadas con transparencia y mérito, deben contemplar la auditoria a su operación.

Las redes siempre serán una buena estrategia y un buen mecanismo de coordinación y articulación. Sin embargo, tal como están planteadas muestran una inconsistencia entre lo que se espera de un sistema soportado en la estrategia de APS y lo que aquí se plantea, dado que no integra en la red la respuesta de los equipos territoriales (no solo del sector salud) ni la oferta social y comunitaria existente.

Se menciona un mecanismo de incentivos y resultados, sin embargo, la red propiamente dicha no debería mostrar esto, ya que la función de coordinar la red es compartida entre la gestora de salud y vida y las secretarías de las entidades territoriales, pero sin claridad de qué le compete a cada actor esto dificulta la rectoría sobre la red.

En la actualidad el sistema de referencia y contrarreferencia es bastante robusto, por cuanto con el pasar del tiempo tanto las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS como las entidades territoriales, han afinado sus roles con referencia a la articulación que existe entre ellas, con el fin de cumplir a cabalidad la derivación de los pacientes y su respectivo retorno a la IPS remitora, lo anterior deja ver claramente la responsabilidad que tienen los actores del sistema frente al usuario. No obstante, en la presente propuesta se describe un sistema de referencia y contrarreferencia, que no establece a cargo de quien se encuentra la coordinación entre los niveles de atención y al no centralizarlo se afecta la efectividad y continuidad en los procesos de atención, así como los resultados en salud.

Así mismo, la ausencia de coordinación en las etapas iniciales del sistema dará como resultado barreras de acceso, adicional a esto también es importante precisar que, no todos los territorios de nuestro país cuentan con la oferta de servicios acorde a las necesidades de su población, razón por la cual, se hace necesario contar con una gestión pertinente de la referencia del usuario que requiera un servicio cuya especialidad no esté en su territorio.

En consecuencia, se desconoce sobre quien recae la responsabilidad de la atención del usuario, yendo en contravía de los principios de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y resolutivez a la población a cargo.

También es importante tener en cuenta los diferentes mecanismos de contratación propuestos, unos a cargo de las entidades territoriales y otros a cargo de las gestoras, en lugar de crear RIITS, va a fragmentar aún más la atención y esto recaerá en procesos administrativos para los usuarios, además de las dificultades para el monitoreo y análisis de uso de recursos.

Por último, es importante mencionar que, para la implementación de la RIITS, se debe plantear un proceso de transitoriedad con la red privada y mixta para su vinculación efectiva.

Título III, Capítulo II, Artículo 32 Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), parágrafo 1

Respecto del parágrafo 1 del artículo 32 “Los servicios farmacéuticos de los prestadores de servicios de salud y los establecimientos farmacéuticos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud serán considerados servicios de salud, por lo tanto, harán parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) y deberán cumplir las condiciones de habilitación para su funcionamiento.” Se considera importante precisar lo siguiente:

1. Integración de los Servicios Farmacéuticos en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

El hecho de que los servicios farmacéuticos de los prestadores de servicios de salud y los establecimientos farmacéuticos que dispensan medicamentos o tecnologías en salud sean considerados como parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) es un paso importante hacia la integración del sistema de salud. Las RIITS buscan

coordinar y articular los diferentes niveles de atención, desde la atención primaria hasta la especializada, en el territorio. Esto implica que los servicios farmacéuticos no operarán de manera aislada, sino que se alinearán con los demás servicios de salud de las regiones, lo que podría tener múltiples beneficios:

- **Mejor coordinación entre servicios:** La integración de los servicios farmacéuticos con las RIITS garantizaría que la dispensación de medicamentos se realice en coordinación con otros servicios de salud, como consultas médicas, atención preventiva y programas de salud pública.
- **Reducción de la fragmentación del servicio:** Una de las críticas históricas al sistema de salud colombiano es la falta de integración entre los servicios. Integrar los servicios farmacéuticos dentro de las RIITS podría ayudar a reducir esta fragmentación y mejorar la continuidad del cuidado de los pacientes, asegurando que los tratamientos sean más efectivos y adecuados.

## 2. Cumplimiento de las Condiciones de Habilitación.

La disposición también establece que los establecimientos farmacéuticos deberán cumplir con las condiciones de habilitación para su funcionamiento. Esto implica que, para poder operar dentro de las RIITS, tanto los prestadores de servicios de salud como los establecimientos farmacéuticos deben cumplir con normas y estándares específicos establecidos y a establecer por las autoridades sanitarias. Esto podría tener varios efectos positivos:

- **Aumento de la calidad del servicio:** El cumplimiento de las condiciones de habilitación garantiza que los establecimientos farmacéuticos y los prestadores de servicios de salud brinden un servicio seguro, eficiente y de calidad. Esto incluye desde la correcta dispensación de medicamentos hasta la correcta prescripción y seguimiento de los tratamientos.
- **Monitoreo y control más efectivo:** La habilitación de los servicios farmacéuticos dentro de las RIITS permitirá un monitoreo más efectivo por parte de las autoridades sanitarias. Esto puede facilitar la identificación de posibles deficiencias en la prestación del servicio, así como problemas relacionados con la calidad de los medicamentos o con la gestión de los servicios farmacéuticos.
- **Reducción de riesgos asociados a medicamentos:** Al integrar la dispensación farmacéutica dentro de una red coordinada y asegurarse de que los establecimientos cumplan con condiciones de habilitación, se podría reducir la posibilidad de que los pacientes reciban medicamentos incorrectos o que se presenten interacciones peligrosas entre fármacos.

## 3. Fortalecimiento de las Redes de Atención Primaria.

Las RIITS, al incluir servicios farmacéuticos dentro de su estructura, podrían reforzar la atención primaria en salud. La atención primaria no solo abarca la consulta médica básica, sino también el acceso a servicios farmacéuticos cercanos y de calidad. Este enfoque es crucial, ya que muchas veces los medicamentos representan una parte significativa del tratamiento de diversas condiciones de salud. Garantizar que los servicios farmacéuticos estén bien integrados a nivel territorial mejora el acceso a los medicamentos esenciales y promueve un uso responsable de los mismos.

## 4. Mejor Gestión del Medicamento en el Sistema de Salud.

Al formar parte de las RIITS, los servicios farmacéuticos estarían bajo una gestión más centralizada y coordinada, lo que podría mejorar la gestión de los medicamentos a nivel nacional. Esto incluiría:

- Optimización de inventarios: Una red integrada podría mejorar la gestión de los inventarios de medicamentos, reduciendo el desabastecimiento o la sobreabundancia de ciertos fármacos en las distintas regiones del país.
- Uso racional de medicamentos: Con la integración de los servicios farmacéuticos, sería más fácil implementar programas de uso racional de medicamentos y vigilancia para evitar el abuso de fármacos o la automedicación, lo cual es un problema común en muchas comunidades.

En este orden, se concluye que la disposición de considerar los servicios farmacéuticos como parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) y exigir que estos cumplan con las condiciones de habilitación tiene un potencial significativo para mejorar la calidad y equidad en el acceso a los medicamentos en Colombia. Al integrar estos servicios en una red coordinada, se puede lograr una atención más continua, mejorar la seguridad y eficacia del tratamiento, y reducir las disparidades en el acceso, especialmente en las áreas rurales o marginadas. Esta medida refuerza la atención primaria en salud, optimiza la gestión de medicamentos y contribuye a un sistema de salud más cohesionado y eficiente.

**Criterios determinantes de las redes integradas e integrales.** El primer nivel de complejidad se entiende desarticulado de la red de mediana y alta complejidad. Se habla de un sistema de gobernanza en las redes, que hoy lo ejerce la EPS, esto representa costos de transacción, que no están previstos.

Los diferentes mecanismos de contratación, unos a cargo de las entidades territoriales y otros a cargo de las gestoras, en lugar de crear RIITS, van a fragmentar aún más la atención y esto recaerá en procesos administrativos para los usuarios, además de las dificultades para el monitoreo y análisis de uso de recursos.

**Centros de Atención Primaria.** Los Centros de Atención Primaria, como están descritos, se van a convertir en pequeñas EPS y los va a absorber las funciones administrativas que hoy las ejerce la EPS.

La financiación en todos los casos con recursos de oferta en primer lugar podría resultar insuficiente frente a la disponibilidad actual y segundo pueden desincentivar la productividad e incentivar la remisión a la mediana y alta complejidad, sin resolver los problemas de salud de las personas. Estas situaciones ya se ven en muchos casos cuando se contrata por cápita el primer nivel de complejidad.

Existen enormes reparos con el proceso de adscripción a un Centro de Atención Primaria en Salud- CAPS. Hoy las personas eligen la EPS y las redes de las que disponen. El habitante tendrá que elegir a el CAP y a la Gestora ¿Serán dos procesos de libre elección? En todo caso, toda vez que se está tocando un principio importante de la ley Estatutaria, este tema debe revisarse en el ámbito de una modificación a la ley Estatutaria de Salud.

Mientras el Centro de Atención primaria atenderá esencialmente por ubicación de la vivienda, la EPS o Gestora tendrá en principio los afiliados que la hayan escogido o escojan

(aunque esto no se prevé), haciendo la operatividad confusa y difícil de llevar. Un CAP puede tener que ver con múltiples Gestoras, lo cual va a generar muchos problemas operativos a los CAP.

Se establece que en las zonas donde las Gestoras no operen los CAP asumirán sus funciones. Hoy existen aproximadamente 30 EPS que pueden ser muchas, es posible que se creen muchos más antes que funjan como tales, con lo que señala este artículo, que serían los CAP que están llenos de funciones administrativas.

**Estructura y Funciones de los CAP.** La adscripción en un país con movilidad alta de las personas que habitan en las grandes ciudades, no deja de ser un reto sin resolver. Si la variable fundamental para acudir a los servicios de salud va a ser el sitio de residencia, muy seguramente van a existir problemas y pocas opciones para resolverlos. No se puede olvidar la insuficiencia de talento humano en el país, que no va a superarse en el corto plazo.

La descripción de los CAPS es un listado de acciones, atenciones y profesionales, sin embargo, desde el punto de vista operativo no plantea lo que se espera de estos espacios para que sean altamente resolutivos, pareciera que se continua con la visión de centros de baja complejidad que hacen procesos de referencia y contrarreferencia, esto se acentúa con las descripciones previas de las RIITS que muestran una clara fragmentación entre CAPS y centro servicios de mayor complejidad. No se mencionan estándares de vinculación de nuevas tecnologías diagnósticas o de la telesalud como mecanismos de integración de la red y generación de resolutividad ante los usuarios.

Por último, es necesario diferenciar la prestación de servicios de salud desde el punto de vista individual y las acciones que desarrolla el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas –PSPIC, que, si bien pueden interconectar, se hace necesario establecer la diferencia entre cada uno de ellos por las diferencias normativas y las fuentes de financiación.

**Unidades Zonales de Planeación.** Estas Unidades Zonales de Planeación y Evaluación de la Salud, no tendrían sentido si se tiene en cuenta que las funciones que se describen, las hacen las Secretarías Departamentales de Salud, que usualmente tienen áreas de planeación. El 1% de los recursos significan más de \$500.000 millones, cifra que parece excesiva.

De otro lado, se atribuye con esto a los departamentos y distritos, la función de controlar lo que harán los CAPS, cuya gobernabilidad y definición la tiene la Nación. Esto se sale de la órbita de las competencias territoriales y antes que mejorar los servicios puede generar mayores trámites y confusión,

**Creación de las ISE.** No tiene sentido cambiar la denominación de las Empresas Sociales del Estado, cuando el régimen de contratación, laboral y presupuestal y su misión continuarán siendo los mismos.

La organización de ISE supraterritoriales, debería tener la aprobación de las asambleas o consejos correspondientes. No se puede prever que solo la Corporación de una entidad territorial decida sobre un asunto que traspasa las fronteras del territorio.

**Fondo de Infraestructura.** El fondo debería financiarse con los recursos del orden Nacional. No es viable que se determine para financiar de manera genérica este fondo, recursos de propiedad de las entidades territoriales tales como regalías o esfuerzos territoriales.

**Becas para formación de talento humano.** El tema de las becas es muy positivo. Pero realmente esto no va a aumentar el número de cupos en las especialidades que se requiere. No se están planteando soluciones reales a este problema de insuficiencia de especialistas. No se aseguran fuentes de recursos para este fin.

## Título VI: Inspección, Vigilancia y Control, Artículo 49

En cuanto a la modificación planteada en el artículo 49 “Artículo 49. Modifíquese el numeral 3 del artículo 37 de la Ley 1122 de 2007: “3. **Prestación de servicios de atención en salud.** Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Dicha vigilancia comprende la garantía de un talento humano en salud competente, así como sus condiciones de estabilidad laboral y de seguridad y salud en el trabajo, como aspectos que afectan los elementos esenciales para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.” Se considera importante señalar que:

La Resolución 3100 de 2019 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud” la cual fue modificada por la Resolución 544 de 2023 “Por la cual se modifica la Resolución 3100 de 2019 en el sentido de adecuar algunos aspectos relacionados con la inscripción de prestadores y la habilitación de servicios de salud”, define los procedimientos y las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, la cual es aplicable a:

**“Artículo 2. Ámbito de aplicación.** La presente resolución aplica a:

**2.1. Las instituciones prestadoras de servicios de salud.**

**2.2. Los profesionales independientes de salud**

**2.3. El transporte especial de pacientes.**

**2.4. Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud.**

**2.5. Las secretarías de salud departamental o distrital o la entidad que tenga a cargo dichas competencias**

**2.6. Las entidades responsables del pago de servicios de salud.**

**2.7. La Superintendencia Nacional de Salud. (...) Se subraya**

De conformidad con la norma en cita, los prestadores de servicios de salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud- SOGCS, deben cumplir las siguientes condiciones:

- Capacidad técnico-administrativa. Aplica a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, entidades con objeto social diferente y transporte especial de pacientes.

- Suficiencia patrimonial y financiera. Aplica a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud — IPS y Transporte Especial de Pacientes.
- Capacidad tecnológica y científica. Aplica a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, Profesionales independientes de salud, Entidades con Objeto Social Diferente, Transporte Especial de Pacientes.

Más adelante, en el artículo 9° se establece que *“El prestador de servicios de salud que habilite un servicio es el responsable del cumplimiento y mantenimiento de todos los estándares y criterios aplicables a ese servicio, independientemente que para su funcionamiento concurren diferentes organizaciones o personas que aporten al cumplimiento de éstos y de las figuras contractuales o acuerdos de voluntades que se utilicen para tal fin. El servicio debe ser habilitado únicamente por el prestador de servicios de salud responsable del mismo. No se permite la doble habilitación de un servicio.”*

Ahora bien, las entidades territoriales en salud, ejercen inspección, vigilancia y control a los prestadores de servicios de salud públicos y privados, y en virtud de ello, les corresponde verificar lo relacionado con los 7 estándares de habilitación que son: (i) Talento humano, (ii) Infraestructura, (iii) Dotación, (iv) Medicamentos, dispositivos médicos e insumos, (v) procesos prioritarios, (vi) Historia clínica y registros, e (vii) Interdependencia; así como también los documentos para la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPSS, y posteriormente, efectuar la correspondiente visita de reactivación, previa o de verificación de condiciones de habilitación a que haya lugar.

Teniendo en cuenta lo expuesto, y lo reglamentado en el Sistema Único de Habilitación para la Resolución 3100 de 2019, es menester que el Ministerio de Salud y Protección Social procediera a la modificación del aparte subrayado y resaltado del artículo 9° de la Resolución 3100 de 2019 una vez entrada en vigencia la presente ley, con el fin de que sea exigible en el trámite de habilitación de servicios a los prestadores de servicios de salud *las condiciones de estabilidad laboral del talento humano* que establece el parágrafo 1 del artículo 49 del presente proyecto de ley.

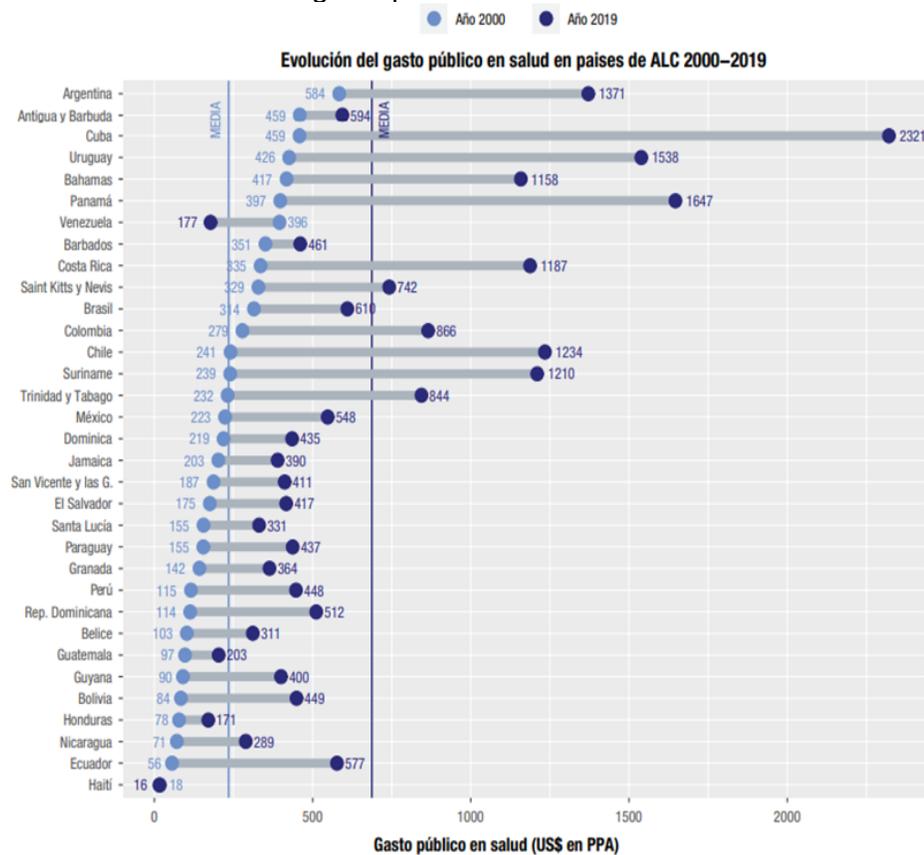
Por último, frente a la prestación de servicios de salud, no se incluye paliación y acompañamiento en el final de la vida, siendo estos procesos que hacen parte del continuo asistencial y de los procesos naturales de la salud y la enfermedad.

Observaciones sobre el capítulo III Fuentes, usos y gestión de los recursos financieros del Sistema de Salud

**Se incluyen varios gastos adicionales sin fuente de financiación clara, pero se incorporan nuevas fuentes de financiación, solo que pueden resultar insuficientes.** Como es bien sabido, el comportamiento del gasto en salud, dadas las necesidades y expectativas de la población, sumado a los determinantes del gasto como son el envejecimiento de la población, la transición epidemiológica y la presión tecnológica, tiene una tendencia al incremento, tal como lo demuestra el aumento del gasto público en salud en Colombia en los últimos casi 20 años (ver Gráfico 1). En este si bien se incluyen como nuevas fuentes los impuestos saludables y el IVA social, estas no superan los \$350 mil millones aproximadamente, por lo que resulta clave poder incluir en el proyecto de Ley nuevas fuentes de recursos o recuperar fuentes constantes como lo sería, revertir la exoneración de los aportes de los empleadores para empresas con

más de 2 empleados y con ingresos inferiores a 2 SMLMV, lo que permitiría oxigenar los ingresos de ADRES y dar espacio para mayores recursos del presupuesto general de la Nación.

Gráfico 1. Evolución del gasto público en salud ALC 2000-2019



Fuente: Pan American Journal of public health. Gasto en salud y resultados en salud en América Latina y el Caribe. 2023.

En ese sentido, los gastos de base y proyección de sostenibilidad de la reforma, presentan disparidades tanto en el monto inicial de recursos necesarios para el arranque, en donde se requiere cubrir el déficit actual del Sistema y propiciar un saneamiento de cuentas, como en la sostenibilidad a futuro de gastos crecientes, sobre los cuales se presentan algunos supuestos complejos como el de reducción de gasto total en salud como efecto del mejoramiento en la atención primaria en salud. Ya que como se muestra en la gráfica anterior ningún país de la región (salvo Haití) redujo su gasto público en salud y países como Costa Rica y Cuba, con modelos de salud basados en atención primaria incrementaron sustancialmente su gasto público en salud.

Iniciando por la proyección de crecimiento del gasto presentada en la exposición de motivos que hacía parte del PL 312 y que se mantiene, un crecimiento cercano al 3% anual para los próximos 7 años parece modesto, no obstante, al observar el crecimiento del PIB en los últimos 10 años, este presenta un promedio de variación anual del 2,81% (Banco mundial variación PIB anual 2014-2023), lo que significa que el supuesto de crecimiento del gasto es superior al comportamiento observado del crecimiento de la economía, dejando espacio para futuros déficits.

Tabla 1. Componentes del crecimiento de la senda del valor a precios constantes de las atenciones hospitalarias y especializadas de mediana y alta complejidad

Componentes del crecimiento	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Población (envejecimiento)	1,55	1,53	1,50	1,49	1,49	1,48	1,47	1,50
Costo de la Innovación*	1,53	1,53	1,53	1,53	1,53	1,53	1,53	1,47
<b>Total</b>	<b>3,08</b>	<b>3,06</b>	<b>3,03</b>	<b>3,02</b>	<b>3,02</b>	<b>3,01</b>	<b>2,99</b>	<b>2,97</b>

Fuente: DANE, Proyecciones de población

\*Supuesto de innovación tecnológica

De otro lado, el crecimiento promedio del gasto anual en presupuestos máximos o en general las tecnologías no cubiertas por la UPC, supera el 6% desde la expedición de este mecanismo, lo que significa que el porcentaje de crecimiento atribuido al costo de la innovación puede estar subestimado.

Los costos presentados en la exposición de motivos no contemplan el cierre del déficit actual

La exposición de motivos del PL presenta en la tabla 30 la proyección de usos, con año de inicio 2025 en donde se obtiene un total de gasto (directos+indirectos+gastos de gestión) que ascienden a \$99,6 billones, esta cifra tiene las siguientes observaciones:

Tabla 2. Proyecciones de usos. Proyecto de Reforma a la Salud. Miles de millones de pesos de 2024

Usos	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Atención Primaria en Salud	18.563	21.107	22.735	23.544	25.379	27.069	29.175	31.619	34.562	36.636
Mediana y alta complejidad	71.980	74.196	76.463	78.779	81.155	83.602	86.120	88.698	91.335	94.075
Prestaciones económicas	2.755	2.866	2.982	3.102	3.227	3.358	3.493	3.634	3.781	3.932
Fortalecimiento de la red pública	1.000	1.000	1.000	2.000	3.500	4.000	4.200	4.410	4.631	4.862
Otros	500	516	533	550	568	587	605	625	645	665
Becas	120	120	120	150	200	200	200	200	200	200
Protección de la maternidad	450	525	800	900	1.040	1.062	1.061	1.059	1.056	1.054
Fortalecimientos institucionales	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Fondo de desastres	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
SGP - E.T. SGP (10%): Salud pública	1.885	2.136	2.296	2.376	2.509	2.623	2.744	2.861	2.981	3.099
<b>Gastos directos</b>	<b>97.403</b>	<b>102.617</b>	<b>107.079</b>	<b>111.550</b>	<b>117.728</b>	<b>122.651</b>	<b>127.748</b>	<b>133.256</b>	<b>139.341</b>	<b>144.672</b>
SOAT - Rangos diferenciales	217	239	263	289	318	349	384	423	465	512
Migrantes irregulares	306	306	306	306	306	306	306	306	306	306
Saneamiento hospitales	1.300	-	-	700	415	300	300	200	200	185
<b>Gastos indirectos</b>	<b>1.823</b>	<b>545</b>	<b>569</b>	<b>1.295</b>	<b>1.039</b>	<b>955</b>	<b>990</b>	<b>929</b>	<b>971</b>	<b>1.003</b>
Incentivos de calidad	-	500	1.080	1.570	1.623	1.672	1.722	1.774	1.827	1.882
Unidades Zonales de Planeación	450	650	1.000	1.023	1.065	1.107	1.153	1.203	1.259	1.307
<b>Gastos de gestión</b>	<b>450</b>	<b>1.150</b>	<b>2.080</b>	<b>2.593</b>	<b>2.688</b>	<b>2.779</b>	<b>2.875</b>	<b>2.977</b>	<b>3.086</b>	<b>3.189</b>

Fuente: Proyecciones ADRES y Ministerio de Salud y Protección Social.

- Incluye recursos del 10% del SGP de salud pública, propiedad de las entidades territoriales, que estas reciben con situación de fondos y que actualmente no se giran a ADRES lo que implica contar con una fuente (estimada en 2025 en \$1,8 billones), que requiere aprobación en trámite legal orgánico de un recurso que está actualmente en discusión en otro proyecto de ley diferente como es el de la autonomía territorial. De otra parte, las competencias de salud pública a cargo de la entidad territorial no pueden ser ejercidas en su totalidad por parte de los equipos

- básicos de salud, por lo que es necesario desagregar cada una de las acciones, servicios y gastos que se atribuyen a la atención primaria en salud para poder garantizar su suficiencia.
- Así mismo se contemplan recursos del SGP de régimen subsidiado que hoy corresponden al 87% del total del SGP salud para atención primaria en salud, es de recordar que los recursos del SGP deben destinarse a la población pobre y vulnerable cumpliendo con los criterios constitucionales de distribución del recurso y en este sentido no se pueden usar indistintamente para población con y sin capacidad de pago.
  - Lo anterior sucede también con los recursos de las cotizaciones, estos recursos parafiscales, legalmente no pueden usarse para la atención de mediana y alta complejidad de toda la población y dada su naturaleza deben destinarse al grupo poblacional que los aporta.
  - Los montos estimados para el fortalecimiento de la red pública hospitalaria suponen recursos de fuente rentas cedidas, que son principalmente de las entidades territoriales departamentales y la necesidad de CAPS en todo el territorio nacional es municipal, en ese entendido hace falta contar con una fuente nacional para el financiamiento de las necesidades de infraestructura de naturaleza local para alcanzar la cobertura de oferta deseada en el nivel primario, lo que puede significar recursos que superen el billon de pesos propuesto entre 2025 a 2030 por parte del PL 312 acumulado. Así mismo, los recursos de rentas cedidas han presentado un comportamiento a la baja lo que significa que una proyección de aumento implica considerar una reforma tributaria territorial.
  - Como se describirá más adelante, no se contemplan recursos para el desarrollo y montaje del sistema o sistemas de información requeridos para la operación propuesta, ni tampoco recursos necesarios para capitalizar y/o sanear las cuentas por pagar de la Nueva EPS, entidad mixta que requiere aporte del presupuesto nacional, y los recursos para los gastos adicionales mencionados más adelante en este documento (cuidadores, licencias de maternidad/paternidad).

La transformación legal del uso de recursos que actualmente mancomuna ADRES, debe hacerse modificando la norma que da origen al recurso y su destinación, el PL 312 asume que las fuentes mancomunadas en ADRES pueden reorganizarse incorporándolas en cuentas diferentes de un Fondo público que se crea, sin contemplar su origen legal y su destinación no basta con incluir cada fuente en una cuenta con un nombre específico para que se entienda modificada su destinación. Es necesario hacer los ajustes legales pertinentes con los actores pertinentes para reformar por ejemplo el Sistema General de Participaciones SGP, cuya discusión procede en el proyecto de ley de autonomía territorial, o la creación de Zonas o áreas o territorios funcionales de salud, cuya discusión procede en el proyecto de ley que modifica el ordenamiento territorial.

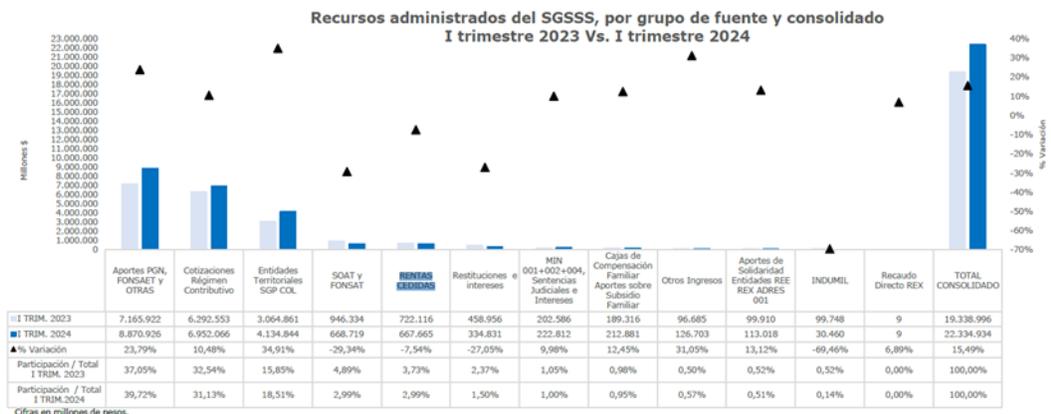
Por esta misma razón se considera inconveniente la creación de un fondo único público, ya que su finalidad es dar destinación específica a las fuentes de recursos que hacen parte de las cuentas de dicho fondo y esta discusión como indicamos debe darse en el Congreso en el marco de las leyes que involucran cada recurso.

Así mismo, no es factible utilizar los recursos de naturaleza parafiscal (cotizaciones y aportes a la nómina) en población distinta a la que los aporta, razón por la cual no pueden destinarse las cotizaciones en atenciones en salud de nivel primario de población que no cotizó. Sobre esto existe ya bastante jurisprudencia.

Las fuentes como rentas cedidas, aportes SOAT, impuesto social a las armas y recursos para cubrir las atenciones derivadas de accidentes de tránsito de personas sin seguro, fuentes que vienen en agotamiento o disminución (ver tabla 2.) y que requieren una propuesta legal de fondo ya sea reforma tributaria territorial o disposición de fuente específica nacional.

Gráfico 2. Variación recursos administrados ADRES TRIM I 2023-2024. Evolución del gasto público en salud ALC 2000-2019

G VARIACIÓN RECURSOS ADMINISTRADOS ADRES TRIM I 2023-2024



Fuente: Informes ADRES 2024.

La función de financiamiento refleja el arreglo institucional del Sistema, es decir al reemplazar el aseguramiento actual por un aseguramiento social, las funciones esenciales del aseguramiento como son: “la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en el plan de beneficios en Salud.”

El PL no define con claridad cómo o quién es el responsable de estas funciones, en particular del riesgo primario (que corresponde a la organización de la atención de los afiliados al SGSSS según los riesgos epidemiológicos y la gestión de dichos riesgos) elemento esencial para los procesos de auditoría a cargo de las Gestoras y la determinación de procedencia de pago o glosa de una cuenta médica.

Dejar estas obligaciones, funciones y actividades como funciones a “coordinar, acompañar o trabajar en conjunto” no es pertinente cuando se requiere establecer consecuencias legales en términos del incumplimiento o la no garantía del derecho. No contar con un marco legal robusto en la operación del Sistema de Salud para defender el derecho a la salud se considera un error que puede costar no solo enormes recursos sino también muchas vidas.

## COMENTARIOS Y/O MODIFICACIONES AL ARTICULADO

## ¿GENERA GASTOS ADICIONALES?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

VALORACIÓN DEL GASTO. En caso de ser afirmativa la respuesta de generación de gastos. Indique ese gasto adicional a que corresponde.

Pueden ser atendidas por el Presupuesto del Sector, de no serlo, indicar cuál

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**IMPACTO DEL PROYECTO** (Señalar con X la opción adecuada)

Apoya la iniciativa legislativa: (POR FAVOR NO RESPONDER SI SE APOYA O NO LA INICIATIVA LEGISLATIVA)

NO  \_\_\_\_\_

SI \_\_\_\_\_

TOTAL \_\_\_\_\_

PARCIAL: \_\_\_\_\_

PROPOSICIONES PARA LOS ARTÍCULOS:

\_\_\_\_\_

SE ADJUNTA PROPOSICIONES SUGERIDAS:

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

Cordialmente,


**GERSON ORLANDO BERMONT GALAVIS**

Secretario Distrital de Salud.

C.C.: Claudia Marcela Numa Páez - Secretaría Distrital de Hacienda - [radicacionhaciendabogota@shd.gov.co](mailto:radicacionhaciendabogota@shd.gov.co)

Proyecto: Jenny Romero Ortiz – Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud

Angela Gualdrón - Nathalia Ocampo DAEPDSS

Diana Sofía Río Oliveros – Subdirectora de Determinantes en Salud

Diana Marcela Walteros Acero – Subdirectora Vigilancia en Salud Pública

Juan de Jesús Patiño González - Subdirección de Acciones Colectivas  
 Dilson Ríos/ Melba Tarazona – Profesionales Especializados Dirección de Calidad de Servicios de Salud  
 Edizabeth Ramírez -Gf ODSS- Natalia Baquero- Líder GF Modelo- Dirección de Provisión de Servicios de Salud  
 José Darío Téllez Cifuentes – Abogado Oficina de Asuntos Jurídicos  
 Elkin Jwiseb, Huertas Carrasquilla – Subdirector Territorial Red Centro Oriente  
**Consolidó:** German A. Sterling (AgilSalud) – Contratista OAJ  
**Revisó:** Yiyola Yamile Peña Ríos – Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud  
 Eliana Ivont Hurtado Sepúlveda .- Directora de Calidad de Servicios de Salud  
 Patricia Eugenia Molano Builes – Directora de Acciones Colectivas  
 Manuel Alejandro Godoy Cubillos – Director DAEPDSS  
 Fernando Peña Díaz- Director Provisión de Servicios de Salud  
 Alejandra Taborda Restrepo – Directora de Participación Social, Gestión Territorial y Transectorialidad (E)  
**Aprobó:** Luis Alexander Moscoso Osorio – Subsecretario de Servicios de Salud y Aseguramiento  
 Liliانا Sofía Cepeda Amaris – Subsecretaria de Planeación y Gestión Sectorial   
 Julián Alfredo Fernández Niño - Subsecretario de Salud Pública  
 Alejandra Taborda Restrepo – Subsecretaría de Gestión Territorial, Participación y Servicio a la Ciudadanía  
 Melissa Triana Luna – Jefe Oficina de Asuntos Jurídicos.