

1.1
Bogotá D.C.

Honorable Representante
OSCAR DE JESÚS HURTADO
Comisión Séptima Constitucional Permanente
CONGRESO DE LA REPÚBLICA
Carrera 7 No. 8 – 68 Edificio Nuevo del Congreso
Bogotá, D.C.

Asunto: Consideraciones del Ministerio de Hacienda y Crédito Público frente al texto de ponencia para primer debate al Proyecto de Ley No. 001 de 2017 Cámara *"Por medio de la cual se crea el Programa de Tamizaje Neonatal en Colombia"*.

Respetado Presidente:

De manera atenta, me permito presentar los comentarios y consideraciones del Ministerio de Hacienda y Crédito Público frente al texto de ponencia para primer debate al Proyecto de Ley del asunto, en los siguientes términos:

El proyecto de ley referenciado en el asunto, de iniciativa parlamentaria, tiene por objeto "regular y ampliar la práctica del tamizaje neonatal en Colombia mediante la detección temprana de ceguera y sordera congénitas y mediante la utilización, almacenamiento y disposición de la muestra de sangre del recién nacido para detectar tempranamente los errores congénitos del metabolismo y enfermedades que puedan deteriorar la calidad de vida de las personas y otras alteraciones congénitas objeto de tamizaje, que generan enfermedades cuyo diagnóstico temprano permite: su curación o evitar su progresión, secuelas y discapacidad o modificar la calidad o expectativa de vida".

Sea lo primero decir que las Entidades Promotoras de Salud – EPS- son las responsables del recaudo de las cotizaciones de sus afiliados y tienen a su cargo la gestión del riesgo en salud, lo que se traduce en el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Las cotizaciones se constituyen en la principal fuente de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS. Estas financian el principal ingreso de las EPS, el valor de las Unidades de Pago por Capitación – UPC-, las que se reconocen a cada una de las EPS, por cada persona afiliada y beneficiaria. De esta manera, las cotizaciones financian la UPC, a fin de que el sistema, a través de las EPS, cumpla su función principal de aseguramiento en salud, **en sujeción estricta al POS**.

Bajo este esquema se da fiel cumplimiento al mandato constitucional que establece que los recursos de las instituciones de la seguridad social no se podrán destinar ni utilizar para fines distintos a ella¹. Se asegura que los recursos del SGSSS se destinen a los servicios y tecnologías de la salud cubiertas para la atención del servicio público de salud. No en vano existen disposiciones legales como el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011² que establece que los recursos para la atención en salud no podrán usarse para adquirir activos fijos, ni en actividades distintas a la prestación de servicios de salud. Del mismo modo, este esquema permite dar cumplimiento a las consagraciones constitucionales referentes a la forma en que deberá garantizarse la seguridad social en salud bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

¹ Art. 48 C.P.

² Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

De la aplicación del principio de la solidaridad se derivan varias implicaciones de suma importancia para la real y efectiva garantía de la seguridad social, una de ellas, expuesta en palabras de la Corte Constitucional, es “...*que todos los partícipes de este sistema deben contribuir a su sostenibilidad, equidad y eficiencia, lo cual explica que sus miembros deban en general cotizar, no sólo para poder recibir los distintos beneficios, sino además para preservar el sistema en su conjunto...*”³. La solidaridad así vista permite entender que las cotizaciones se convierten en la principal fuente de financiación del SGSSS y, así, de los servicios y tecnologías incluidos en el POS, a partir del reconocimiento del valor de la UPC.

Ahora bien, el Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS en ejercicio de las funciones conferidas por el Decreto 2562 de 2012⁴, dentro de las cuales se encuentra definir y actualizar el POS y definir el valor de la UPC de cada régimen, incluyó en el POS la prestación de servicios y tecnologías para atender las facetas de promoción, prevención, paliación, atención de las enfermedades y rehabilitación de las secuelas de la población colombiana, dentro de ellas las personas que van desde la etapa neonatal hasta los seis (6) años⁵.

La competencia ejercida sobre el particular por el MSPS tiene fundamento constitucional y legal. Desde la expedición de la Ley 100 de 1993⁶ ha sido preocupación del legislador las entidades que participan e interactúan al interior del SGSSS, especialmente en el proceso de inclusión de servicios y tecnologías en salud dentro del POS y su financiación, conforme a la cláusula constitucional que consagra que la seguridad social se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado. Desde el texto original de la ley en mención quedó establecida esta competencia en cabeza del MSPS, la Superintendencia Nacional de Salud y el otrora Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud⁷, entidad esta última quien fuera la encargada de definir la UPC hasta la entrada en vigencia de la Ley 1122 de 2007⁸ que creó la Comisión de Regulación en Salud, entidad que en su remplazo le fue encomendada la definición y modificación de los Planes Obligatorios de Salud hasta el año 2012, fecha en la que se ordenó su supresión y se ordenó el traslado de estas funciones al MSPS.

Por su parte, es importante resaltar que de conformidad con la Ley 100 de 1993, la UPC se establecerá de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico, los costos de prestación y la tecnología media disponible, las condiciones financieras del sistema, su financiación y estudios técnicos respectivos⁹. Su definición debe consultar además el equilibrio financiero del sistema de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo, en cualquier caso compatibles con el Marco Fiscal de Mediano Plazo¹⁰. Así, pues, la UPC responde a un análisis técnico y actuarial que contrasta la población objetivo y los servicios y tecnologías con cobertura en salud.

Es por lo anterior que esta Cartera, sin perjuicio de la competencia del Congreso de la República de hacer las leyes, no comparte la inclusión de servicios y tecnologías en salud mediante leyes, tal como se pretende hacer mediante el proyecto de ley del asunto, en tanto esta práctica disiente de la filosofía del SGSSS que implica la ejecución de dicha

³ sentencia C- 126 de 2000

⁴ Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se crea una Comisión Asesora y se dictan otras disposiciones

⁵ De acuerdo con los artículos 76, 77 y 80 de la Resolución 5521 de 2013 “Por la cual se define, aclara y actualiza el Plan Obligatorio de Salud (POS)”, el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS cubre las tecnologías en salud descritas expresamente en esta norma para (i) la atención en salud ambulatoria o con internación, por la especialidad médica que sea necesaria, durante el proceso de gestación, parto y puerperio en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, (ii) la atención mediante programas para la detección temprana de alteraciones de la agudeza visual, auditiva y alteraciones del embarazo con el fin de favorecer la identificación oportuna de la enfermedad, el diagnóstico precoz, el tratamiento adecuado y la reducción de los daños en salud causados por eventos no detectados oportunamente, (iii) la atención en salud bucal y la aplicación del biológico según el esquema del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), (iv) la atención de morbilidad neonatal que se requiera desde el momento del nacimiento y hasta el mes de nacido, con el fin de atender integralmente cualquier contingencia de salud, incluyendo lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla con la finalidad del servicio y según el criterio del médico tratante, entre otras atenciones y servicios.

⁶ Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones

⁷ At. 155 Ley 100 de 1993

⁸ por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

⁹ Arts. 162 y 182 de la Ley 100 de 1993

¹⁰ Art. 7 Ley 1122 de 2007.

labor a través de una entidad técnica como el MSPS, en razón a los criterios que deben tenerse en cuenta para su inclusión, el análisis que esto supone y los componentes que se encuentran en juego como la sostenibilidad del sistema articulada bajo un esquema de prestación que comprende la participación de los particulares y la solidaridad en su financiación. Luego es imperioso preservar la coherencia del sistema y respeto por las instituciones que han sido creadas precisamente para hacer efectiva la prestación del servicio de la seguridad social.

En esa línea apuntó la Ley 1751 de 2015 «Ley Estatutaria de Salud» (LES) al consagrar por definición del sistema de salud *“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”*. El legislador estatutario consciente del modelo de seguridad social, lo erigió en unos principios que no son negociables, pues comprenden la garantía implícita de ese derecho. La competencia del MSPS enfrenta responsabilidades con el sistema en este sentido.

Actualmente, esas responsabilidades en el marco del «sistema» buscan garantizar el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías sobre un concepto integral de la salud. Así, el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 dispuso reglas importantes para delimitar el contenido del derecho a la salud, lo cual fue avalado por la Corte Constitucional bajo el entendido de que precisamente corresponde al legislador estatutario fijar límites a los derechos fundamentales¹¹, en este sentido consagra que los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta por criterios: (i) Que tenga como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas; (ii) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica; (iii) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; (iv) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; (v) Que se encuentren en fase de experimentación; y (vi) Que tengan que ser prestados en el exterior.

Si bien la norma dispone que el derecho se garantizará desde una concepción integral de la salud, precisa que bajo ninguna circunstancia podrán utilizarse los recursos públicos para financiar servicios y tecnologías que, de acuerdo con los criterios allí definidos, deban ser excluidas explícitamente. De tal forma que las prestaciones que se excluyan materializarán los límites del derecho, pues los usuarios del Sistema no podrán reclamar la prestación de dichos servicios con cargo a los recursos públicos de la salud.

Asimismo, con el fin de garantizar una decisión participativa, técnica, científica, incluyente y legítima para establecer lo que debe ser asegurado por el Sistema, la LES dispuso que: **(i) el listado de exclusiones debe ser definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, después de haber adelantado un procedimiento técnico-científico, público, colectivo, participativo y transparente, en el que se debe garantizar la participación de expertos independientes, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la exclusión. (ii) En sentido similar, dispuso que la ampliación progresiva de los beneficios en salud se debe realizar a través de un mecanismo que defina el legislador, que debe ser técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente.**

Con el fin de dar cumplimiento a la norma citada, la LES dispuso adicionalmente que el Ministerio de Salud y Protección Social tendría hasta dos años para su implementación, dentro de los cuales podría desarrollar el mecanismo técnico, participativo y transparente para excluir servicios o tecnologías en salud.

¹¹ Sentencia C-313 de 2014.

Así, mediante la Resolución 330 del 14 de febrero de 2017¹², el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó el procedimiento técnico – científico participativo, de carácter público, colectivo y transparente para la aplicación de los criterios de exclusión definidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, con el fin de construir y actualizar periódicamente la lista de tecnologías que no serían financiadas con recursos públicos asignados a la salud. De acuerdo con dicha Resolución, el procedimiento se debe desarrollar en cuatro (4) fases: 1. Nominación y priorización, 2. Análisis técnico- científico, 3. Consulta a pacientes potencialmente afectados, 4. Adopción y publicación de las decisiones. Este procedimiento técnico-científico ya se encuentra avanzado, pues a principios del mes de junio se dio inicio a la tercera fase.¹³

Con estos elementos presentes, resulta acertado sostener que el Sistema de Salud se encuentra actualmente en una etapa de transición hacia el nuevo plan de beneficios, mediante la cual se pretendió garantizar que la comunidad científica, los expertos, los profesionales en salud, los ciudadanos en general y los pacientes en especial, puedan participar de forma transparente y pública en la toma de decisiones que inciden en el contenido y alcance del derecho a la salud.

En este nuevo sistema, la adopción de medidas aisladas en materia de inclusiones o exclusiones implica un claro desconocimiento de la Ley Estatutaria en Salud. Así las cosas, la expedición de una ley ordinaria por parte del Congreso de la República que ordena la financiación de tratamientos a tamizaje neonatal con recursos públicos resulta contraria a los postulados de la Ley Estatutaria de Salud.

La voluntad del legislador estatutario frente a la protección del servicio de salud fue la de adoptar un modelo de servicios y tecnologías excluidos, de manera que se financia con cargo a los recursos públicos lo que no esté excluido. Este modelo junto con el procedimiento de exclusión y la competencia de dicho proceder por parte del MSPS fue declarado exequible y considerado expresamente materia "estatutaria" por la Corte Constitucional, lo que le otorga a dicho contenido una jerarquía por encima de las leyes ordinarias de acuerdo con la jurisprudencia de la Corte Constitucional¹⁴.

Al respecto, cabe reiterar que la Ley 1751 de 2015, regula asuntos que hacen parte del núcleo esencial del derecho fundamental a la salud y que por lo tanto tienen reserva de ley estatutaria.¹⁵ En ese sentido, comoquiera que el artículo 15 de la LES regula materias estatutarias, su contenido constituye un referente constitucional que debe ser observado de forma obligatoria por el legislador ordinario. Por lo tanto, la violación de la norma estatutaria implica, a su vez, la transgresión de la Constitución.

Así las cosas, el proyecto de ley resulta contrario a los mandatos del legislador estatutario definidos en el artículo 15 de la LES. Ciertamente, al ampliar directamente los beneficios en materia de tamizaje neonatal se desconocen las reglas estatutarias sobre competencia y procedimiento en materia de exclusiones y ampliación de servicios y tecnologías en salud.

¹² Por la cual se adopta el procedimiento técnico-científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías que no podrán ser financiados con recursos públicos asignados a la salud y se establecen otras disposiciones

¹³ De acuerdo con información publicada en el Boletín de Prensa No. 084 del 5 de junio de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social.

¹⁴ En la sentencia C – 313 de 2014 con ponencia del Magistrado Gabriel Eduardo Mendoza Martelo la Corte Constitucional al realizar el estudio particular sobre el artículo 15 del Proyecto de Ley Estatutaria No. 209 de 2013 Senado y 267 Cámara, que culminó con la expedición de la Ley 1751 de 2015 consideró "...Esta disposición al establecer importantes restricciones al acceso a un derecho fundamental, claramente es propia del resorte del legislador estatutario..."

Ahora bien, respecto de la naturaleza de las Leyes Estatutarias, la alta Corporación en Sentencia C-748 de 2011 señaló "...Las Leyes Estatutarias constituyen un tipo de leyes de especial jerarquía, que tienen como fin esencial salvaguardar la entidad de las materias que regula, que son: los derechos y deberes fundamentales (...) materias éstas que comportan una importancia cardinal para el desarrollo de los artículos 1 y 2 de la Carta, pues su regulación especial garantiza la vigencia de principios básicos constitucionales y propende por la consecución de los fines esenciales del Estado..."

¹⁵ Este artículo que además fue declarado exequible, salvo la última parte del inciso 4 que fue declarado inexecutable y que por lo tanto no ha sido citado en el presente escrito.

Ahora bien, el procedimiento técnico científico de carácter público, colectivo, participativo y transparente que debe realizarse, no sólo para establecer el listado de exclusiones sino para ampliar progresivamente los beneficios, es un elemento estructural del derecho fundamental, pues la LES estableció que este deberá agotarse para poder delimitar el contenido del plan de beneficios.

Esta disposición tiene una relevancia especial que ha sido considerada por diferentes instancias a nivel nacional e internacional, como una herramienta necesaria para la garantía efectiva del derecho a la salud. Por ejemplo, en la Observación General No. 14 de 2000 proferida por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU se señaló: *“otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.”*¹⁶

En el plano interno, la Corte Constitucional ha señalado la importancia de garantizar la participación directa y efectiva de la ciudadana en el proceso de definición de los servicios de salud que se financian con recursos públicos. Así lo precisó en la sentencia hito T-760 de 2008, en la que ordenó a la entonces Comisión de Regulación en Salud (CRES) realizar la actualización integral del plan de beneficios y la unificación de los planes de beneficios, garantizando la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud:

*“ 3.3.13. La tercera condición es que los procesos de decisión, elaboración, implementación y evaluación de la política pública permitan la participación democrática. En tal sentido, la jurisprudencia ha considerado **inaceptable constitucionalmente** que exista un plan (i) **“que no abra espacios de participación para las diferentes etapas del plan”**, o (ii) **“que sí brinde espacios, pero éstos sean inocuos y sólo prevean una participación intrascendente.** (...)”*

(...)
*3.3.14. En conclusión, la faceta prestacional y progresiva de un derecho constitucional permite a su titular exigir judicialmente, por lo menos, (1) la existencia de una política pública, (2) orientada a garantizar el goce efectivo del derecho y (3) **que contemple mecanismos de participación de los interesados.** [Subrayas y negrillas fuera del texto original].*

En consideración a lo anterior, la existencia de un procedimiento en el que participen los pacientes, los médicos, los expertos, las asociaciones de profesionales y de usuarios, que sea público y transparente, tiene una relevancia especial que es ignorada por el legislador ordinario al pretender ordenar directamente la financiación del tamizaje neonatal con recursos públicos, sin haberse adelantado el proceso de consulta a la población que tiene el derecho de presentar una opinión, no sólo sobre la exclusión de un beneficio, sino también sobre su ampliación.

La destinación de recursos de la salud para financiar el tamizaje neonatal – dado el costo representativo para el Sistema – es un asunto que definitivamente afecta a los usuarios. Por ello, justamente, la LES les confirió el derecho

¹⁶ Observación General No. 14 de 2000 relativa al “derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, proferida por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El Comité se estableció en 1985 por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas para supervisar el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud se ha referido sobre la importancia de la participación para la promoción de la salud: (...) en 1948, la Constitución de la OMS disponía que «una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital» para el mejoramiento de la salud, aunque fue en el decenio de 1960 y a comienzos de los años setenta cuando empezaron a valorarse cada vez más las ventajas prácticas de la participación de las comunidades en los proyectos sanitarios y su identificación con estos últimos. Diversos proyectos ejecutados en zonas de Guatemala, Níger y la República Unida de Tanzania demostraron que una mayor participación de la comunidad podía aportar beneficios sanitarios para la población. En esos proyectos, la aportación comunitaria facilitó la definición de prioridades programáticas, y los agentes de salud comunitarios asumieron importantes responsabilidades (1). En 1978, la plena participación de la comunidad en la pluridimensional labor de mejora de la salud se convirtió en uno de los pilares del movimiento en pro de la salud para todos. En 1986, la Carta de Ottawa, firmada en la Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, identificó el fortalecimiento de la acción comunitaria como una de las cinco prioridades clave para una promoción proactiva de la salud Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2013 – Investigaciones para una cobertura universal. Capítulo 3: Participación de la comunidad en la salud pública, p. 47

de participar en la toma de esta clase de decisiones que impactan gravemente las finanzas del Sistema y el tránsito hacia la concepción integral de la salud.

En consecuencia, la iniciativa desconoce un elemento estructural del derecho fundamental a la salud, relativo al mecanismo que exige el legislador estatutario para ampliar progresivamente los beneficios en salud y para establecer las prestaciones en salud que serán excluidas.

Así las cosas, no podría el legislador ordinario ahora incluir un servicio o tecnología, pues dicho actuar sería inconstitucional al ir en contravía del procedimiento de dos años para excluir servicios y tecnologías por parte del MSPS, ya que traería por efecto que ese Ministerio no podría con posterioridad ejercer su competencia, haciendo inócuo el objetivo trazado de atención integral de la salud mediante el mecanismo de exclusión previsto en la Ley Estatutaria de Salud. Además, ese proceder es contrario al ordenamiento jurídico superior, pues no responde a criterios técnicos ni consulta los factores que rigen la definición de la UPC, quiebra los principios que cimientan el SGSSS y pone en riesgo su sostenibilidad financiera y la viabilidad en perjuicio de la garantía del derecho fundamental de salud.

En este orden de ideas, esta Cartera considera que el legislador desconoce el artículo 15 de la LES, disposición que hace parte del bloque de constitucionalidad, pues la competencia para definir qué se financia con los recursos públicos de la salud constituye un elemento estructural del derecho fundamental a la salud. Esta tarea fue asignada por la LES al Ministerio de Salud y Protección Social en materia de exclusiones (no al legislador ordinario), y sólo se activa después de haber adelantado un procedimiento técnico-científico de carácter público, colectivo, participativo y transparente.

Por otro lado, respecto al artículo 10 de la iniciativa, que ordena al Gobierno Nacional, a través de los Ministerios de Salud y Protección Social, y Hacienda y Crédito Público, disponer de los recursos requeridos para la implementación del programa de tamizaje neonatal, debe advertirse que este mandato desconoce la Constitución y las normas orgánicas en materia presupuestal.

Si bien es cierto que la Constitución Política y las normas orgánicas de presupuesto reconocen al Congreso de la República como el órgano competente para aprobar el gasto, no se puede desconocer que la decisión del gasto involucra también al Ejecutivo en los diferentes momentos del proceso de elaboración presupuestal, en consonancia con lo dispuesto en el artículo 345 superior, que establece que *"En tiempo de paz no se podrá percibir contribución o impuesto que no figure en el presupuesto de rentas, ni hacer erogación con cargo al Tesoro que no se halle incluida en el de gastos"*, lo cual estará incluido en el presupuesto de rentas y ley de apropiaciones, que por disposición constitucional contendrá la totalidad de los gastos que el Estado pretenda realizar durante la vigencia fiscal respectiva¹⁷.

Lo anterior implica que el Congreso de la República únicamente podrá aprobar aquellos gastos que cuentan con respaldo en una ley anterior, lo cual no puede significar que el Congreso pueda atribuirse competencias que desde la Constitución y las Leyes orgánicas de presupuesto están otorgadas al Ejecutivo. En este sentido, mal haría el Congreso en priorizar el gasto desde una ley, pues como bien lo establece el artículo 39 del Estatuto Orgánico del Presupuesto¹⁸, la priorización de gastos autorizados por leyes preexistentes en la ley anual de presupuesto corresponde al Gobierno. Asimismo, la iniciativa además de entregarle al Congreso competencias que por la Constitución y las normas orgánicas le conceden al Gobierno, se desconoce la autonomía de la que gozan las entidades que hacen parte del Presupuesto

¹⁷ Artículo 347 de la Constitución Política "...El proyecto de ley de apropiaciones deberá contener la totalidad de los gastos que el Estado pretenda realizar durante la vigencia fiscal respectiva. Si los ingresos legalmente autorizados no fueren suficientes para atender los gastos proyectados, el Gobierno propondrá, por separado, ante las mismas comisiones que estudian el proyecto de ley del presupuesto, la creación de nuevas rentas o la modificación de las existentes para financiar el monto de gastos contemplados...".

¹⁸ Decreto 111 de 1996

General de la Nación, que son en últimas las que deciden como ejecutan y comprometen las apropiaciones incorporadas en el presupuesto.

Del mismo modo, los artículos 42 y 43 de la Ley 715 de 2001¹⁹ establecen las competencias de la Nación y de las Entidades Territoriales en materia de salud pública, señalando que corresponde a la Nación la dirección del sector salud en el territorio nacional y, a los departamentos corresponde lo propio en el territorio de su jurisdicción, destacándose dentro de sus funciones específicas "...garantizar la financiación y la prestación de los servicios de laboratorio de salud pública directamente o por contratación..."²⁰

Por su parte la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones para salud se establece en la Ley 1797 de 2016²¹ que establece que "...a partir de la vigencia 2017, los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) para salud se destinará el 10% para cofinanciar las acciones en salud pública; hasta el 80% para el componente de Régimen Subsidiado y el porcentaje restante para la prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda y financiación del subsidio a la oferta..."²²

Como puede advertirse, la financiación de la salud pública es competencia de los departamentos, y el proyecto de ley pretende que un componente de la misma sea asumido por la Nación, lo cual resulta contrario a las normas de naturaleza orgánica que regulan la materia.

Respecto al costo de la iniciativa, en lo que tiene que ver al tamizaje neonatal, se aclara que para estimar el impacto fiscal resultado de aplicar de forma obligatoria este tipo de pruebas, se toma en consideración la información de nacidos vivos en el país y de los posibles costos de las pruebas mencionadas. De acuerdo con la información del DANE, el promedio anual de nacimientos vivos anuales en Colombia, en el período 2010 – 2016 ha sido de 661 mil neonatos, como se observa en el siguiente cuadro:

Año	Número de Nacimientos por año en Colombia
2010	654.627
2011	665.499
2012	676.835
2013	658.835
2014	669.137
2015	660.999
2016	644.305
Promedio 2010 - 2016	661.462

Fuente: DANE

Según lo previsto en la iniciativa, a todos los colombianos nacidos al año debería aplicárseles la prueba de Tamizaje Neonatal Básico y paulatinamente llegar a pruebas de Tamizaje Ampliado²³.

¹⁹ Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

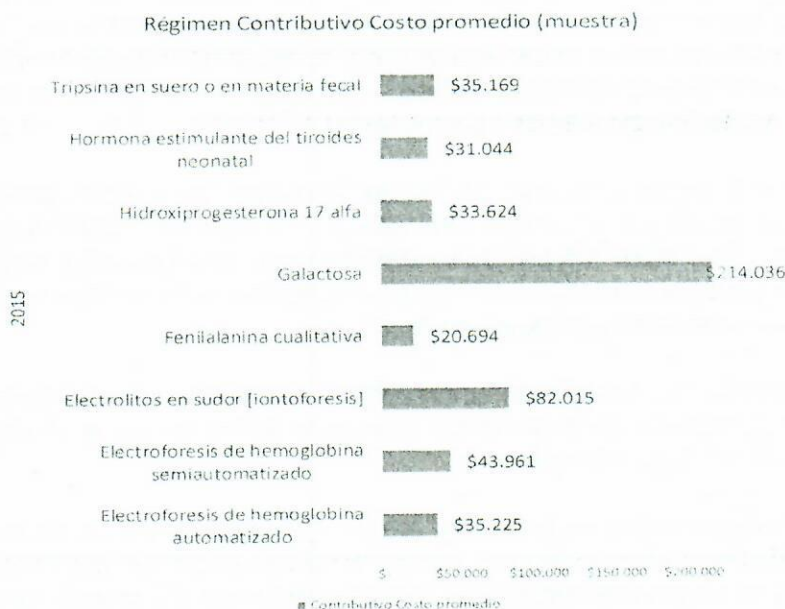
²⁰ Artículo 43.3.2 Ley 715 de 2001.

²¹ Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

²² Artículo 2. Ley 1797 de 2016

²³ Se destaca, que el proyecto define explícitamente las pruebas que se incluyen en el tamizaje básico haciendo referencia al hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria y galactosemia, fibrosis quística, hiperplasia suprarrenal congénita, déficit de biotinidasa y defectos de la hemoglobina. Adicionalmente define el tamizaje ampliado como aquel que además de las pruebas del tamizaje básico debe incorporar pruebas sobre enfermedades de los aminoácidos, enfermedades de los ácidos orgánicos y desórdenes de la beta oxidación de los ácidos grasos, entre 33 enfermedades que según el proyecto se detectan con estas pruebas.

Con el fin de determinar el orden de magnitud del costo de las diferentes pruebas de tamizaje, se presenta el precio promedio para algunas de estas pruebas individualmente, contenidas en la información de suficiencia del año 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, con cálculos del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.



Fuente: MSPS Cálculos propios.

Ahora bien, para determinar el impacto del proyecto de ley se toma información del mercado en la ciudad de Bogotá, consultando por correo electrónico y en páginas web a laboratorios especializados (mes agosto 2017) en los que se encuentran los siguientes costos para las pruebas que agrupan pruebas como las anteriores, y más específicamente las que compone el tamizaje básico y el tamizaje ampliado como los define el proyecto de ley:

Estudio mercado Tamizaje neonatal:

Institución – Laboratorio	Tipo de Tamizaje	Precio (\$)
Genplux - Laboratorio de investigación Hormonal (Por escrito)	Básico	208.000
	Ampliado	325.000
	Ampliado (incluye auditivo y visual)	475.000
	Tamizaje auditivo	75.000
	Tamizaje visual	75.000
PreGen (Por escrito - Web)	Básico - Tradicional (sin visual y auditivo)	220.000
	Básico - Tradicional (incluye visual y auditivo)	320.000
	Ampliado (incluye auditivo y visual)	455.000
	Tamizaje auditivo	50.000
	Tamizaje visual	50.000

Como se observa en el cuadro anterior, el tamizaje básico tiene un valor entre \$208.000 y \$220.000, sin incluir tamizaje auditivo y visual. En cuanto al tamizaje visual y auditivo, se presenta un costo entre \$50.000 y \$75.000 cada uno²⁴.

²⁴ ver <http://www.pregencolombia.com/site/pagos-en-linea/>

Cabe resaltar que en la justificación del proyecto de ley se señala que la inversión por niño, entendida como el valor del tamizaje, no supera \$30 mil pesos, valor a todas luces subestimado si se considera que ni siquiera es el costo del tamizaje visual o auditivo. Por su parte, el tamizaje ampliado tiene un precio en el mercado que alcanza \$475.000, incluyendo el tamizaje auditivo y visual.

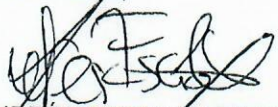
De lo anterior se concluye que en la primera etapa de entrada en vigencia del proyecto de ley, que ordena comenzar con el tamizaje básico aplicado al universo de los recién nacidos, el impacto de la iniciativa, a precios de mercado podría llegar a costar \$137 mil millones al año; mientras que el tamizaje ampliado (junto con el auditivo y el visual), podría costar \$314 mil millones anuales de 2017, tomando como base el número de nacimientos al año según el DANE, que en promedio de los últimos 7 años es de 661 mil niños nacidos.

Finalmente, se destaca un problema en la costo-efectividad de la iniciativa, toda vez que la exposición de motivos resalta que "...Al tamizar anualmente 518.400 neonatos, se podrían detectar unos 50 casos a costo aproximado de \$330 millones por caso...". Es decir, el gasto total de aplicar el tamizaje al universo de neonatos se traduce en detectar menos de una diezmilésima (0.0096%) de recién nacidos con alguna necesidad de tratamiento. Dicho en otras palabras, el nivel de incidencia es fundamental para determinar la conveniencia de destinar gasto público para la aplicación del tamizaje planteado en el proyecto de ley, pues de otra manera se afecta la progresividad de la cobertura de los servicios de salud para toda la población. En esto hace énfasis la Ley Estatutaria de Salud al definir que el sistema debe procurar la mejor utilización social y económica de los recursos, para garantizar el derecho a la salud de toda la población. Concepto que a su vez es concordante con el mecanismo técnico científico referido en dicha ley.

Por ello, en el SGSSS las pruebas de tamizaje se aplican según lo ordenado por el médico tratante a partir de la evaluación que viene realizando al recién nacido desde el momento mismo de la gestación y con el análisis de los antecedentes de parentesco que puedan conducir a ordenar tales pruebas. Es decir, es muy importante encontrar medios alternativos para determinar la procedencia del tamizaje. El tamizaje es susceptible de ser previamente focalizado y ser parte de las rutas de atención que deben definirse dentro de las políticas y modelos de atención integral en salud, dada la existencia de un procedimiento definido a través de Ley 1751 de 2015 para la definición de las patologías a ser incluidas en el plan de salud.

Por las razones antes expuestas, este Ministerio se abstiene de emitir concepto favorable al proyecto de ley en estudio, y, en consecuencia, de manera respetuosa, solicita considerar la posibilidad de su archivo, no sin antes manifestar muy atentamente la voluntad de colaborar con la actividad legislativa.

Cordialmente,



ANDRÉS ESCOBAR ARANGO

Viceministro Técnico

Ministerio de Hacienda y Crédito Público

DGRESS/DGPPN

LDPR/QARO

UJ 2106/17



C.C.: H.R. Maria Margarita Restrepo – Coordinador Ponente - Autor
H.R. Cristóbal Rodríguez Hernández - Ponente
H.R. José Elver Hernández Casas – Ponente

Dr. Víctor Raúl Yepes – Secretario General Comisión Séptima de Cámara de Representantes.

Carrera 8 No. 6 C 38 Bogotá D.C. Colombia

Código Postal 111711

Conmutador (57 1) 381 1700 Fuera de Bogotá 01-8000-910071

atencioncliente@minhacienda.gov.co

www.minhacienda.gov.co