OBSERVACIONES DE LA PROCURADURÍA DELEGADA PARA ASUNTOS DEL TRABAJO Y LA SEGURIDAD SOCIAL AL PROYECTO DE LEY 339 DE 2023 REFORMA A LA SALUD.

La Procuraduría General de la Nación abordará el análisis del articulado del proyecto de Ley de reforma a la salud, desarrollando algunos aspectos centrales de carácter constitucional, legal jurídico, técnico y financiero, para finalmente exponer sus conclusiones respecto de la reestructuración proyectada y desmonte estructural del actual sistema de salud.

El presente estudio se desarrolla principalmente través de cuatro capítulos. El primero “Aspectos Constitucionales, Legales y de Conveniencia de la reforma. “El segundo “Observaciones al Modelo Asistencial y de Aseguramiento en Salud“. El tercer capítulo “Fuentes, Usos y Gestión de los Recursos Financieros del Sistema de Salud“, y por último, un “Esquema Comparativo de las Funciones de las EPS con lo Propuesto por el Proyecto de Ley”.

La reforma a la salud que inicia su trámite en el Congreso de la República ha sido objeto de un examen detallado por parte de la comunidad científica y académica, de diferentes actores del sector, de expertos en salud y también de las diferentes asociaciones de usuarios, compartiendo todos, profundas observaciones jurídicas, técnicas, administrativas, financieras, de falta de garantías en los derechos a la salud e identificando desaciertos regresivos en el articulado, cuyo análisis exige un debate responsable y participativo en el legislativo.

La Procuraduría, como garante de los derechos fundamentales y representante de los ciudadanos, cumple con el deber constitucional y legal de informar al legislativo, al gobierno, a los diferentes actores del sistema y a la ciudadanía en general, las inconsistencias y retrocesos encontrados en el contenido del proyecto de reforma respecto de los conceptos de no regresividad, progresividad, constitucionalidad, pertinencia y utilidad de la reestructuración del actual sistema de salud tal como está planteado, entre otros temas relevantes.

El actual sistema de seguridad social en Salud creado por la Ley 100 de 1993, y desarrollado por las Leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011, entre otras, crean la estructura del sistema y en particular las Empresas Promotoras de Salud, que tienen dentro de sus funciones el aseguramiento en salud. Estas Entidades Promotoras de Salud son las responsables de la administración del riesgo financiero, de la gestión del riesgo en salud, de la articulación de los servicios que garanticen el acceso efectivo a la prestación de los servicios de salud y de la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores, sin perjuicio de la autonomía del usuario.

Lo anterior significa que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y garantice el acceso a los servicios y tecnologías previstos en el Plan de Beneficios en Salud, financiado principalmente con la Unidad de pago por capitación (UPC) que

corresponde al valor anual que se reconoce a las EPS por cada uno de los afiliados al sistema a cargo de ellas.

Con la afiliación al Sistema e inscripción en una EPS los usuarios tienen derecho a acceder de manera integral y continua a la Prestación de los Servicios de salud que requieran, incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, el cual contempla servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, con lo que se garantiza el derecho fundamental a la salud.

El actual sistema de salud ha venido fortaleciéndose a partir de 1993 y la salud se ha consolidado como un derecho fundamental autónomo de conformidad con los diferentes postulados jurisprudenciales judiciales, en especial la Sentencia T-760 de 2008 y la posterior expedición de la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de la Salud. Esto contribuye a interacciones institucionales eficientes y a la adquisición de innovación de nuevas tecnologías, avances científicos, eficiencia del gasto pese a circunstancias que tornan muchas veces insuficiente la UPC.

La actual garantía estatal del derecho fundamental a la salud se materializa a través de la articulación del sector público con las capacidades de gestión, modernización y eficiencia tecnológica de los actores privados, con la participación de aseguradores y prestadores de servicios de salud públicos, privados y mixtos, logrando una cobertura de afiliación cercana al 99% entre ambos regímenes.

CAPÍTULO I
ASPECTOS CONSTITUCIONALES, LEGALES Y DE CONVENIENCIA DE LA REFORMA.

1. Trámite legislativo de la reforma.

Un punto de debate de la actual reforma a la salud es su mismo trámite, es decir si ésta debe tramitarse como ley Ordinaria o como ley Estatutaria.

El punto de partida consiste en determinar si la reforma presentada desarrolla aspectos estructurales del derecho fundamental a la salud y si involucra aspectos inherentes a su ejercicio y formas de acceso. A partir de ello, corresponderá definir si debe sujetarse a un trámite riguroso con revisión previa por parte de la Corte Constitucional.

El proyecto de Ley presentado por el gobierno nacional modifica el núcleo central del derecho fundamental a la salud en aspectos estructurales como la libre escogencia y movilidad entre entidades aseguradoras (artículo 153 de la Ley 100 de 1993, artículo 3 Ley 1438 de 2011). Regula elementos inherentes a su ejercicio y formas de acceder a los servicios de salud. También plantea cambios esenciales como el fin de las funciones actuales de las EPS en el aseguramiento, sin definir claramente quién asume las mismas sobre todo en lo relacionado con la gestión integral del riesgo en salud. La definición de la ADRES como único pagador. Contempla la gestión de la salud y articulación de los servicios por los Centros de Atención Primaria Integral resolutiva de Salud, denominada CAPIRS y de otras muchas instituciones. Se incluyen modificaciones sustanciales en la destinación de parte de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (recursos parafiscales y Sistema General de Participaciones).

Concluir que el trámite de proyecto de reforma es de Ley ordinaria porque modifica la Ley 100 de 1993, norma de carácter también ordinario, no resuelve el debate, dado que para el momento de su trámite legislativo, la salud era un derecho económico, social y cultural. El momento legislativo relevante es la expedición de la Ley 1751 de 2015, de naturaleza estatutaria por determinar y elevar la salud como derecho fundamental.

De otra parte, el artículo 152 de la Constitución Política exige el trámite de ley estatutaria cuando se trata de la regulación del derecho fundamental, pero además, cuando se comprometen los procedimientos y recursos para su protección.

2. Algunas normas que se modifican a través del proyecto:

A. Ley 715 de 2015 de 2001- Ley orgánica del Sistema General de Participación- Los artículos 34, 35, 36, 37 y 38 de la reforma a la Salud modifican disposiciones de la Ley 715 de 2001 "*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*".

Se pretenden modificar normas de naturaleza orgánica con una ley ordinaria. Lo anterior contraría lo establecido en los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política. Desarrollados en el artículo 206 de la Ley 5 de 1992.

La Sentencia C-432-2017 refiere la definición de las leyes orgánicas y su reserva consagrada en el art. 151 de la Constitución Nacional. Al respecto pueden consultarse también las Sentencias C-052 de 2015*, M.P J*orge Ignacio Pretelt Chaljub. y C-133 del 29 de febrero de 2012. M.P. Gabriel Eduardo Mendoza.

B. Artículos de la reforma que modifican códigos, adicionan competencias y sustituyen la Constitución Política.

El artículo 119 del proyecto de reforma, adiciona una función al Consejo Superior de la Judicatura:

"*Artículo 119. Acceso expedito a los servicios de salud. La Superintendencia Nacional de Salud, el Consejo Superior de la Judicatura y el Ministerio de Justicia y del Derecho, implementarán conjuntamente estrategias que permitan la descongestión en el acceso a los servicios de salud, a partir de los mecanismos administrativos que se adopten para hacer explícito el acceso al Sistema de Salud*…"

Observación: Las funciones constitucionales del Consejo Superior de la judicatura están consagradas en los artículos 256 y 257 de la Constitución.

C. Disposiciones de la reforma que desconocen el principio de Unidad de Materia.

Régimen Disciplinario y Sancionatorio.

El artículo 137 de la reforma establece el Régimen Disciplinario y Sancionatorio. El título no corresponde con su contenido. El Régimen Disciplinario y

Sancionatorio tiene por objeto definir las sanciones penales y **disciplinarias a las entidades públicas, privadas y mixtas** que prestan servicios de salud hospitalarios o ambulatorios(…)

Observación: Las personas jurídicas no son objeto de sanciones disciplinarias.

Los artículos 138 al 142 del proyecto de reforma de la salud, modifican el régimen disciplinario consagrado en la Ley 1952 de 2019, violando la unidad de materia dispuesta para todas las leyes.

Estos artículos violarían el principio de unidad de materia consagrado en el artículo 158 de la Constitución en los siguientes términos "***todo proyecto de ley debe referirse a una misma materia y serán inadmisibles las disposiciones o modificaciones que no se relacionen con ella***".

La Corte Constitucional ha destacado que el principio de unidad de materia se traduce en la exigencia de que en toda ley debe existir correspondencia lógica entre el título y su contenido normativo, así como también, una relación de conexidad interna entre las distintas normas que la integran. Sentencia C-133 del 29 de febrero de 2012. MP Gabriel Eduardo Mendoza.

3. El Proyecto modifica las Funciones Jurisdiccionales de la Superintendencia Nacional de Salud:

- La reforma no establece términos para emitir sentencia por parte del juez de la Superintendencia, este aspecto se regularía a partir de las facultades extraordinarias propuestas para el presidente de la República.

- Tampoco define la segunda instancia de la función jurisdiccional. Así mismo, preocupa que no se establecen los jueces con los que la Supersalud compartiría competencia, esto podría ser objeto de revisión por parte de la Corte Constitucional al asignarse funciones jurisdiccionales a las entidades administrativas (art 116 de la CP).

- Elimina una de las actuales competencias, y la de mayor demanda en materia jurisdiccional: el reconocimiento económico por gastos en salud por negligencia, inoportunidad o negativa injustificada en el acceso a los servicios o tecnologías de salud, es decir, cuando los usuarios deben asumir, de su propio bolsillo, los servicios que le han sido negados. Se constituiría criterio de regresividad. ¿Por qué razón las EPS sí son demandables por estas negaciones en el actual sistema y en cambio en el proyecto los actores que asumen los roles de garantes y aseguradores no los son?

- No es clara la competencia de la Supersalud en materia jurisdiccional para resolver procesos por conflictos relacionados con la libre elección y movilidad dentro del Sistema de Salud. Si los ciudadanos van a ser asignados a los CAPIRS con criterios exclusivos de georreferenciación, no existirían instituciones o entidades de afiliación o clínicas y hospitales optativos.

- En el parágrafo primero la reforma establece que La Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar estos asuntos a petición de parte o por medio del sistema de quejas y reclamos. Esto significaría que no se accede a la función jurisdiccional a través de demandas sino de una petición, queja o reclamo, desnaturalizando la función judicial, afectando su natural independencia de las funciones administrativas, confunde el derecho de petición (acción meramente administrativa) con las demandas que activan la administración de justicia. Con todo lo anterior se generaría un riesgo antijurídico para la entidad.

- El parágrafo segundo de la reforma establece que el procedimiento que se desarrollará para el trámite de las funciones jurisdiccionales será el establecido para la acción de tutela Decreto 2591 de 1991, lo cual podría implicar que el juez de la Supersalud se vea abocado a actuar sin rigurosidad técnica y científica, sin un análisis respetuoso de protocolos, evidencia y tecnicismo, teniendo en cuenta que la tutela es una acción de naturaleza constitucional revestida de un gran concepto de informalidad.

- El artículo 118. Desestimación de la personalidad jurídica para la liquidación judicial.

  Consagra la desestimación de la personalidad jurídica de las sociedades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, competencia que tiene actualmente la Superintendencia de Sociedades, de conformidad con al artículo 24 literal d) del Código General del Proceso, que consagró las competencias jurisdiccionales a esta entidad. Esta norma estaría modificando el Código General del Proceso.

4. En lo laboral.

   La reforma al parecer busca crear una nueva figura de servidor público de salud para las Instituciones de Servicios Estatales de Salud (ISES), anteriores (ESEs). Es necesario tener en cuenta lo establecido en el artículo 125 de la Constitución política, sus normas reglamentarias y la Sentencia C 579 del 30 de octubre de 1996 M.P. Hernando Herrera Vergara, que declaró inexequible una categoría diferente pretendida en su momento para los funcionarios de la seguridad social del ISS.

   En el Capítulo XV se desarrolla el régimen y la política laboral de los trabajadores de la salud para las instituciones privadas y mixtas, lo cual debe revisarse a la luz de la normatividad vigente sobre la materia.

5. Normas Inconvenientes:

   A. El artículo 10 de la reforma consagra la creación del Consejo Nacional de Salud, demasiados miembros (40), lo que puede entorpecer la toma de decisiones.

   El parágrafo 3º de esta misma norma consagra que el Ministerio de Salud y Protección Social, definirá un presupuesto de funcionamiento de la secretaría técnica , gastos de honorarios gastos de funcionamiento, desplazamiento y

viáticos lo que genera recursos atribuibles al presupuesto general de la nación, que deben contar con el aval del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

B. El artículo 12 describe las funciones del Consejo Nacional de Salud, y en el parágrafo 1 de la norma se menciona que el Ministerio de Salud y Protección Social puede apartarse de las decisiones del Consejo Nacional de Salud.

Observación: Las consideraciones u observaciones del Consejo Nacional de Salud no serían vinculantes, esto le restaría importancia en el nivel decisorio.

C. Artículos sin plazos definidos de reglamentación o implementación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social:

- **Artículo 79. Organización y Conformación de las Redes Integradas e integrales de Servicios de Salud-**RIISS: Conformación de las redes integradas e integrales de servicios de salud incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos. Tiempos de implementación indefinidos.

- **Artículo 84. Implementación de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud - CAPIRS**. *Las Direcciones Municipales y Distritales de Salud garantizarán mediante la conformación y el desarrollo de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud los servicios básicos de salud, los servicios de apoyo diagnóstico, programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de la participación social en las distintas áreas geográficas del territorio, así como la referencia de pacientes hacia servicios de mediana o alta complejidad.* Tiempos de implementación indefinidos.

- **Artículo 93. Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS)**. *La Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) para las personas, familias y comunidades, se desarrollará por parte de las Instituciones de Salud del Estado ISE, privadas y mixtas.*

- *"Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los servicios diagnósticos que son indispensables en la prestación de la atención básica identificando aquellos servicios clasificados como de mediana complejidad que deban ser reclasificados para lograr la mayor capacidad resolutiva posible en los Centros de Atención Primaria*". Tiempos de implementación indefinidos.

D. Prestaciones económicas. Artículo 101. **Observación**: Este artículo tal como se encuentra redactado, no define que entidad dentro del Sistema de Seguridad Social en salud va a reconocer y pagar las incapacidades por enfermedad de origen común, licencias de maternidad y paternidad. Sólo menciona que el Ministerio de salud y Protección Social definirá las formas de reconocimiento de las prestaciones de la población cotizante. Estos derechos prestacionales y de la seguridad social deben ser claramente especificados en la reforma.

De manera aislada se establece en el artículo 149 de transición que las EPS podrán gestionar las prestaciones económicas de los cotizantes. Pero no se aclara quien va a pagarlas.

E. El artículo 102. Sistema de Información. En desarrollo de lo dispuesto por el artículo 19 de la Ley 1751, se estructurará el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud – SPUIIS, que permita la toma de decisiones en todos los niveles e instancias, los datos abiertos para la gestión integral del Sistema de Salud y la rendición de cuentas. Dicho sistema entrará a operar en un periodo no mayor a un año.

Observación: Es un riesgo que el nuevo modelo inicie su operación sin este sistema, pues sobre él recae toda la toma de decisiones en todos los niveles e instancias y al parecer contendrá todos los datos para la gestión integral del Sistema de Salud, gasto en salud y rendición de cuentas.

CAPÍTULO II
OBSERVACIONES AL MODELO ASISTENCIAL Y DE ASEGURAMIENTO EN SALUD PROPUESTO.

1. **Aportes y Recaudo.** Artículos 22, 25, 26, 28. Se modifica el proceso administrativo de afiliación y recaudo. Estará cargo de ADRES, a través de la Cuenta Única de Recaudo para el Sistema de Salud (CUR). Su función es recibir todos los aportes de cotizaciones en salud en todo el país. Recaudo centralizado.

   Observación: El recaudo no solo contempla la captación del pago por parte del aportante. Actualmente las EPS promueven la afiliación de los ciudadanos y sus familias, se organizan los mecanismos para acceder a los servicios a partir de la afiliación, definen los procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias a las Instituciones Prestadoras.

   Para la gestión de recaudo se prevé un registro electrónico que no existe actualmente. Es necesario que ADRES cuente con la infraestructura tecnológica y administrativa para gestionar de manera centralizada este proceso, y eventualmente, qué recursos y cuánto tiempo, en el marco del proceso de transición, conllevaría adquirir estas capacidades.

   El actual sistema de salud logró una afiliación superior al 99% de la población total, a través de un esquema sistematizado de recaudo según regímenes y naturaleza de los contribuyentes, esta gestión se desmontaría para ser centralizada, no existe criterio de evolución u optimización con la centralización del recaudo propuesta.

2. **Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud-RIISS.** Artículo 76. La prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud – RIISS.

   Observación: No existen estudios, diagnóstico, ni condiciones claras para la participación de las instituciones de servicios de salud privadas en la conformación de estas redes. Qué término se tiene previsto para que la red

pública se posicione dentro de la oferta de servicios? Que estudios técnicos se han adelantado sobre esta estructura. No existe un estudio de capacidad de oferta de servicios de salud a nivel nacional y territorial. la ley debe definir que éste quedará a cargo del Ministerio y también deberá mantenerlo actualizado. La organización y conformación de las redes queda en cabeza de las entidades territoriales, pero no es claro el proceso de habilitación de estas. Si la entidad territorial las crea no puede habilitarlas ya que podría configurarse un conflicto de intereses.

3. **Adscripción de entidades sanitarias privadas y mixtas a las redes integradas e integrales de servicios.** Artículo 77.

   Los servicios habilitados se prestarán de acuerdo con las necesidades y solicitudes del sistema de referencia, bajo el régimen tarifario único, las condiciones para el pago de dichos servicios y la generación de los reportes de información.

   Observación: Fuertes críticas desde lo técnico al sistema tarifario único. La contención del gasto se realizaría a partir de un manual tarifario, la autorregulación médica y el fraccionamiento de la UPC.

   El Manual Tarifario Único puede poner en riesgo la calidad de los servicios prestados por las instituciones en razón a los incentivos económicos que pueden aparecer, se tiene que reconocer la diversidad geográfica. No se reconocen costos en zonas apartadas. También desincentiva la inversión y como consecuencia de ello, estancamiento tecnológico y baja participación de lo privado, haciendo por ejemplo que toda la infraestructura migre hacia los planes voluntarios de salud y mayores gastos de bolsillo.

4. **Organización y Conformación de las Redes Integradas e integrales de Servicios de Salud - RIISS**: Artículo 79. Las entidades departamentales y distritales según corresponda, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, organizarán y conformarán las redes integradas e integrales de servicios de salud incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos.

   Observación: A través de que modalidad de contratación se vincularán a los prestadores privados? La estructura institucional propuesta en la reforma parte del fortalecimiento de la red hospitalaria pública para asumir los servicios de mediana y alta complejidad y la medicina especializada, en cuánto tiempo y con qué recursos se hará esto?

5. **Prestación de servicios médicos asistenciales**. Artículo 80. La reforma define la prestación de servicios médicos asistenciales como los cuidados que incluyen la baja, mediana y alta complejidad, ambulatoria y hospitalaria, con todos sus servicios de apoyo para el diagnóstico y la complementación terapéutica, de rehabilitación y paliación, así como todas las especialidades aprobadas o convalidadas reguladas por el Ministerio de Educación Nacional. La prestación de servicios médicos asistenciales implica los servicios de atención prehospitalaria, de urgencias, el transporte de pacientes y los servicios farmacéuticos, orientados a garantizar el derecho fundamental a la salud.

Observación: Es acertado el concepto de servicio asistencial integral, no obstante, la reforma no incluye estudios de viabilidad operativa que sustenten su propuesta consistente en asignar la gestión de los servicios asistenciales a una serie de actores, cuya articulación parte de cero, sin capacidades técnicas, sujetos a proyectos de fortalecimiento y periodos de transición experimentales, coordinados por instituciones e instancias disímiles, con responsabilidades compartidas y superpuestas que generan dispersión de responsabilidades y pueden llevar a más fragmentación en la prestación de servicios y dificultades en el acceso a la mediana y alta complejidad considerando que la referencia se realiza directamente desde los CAPIRS, sin un sistema de información consolidado de capacidad de las redes.

6. **Adscripción de la población para atención primaria**. Artículos 83.

   Todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un **Centro de atención Primaria Integral Resolutiva en Salud** en función de su lugar de residencia.

   Observación. Se traslada la función de las EPS a estos nuevos actores, los que a su vez asumen parte de la garantía del derecho a la salud y gestión del riesgo. Estos centros parten su funcionamiento desde cero, sin curva de experiencia, sin instrumentos e indicadores claros de medición.

7. **Implementación de los Centros de atención Primaria Integral Resolutiva en Salud – CAPIRS.** Artículo 84. Las Direcciones Municipales y Distritales de Salud garantizarán mediante la **conformación** y el desarrollo de los **Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud** los servicios básicos de salud, los servicios de apoyo diagnóstico, programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de la participación social en las distintas áreas geográficas del territorio, así como la referencia de pacientes hacia servicios de mediana o alta complejidad.

   Observaciones 1: Las funciones atribuidas a los CAPIRS son de gran relevancia en el acceso y el tránsito de los usuarios por los diferentes niveles de atención, sin embargo, la reforma también establece que son las entidades territoriales, los gobiernos locales y concretamente las secretarías de salud quienes asumen la garantía del derecho y conforman los CAPIRS.

   Las Direcciones municipales o distritales han manifestado que no cuentan actualmente con la estructura, la disponibilidad de recursos financieros ni la capacidad administrativa para asumir la garantía del acceso a los servicios de salud. Es necesario cuestionarse acerca de la capacidad de las entidades territoriales para conformar los CAPIRS.

   En los centros urbanos, cada Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (CAPIRS) cubrirá como máximo 25.000.

   La propuesta de reforma no presenta estudio financiero que determine el presupuesto necesario para implementar y sostener estos centros.

   Los CAPIRS serán sede de los programas y equipos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de la participación social. serán el punto de origen obligatorio de las órdenes de referencia para

la atención de la población asignada hacia la red hospitalaria y especializada de mediana y alta complejidad.

También serán responsables de consolidar la información del total de la población a su cargo, en términos demográficos y de estado de salud, para planificar los servicios básicos y las acciones de promoción y prevención. Serán igualmente responsables de la vigilancia epidemiológica sobre la población adscrita al respectivo centro. Gestionarán la referencia de pacientes a la red de mediana y alta complejidad, contarán con modernos sistemas de comunicaciones para lograr el agenciamiento de las necesidades de su población adscrita, con el apoyo de los centros departamentales y distritales de referencia de pacientes.

Observación 2: Gestión del riesgo en salud asignada a este nuevo actor, sin conocimiento y capacidades para realizarla, sujeto a asignación presupuestal y sin indicadores de resultados en salud y administrativos preliminares y posiblemente sobredimensionados. Factores generadores de burocracia y posibles cuellos de botella para el acceso a la mediana y alta complejidad, por lo tanto el actual problema de autorizaciones no quedaría resuelto y podría agravarse.

El articulado no identifica el presupuesto que se invertirá para lograr esta infraestructura. Dependen de modernos sistemas de información hoy inexistentes y del proyectado Sistema Público Único de Información Integral en Salud – SPUIIS. Punto de análisis: No es razonable técnica y presupuestalmente el traslado de funciones a nuevos actores, desechando los sistemas, plataformas e infraestructuras actuales.

Los municipios y distritos definirán la ubicación y responsabilidad poblacional de los Centros de atención Primaria Integral Resolutiva en Salud en el ámbito de su jurisdicción o en la que se acuerde por vía asociativa entre dos o más entidades territoriales, ubicarán la sede y **nombrarán al director del Centro y su equipo profesional y técnico**, condición necesaria para asignar el presupuesto de Atención Primaria de un grupo poblacional.

Observación 3: Manejo de componentes del aseguramiento a cargo de las entidades territoriales y de los gobiernos locales. Otro hecho generador de burocracia. Desaprovechamiento de experiencia y tecnología lograda por cerca de tres décadas.

Consejo de Participación y Seguimiento de la operación de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud. Otro nuevo actor. El Director territorial de salud o su delegado integrará y presidirá este Consejo. Estará conformado por siete (7) miembros, de los cuales cuatro (4) serán designados por las organizaciones sociales y dos (2) por personal de la salud que labore en dichos centros. El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos de conformación, integración y funcionamiento de los mismos.

Observaciones 4: Los CAPIRS serán conformados por los directores territoriales municipales y distritales de salud, nombrarán a su director, y presidirán el consejo de participación y seguimiento que los evalúa, aunque la redacción no es muy clara, pareciera que trata de un consejo por cada CAPIRS, es decir, por municipio y distrito. Posibles estructuras de

ineficiencia, burocracia y conflictos de intereses. No se define plazo para la reglamentación de estos centros y tampoco costos de operación.

Los CAPIRS, conformarán los **Equipos Multidisciplinarios de Salud**. Las diferentes asociaciones y agremiaciones de profesionales de la salud han manifestado que no existe suficiente oferta de profesionales para lograr la conformación de estos equipos en las regiones.

8. **Sistema de referencia y contrarreferencia.** Artículo 86.

(…) *Cuando el paciente opte por recibir servicios médicos básicos distintos a los suministrados por su Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, asignado según su lugar de residencia, y requiera de parte del Sistema de Salud servicios de mayor complejidad, deberá tramitarlos desde el Centro de Atención Primaria que le corresponda por su lugar de residencia.*

Observación: Esta función de gestión de la salud asignada a los CAPIRS no específica en qué casos y cuáles servicios son optativos para el usuario, adicionalmente, si estos centros se financian de un presupuesto que se asigna de acuerdo con la población inscrita en ellos, si el usuario toma los servicios en otra institución ¿cómo se financian o cómo se cruzan los recursos?

9. Proceso Interinstitucional. Artículo 87. *Para garantizar la accesibilidad, integralidad, pertinencia y continuidad de la atención en salud,* ***el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes a través de la red de servicios*** *será un proceso interinstitucional. Cada Institución de salud, deberá mantener en funcionamiento permanente una dependencia de Referencia y Contrarreferencia de pacientes. Toda solicitud de referencia y traslado de pacientes debe ser orientada por estas instancias, que deberán gestionar la consecución del servicio requerido en la institución de mayor complejidad, con el apoyo de la Coordinación Municipal, Distrital o Departamental de la Red de Servicios. Toda contrarreferencia debe ser igualmente dirigida por estas instancias*. (…)

Observaciones:

Según este artículo la responsabilidad de la gestión del escalamiento y tránsito de los pacientes por las instituciones del sistema será asumida por las mismas instituciones prestadoras de servicios de salud con el apoyo de unas nuevas instancias denominadas Coordinación Municipal, Distrital o Departamental de la Red de Servicios, con una estructura regional por número de habitantes. También se crean Coordinaciones Regionales de la Red de Servicios que dependen del Fondo Regional de Salud. No se definen responsabilidades entre los niveles departamental, distrital, municipal, regional. Además existiría una Coordinación Nacional de la Red de Servicios Especiales para suplir las necesidades de atención que superen los limites regionales

Se puede concluir que las secretarías de salud serán las responsables de conformar las redes integrales de servicios de salud, así como los CAPIRS, y adicionalmente asumirán la coordinación del traslado de los usuarios entre clínicas y hospitales de diferentes niveles de complejidad. Esto significa que la gestión de la salud de los usuarios dependerá de la gestión de las

entidades territoriales, direcciones territoriales de salud o secretarías de salud. No obstante, conforme el articulado quien contrata los prestadores es ADRES, lo cual fragmenta la toma de decisiones, la responsabilidad y el manejo de la red.

10. **Funcionamiento, plataforma tecnológica y evaluación de las Coordinaciones de Redes de Servicios.** Artículo 88, 89, 90 y 91.

Observación: Estos artículos crean la estructura de la coordinación de las redes a nivel territorial, regional y nacional. Establecen sus funciones, su conformación, las plataformas tecnológicas que requieren para su operación y sus procesos de seguimiento y evaluación. La Coordinación de las redes de servicios constituye un eje central en la gestión de la salud y en la movilización del paciente por los diferentes niveles de atención. No resulta clara su interacción, se plantea una conformación compleja y se parte de una tecnología inexistente, generándose gran riesgo para la integralidad de las atenciones en salud.

11. **Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS).** Artículo 93. se desarrollará por parte de las Instituciones de Salud del Estado ISE, privadas y mixtas.

    Observación: No se tiene certeza ni diagnóstico de la participación de las instituciones privadas en las redes integrales e integradas de servicios de salud RIISS. No se conoce estudio técnico que así lo determine, ni cómo será la forma de contratación, si se contratará a toda la red o a cada prestador. ¿Si es a toda la red, bajo qué figura de asociación de los prestadores y cómo será la organización interna de las redes para su articulación?

12. **Servicios médico-asistenciales de baja complejidad**. Artículo 94. Serán dirigidos y prestados por equipos de profesionales, técnicos y auxiliares de los **Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud** de los municipios y distritos.

    Observación: La reforma plantea que se desarrollará un plan de inversión en CAPIRS a diez años, a fin de contar, como mínimo, con un centro por cada 20.000 habitantes, El artículo 83 define que en los centros urbanos, cada CAPIRS cubrirá como máximo 25.000 habitantes.

    Entre tanto transcurren los diez años, se desconoce quién asumirá las funciones de aseguramiento de los CAPIRS en las regiones en donde no se logren implementar de manera inmediata. Será la Nueva EPS? ¿Cómo asumirá el sistema esa gradualidad? ¿Se trataría de una transición de 10 años? Esta propuesta resulta inconsistente, débil y riesgosa.

    Este artículo también prevé que:

    (…) *Los Centros de Atención Primaria deberán integrar progresivamente en sus instalaciones los servicios diagnósticos de mediana complejidad y la interconsulta con especialistas en línea.*

Observación: Los CAPIRS están previstos como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, y a su vez como instancias de las secretarías de salud con funciones de gestión administrativa. Estas son responsabilidades prestacionales y de aseguramiento en entidades sin experiencia.

13. **Servicios ambulatorios y hospitalarios especializados.** Artículo 95. El artículo describe los servicios ambulatorios y hospitalarios especializados de las instituciones prestadoras de salud debidamente habilitadas.

    Observación: Este es un tema asociado a la participación de los prestadores de servicios privados en la conformación de redes integrales de servicios. Se ha definido la expedición de un Manual Tarifario Único para el sistema, esto podría afectar dicha participación.

14. **Servicios de mediana y alta complejidad.** Artículo 96. (…) Estos servicios desarrollarán los programas domiciliarios de atención, el monitoreo a distancia de pacientes y los servicios de hospitalización domiciliaria, a fin de garantizar la continuidad e integralidad del manejo del paciente.

    Observaciones: No existe diagnóstico sobre la capacidad en los territorios para el cumplimiento de estas funciones. También es un tema asociado a la conformación de redes en el que debe analizarse detenidamente la participación de los prestadores privados sujetos a un Manual Tarifario único y el mismo alcance de servicios de mediana y alta complejidad de tipo domiciliario (IPS de 2º, 3º y 4º nivel).

    En cuanto a que los departamentos y distritos deberán formular un plan decenal de inversión y desarrollo de Hospitales públicos a fin de garantizar la oferta de los servicios de mediana complejidad y contar, como mínimo, con un centro hospitalario público con servicios de mediana complejidad por cada 100.000 habitantes o fracción menor, se observa que este es otro artículo en el que tácitamente se reconoce la falta de infraestructura hospitalaria pública. Otro periodo de transición decenal. No se conocen estudios financieros, de viabilidad técnica y de presupuesto que se hayan efectuado para esta propuesta.

Conclusiones del modelo prestacional propuesto:

1. La reforma no incluye estudios de viabilidad, científicos y técnicos que permitan sustentar, en términos de costo eficiencia, que el modelo propuesto es necesario, conveniente, viable, sostenible y progresivo para los ciudadanos.
2. No identifica cuál es la optimización operativa lograda a partir del desmonte de la estructura del actual sistema y de la territorialización y dispersión de roles y responsabilidades.
3. No se propone un modelo asistencial integrado y administrativo claro, para el usuario.
4. Se crean un gran número de nuevas instancias y entidades responsables de garantizar no solo el acceso, sino el tránsito del paciente por los diferentes niveles de atención, sin procesos claros de articulación e interoperabilidad, sin delimitación de responsabilidades y principalmente sin capacidades tecnológicas, administrativas y presupuestales. Se trata de alrededor de 8 clases de nuevas instancias en los niveles regional, departamental, distrital y municipal que comprenden consejos territoriales de salud, consejos de administración, consejos de planeación y evaluación, fondos regionales, fondos territoriales, unidades

técnicas especializadas, entre otras. Esta nueva estructura generaría gran riesgo de burocracia, de duplicidad de procesos y por ende de barreras de acceso a los servicios de salud.

5. Se proponen procesos que muestran una clara desarticulación entre las instituciones prestadoras encargadas de la Atención primaria en Salud y los prestadores de servicios complementarios, servicios ambulatorios especializados, servicios de mediana y alta complejidad.
6. No se establecen procesos estructurados y articulados entre las acciones de la red de primer nivel con los prestadores de segundo y tercer nivel de atención.
7. El modelo propuesto es experimental porque traslada la administración, articulación y gestión del riesgo de la salud y financiero, es decir el concepto de aseguramiento en salud hoy a cargo de las EPS, a instancias como las Secretarías de Salud, los Centros de Atención Primaria en Salud, las Redes Integradas e Integrales de salud, las clínicas y hospitales, con responsabilidades compartidas, sin claridad en los roles, sin reglas claras de interacción de unas con otras, sin instancias de coordinación y seguimiento, todo lo cual afectaría gravemente el servicio y sin figuras responsables claras a las que los usuarios puedan exigir el cumplimiento del goce efectivo de su derecho a la salud.
8. Se abandona la figura de “asegurador o administrador” identificada por el ciudadano como responsable de su cuidado. Habría total ausencia de representación del ciudadano ante el prestador de servicios de salud. Esto implicaría un retroceso para el usuario pues no es claro ante quien debe acudir en caso de requerir servicios de salud.
9. La gestión del riesgo en salud es asignada entre otras, a los **Centros de Atención Primaria en Salud**, instancias nuevas, sin una estructura definida, sin indicadores de resultados.
10. El articulado no identifica el presupuesto que se invertirá en la creación de los Centros de Atención Primaria en Salud. Dependen de modernos sistemas de información hoy inexistentes y del Sistema Público Único de Información Integral en Salud – SPUIIS cuya implementación es indeterminada por su diseño y costo.
11. Las Secretarías de Salud actualmente no tienen la estructura, la disponibilidad de recursos ni la capacidad técnica, administrativa y jurídica para ser garantes de la prestación de servicios de salud, tampoco para conformar e implementar los CAPIRS.
12. Se prevé que en los centros urbanos, cada Centro de atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (CAPIRS) cubrirá como máximo 25.000 habitantes sin el estudio técnico y financiero que determine el presupuesto necesario para implementar estos centros.
13. La administración y gestión de la interoperabilidad entre redes y la coordinación de referencia y contrarreferencia en los servicios de urgencias en cabeza de las direcciones o secretarías de salud, sin plataformas tecnológicas, puede comprometer gravemente la vida de los usuarios.
14. Se viola la facultad de libre escogencia: Los ciudadanos y sus familias quedarán asignados, sin libertad de elección, a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPIRS) con criterios exclusivos de georreferenciación, impidiendo al usuario optar por otros centros de atención conforme sus necesidades. Pérdida de autonomía para la libre elección en el proceso de búsqueda de la atención de salud dentro de la red por parte del ciudadano. Esto involucra riesgo de inconstitucionalidad.
15. Identificamos que los CAPIRS asumen gran parte de las funciones de aseguramiento que hoy tienen las EPS. Estos centros, no son claramente definidos en la reforma, son instancias nuevas, conformadas por las Secretarías de Salud, sin evidencia sobre su efectividad y sin estudios de costos sobre su sostenibilidad, y lo más grave, con periodo de creación total a nivel nación en un

periodo de diez años. Los CAPIRS están contemplados para garantizar los bienes y servicios para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y también harán gestión de caracterización y gestión de riesgo. Con este traslado de funciones se desconocen los avances logrados por el actual sistema en la materia.

No existe estudio financiero y de costos de inversión para implementar estos centros. Se contempla su creación en diez años. Podíamos hablar entonces de una transición de 10 años? Cuál es la regla de progresividad aplicada? Quien atendería entre tanto a la población? coexistirían los dos modelos?

16. Los CAPIRS están contemplados para garantizar los bienes y servicios para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y también harán gestión de caracterización y gestión de riesgo. Con este traslado de funciones se desconocen los avances logrados por el actual sistema en la materia.
17. Los CAPIRS, conformarán los **Equipos Multidisciplinarios de Salud**. Las diferentes asociaciones y agremiaciones de profesionales de la salud han manifestado que no existe suficiente oferta de profesionales, principalmente en los territorios para lograr la conformación de estos equipos en las regiones. Lo previsto en la reforma no soluciona nada al respecto.
18. También los hospitales públicos y en general las instituciones prestadoras de servicios de salud asumen gran responsabilidad en la gestión de la salud de los ciudadanos, no solo en lo asistencial, sino en el traslado a otros niveles de atención. Actualmente estas instituciones no tienen estas capacidades, y es previsible que no la puedan adquirir en el corto o mediano plazo, bajo el esquema de mancomunar riesgo de 20 mil habitantes en un modelo territorial,
19. No existen estudios, diagnóstico, ni condiciones claras para la participación de las instituciones de servicios de salud privadas en la conformación de estas redes. No hay término previsto para que la red pública se fortalezca y se posicione dentro de la oferta de servicios.
20. Se equiparan modelos y conceptos diferentes aunque complementarios, como la Atención Primaria en Salud con el Primer Nivel de Atención.
21. La reforma no incluye modelos de atención para tratamientos de pacientes crónicos y de enfermedades catastróficas o de alto costo.
22. Se pretende estatizar la innovación y los avances tecnológicos obtenidos por el sector privado al preverse traslado de tecnología al aseguramiento social.
23. Desaparece la portabilidad porque se requiere inscripción en los diferentes entes territoriales para garantizar la continuidad.
24. En efecto, la Atención Primaria en Salud debe ser un enfoque central del sistema, pero no se explican técnicamente las razones por las cuales se considera que el desmonte del actual sistema permitiría solucionar los factores debilitantes, por el contrario se desmonta la estructura, no se propone una solución sostenible y responsable que permita superar la limitación de disponibilidad de profesionales de la salud en los territorios.
25. La estructura propuesta en la reforma no prevé mecanismos claros de dispensación de medicamentos, articulación con operadores logísticos y farmacias.
26. El proceso de transición no está reglamentado con la suficiente solidez y claridad, esto puede involucrar la salud y la vida de miles de pacientes. Deben analizarse detenidamente las facultades extraordinarias propuestas para regular este aspecto, dado que la transición es un aspecto de principal interés para la Corte Constitucional al estudiar las modificaciones al núcleo esencial de los derechos fundamentales, como lo es la salud.

27. Preocupan estrategias como la subrogación de contratos por quien asuma la gestión del riesgo al momento de la expedición de la ley, como medida que busca garantizar la continuidad de los tratamientos.
28. No se comprende el proceso de territorialización de las EPS propuesto. Esta es una estrategia incierta en lo que respecta a la participación de entidades con riesgo de desaparecer. Muchas dudas en la operación en el proceso de concentración en ciertos territorios, aún más cuando se menciona que las entidades territoriales podrán establecer figuras de asociación, lo cual lo hace optativo y no obligatorio, y sin unificación de criterios para hacerlo.
29. La reforma no define que entidad dentro del Sistema de Seguridad Social en salud, va a pagar las incapacidades por enfermedad, maternidad, paternidad o invalidez derivada de la enfermedad general. Si va a estar a cargo de ADRES exigiría que esta entidad haga la respectiva reserva técnica e inversión de la misma para poder solventar esos pagos.
30. La Nueva EPS se convierte en el instrumento central de la transición pues contratará los CAPIRS, facilitará su infraestructura, conformará redes, recepcionará y asignará gran parte de la población en los territorios.
31. No se incluyen modelos de auditoría de calidad, Indicadores de gestión y de cuentas para garantizar el cumplimiento de las actividades contratadas en el marco del SOGC. Estos sistemas de medición si existen en el modelo actual.
32. Se busca experimentar con la transformación y el desmonte sin evidencia, esto puede aumentar el uso y costo de los Planes complementarios de Salud y de pólizas de salud e inducir el gasto de bolsillo de las familias.
33. Las asociaciones científicas, académicas y de profesionales de la salud han manifestado que los médicos y las demás profesiones de la salud en servicio social obligatorio son insuficientes para conformar los EMIT propuestos. No existe estrategia para garantizar que los profesionales que cursan programas de especialistas se desplacen a zonas apartadas. Se desconoce la articulación con los objetivos del sistema nacional de residencias médicas y la autonomía universitaria, dado que las prácticas formativas en lugares sin infraestructura, ni supervisión docente, no son viables.
34. No se conocen las fuentes de financiación para la sostenibilidad en el largo plazo de la formalización de los trabajadores de la salud.
35. El artículo 134, plantea comités de autorregulación médica en las IPS, en las cuales se incluyen otros profesionales, comités de temas financieros, y otros más, vulnerando el principio mismo de la autorregulación que debe ser por pares profesionales.

CAPÍTULO III

FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD.

1. **Fuentes de recursos del sistema:** Artículo 19. Integra los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones y aportes y del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con los recursos fiscales del orden nacional y territorial.

Observación: La reforma omite el cálculo utilizado para determinar los costos de la Atención Primaria en Salud, del plan de fortalecimiento de la red pública hospitalaria, de la creación y el equipamiento de los CAPIRS, de los sistemas de información proyectados, del esfuerzo fiscal complementario, de los extra costos de la reestructuración de la ADRES y de las Direcciones o Secretarías Territoriales de salud, honorarios y viáticos de miembros de consejos entre otros.

Llama la atención lo dispuesto en el artículo 150, que condiciona la implementación de la Ley a la disponibilidad presupuestal y al marco fiscal de mediano y largo plazo. Este aspecto debe quedar sujeto a revisión constitucional conforme lo previsto en el artículo 334 de la Constitución Política: "*en ninguna circunstancia, autoridad alguna de naturaleza administrativa, legislativa o judicial, podrá invocar la sostenibilidad fiscal para menoscabar los derechos fundamentales, restringir su alcance o negar su protección efectiva*".

Al no estar identificado el costo total del sistema propuesto, se desconoce si éste acata la regla fiscal. Debe analizarse el Impacto Fiscal. La viabilidad financiera debería ser parte del documento de reforma. La Ley 1473 **de** 2011 define la regla fiscal como "*aquel mecanismo **que** ordena al Estado **colombiano** medir sus gastos estructurales, los cuales no pueden superar al ingreso estructural en un monto **que** exceda la meta anual del balance estructural establecid*o".

Existen muchos interrogantes de tipo financiero: No existen cifras con fuentes específicas de inversión para el fortalecimiento de hospitales públicos. Se desconoce cuál va a ser el presupuesto destinado para el saneamiento de la deuda con estos hospitales. Se desconoce cuánto va a costar el SPUIIS. No se presenta la planeación económica para la creación de los Consejos Nacional y Territoriales de Salud, ni con que infraestructura se cuenta para implementar los CAPIRS. ¿Se cuenta con transferencias privadas? ¿Cuánto cuestan los 800 CAPIRS para los municipios que no tienen centros de salud? Se pregunta si existe concertación con el Ministerio de Hacienda. Cuánto costará la capitalización de Nueva EPS?, entre muchos otros interrogantes.

2. **Fondo Único Público de Salud. Artículo 21**. Este Fondo está constituido por un conjunto de cuentas del Sistema de Salud y será administrado por la **ADRES**.

3. **Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES.** Artículo 22**.** La ADRES tendrá dentro de sus funciones:

(…)

a. Realizar los pagos, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud de acuerdo con el ordenador de gasto competente y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema, que en todo caso optimice el flujo de recursos.

Observación: La reforma debe precisar claramente respecto de que fuentes y recursos va a asumir la ordenación del gasto. El concepto de ordenación del gasto corresponde a la facultad de ejecutar presupuesto asignado, la viabilidad, conducencia y legalidad de ejecución, entre otros aspectos sustanciales en la ejecución de recursos públicos. La duda recae sobre la ejecución de las transferencias de los parafiscales, entre otros, desde el Fondo único a los Fondos Territoriales.

A partir del año 2012 se logró superar la problemática que representaba el no tener unidad de caja el interior del FOSYGA, por cuanto algunas subcuentas eran deficitarias y otras superavitarias. Hoy la ADRES se maneja bajo este principio de unidad de caja para un manejo más eficiente de los recursos, exceptuando los que provienen de las entidades territoriales, por lo que volver a la división por cuentas es un retroceso.

b. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos.

Observación: El proyecto no precisa en que consisten las acciones de verificación que corresponderán a la ADRES, o si se trata de auditorías de cuentas médicas. Debe aclararse la estructura de auditoría centralizada y en el nivel regional y territorial.

c. Realizar los contratos para garantizar en el nivel nacional y a nivel desconcentrado, la gestión de los recursos, el sistema de pagos y la auditoria de las cuentas. Su régimen de contratación se regirá por el derecho privado.

Observación: Debe aclararse si tal como está descrito, la ADRES asumiría la gestión del riesgo financiero del sistema. También las razones que fundamentan su régimen de contratación privado. Sin duda, uno de los aspectos que más llama la atención de la reforma es el sobredimensionamiento de la ADRES, una entidad con capacidades administrativas insuficientes, con deficiencias en la gestión de auditoría con inoportunidad en los pagos, precario relacionamiento con las instituciones prestadoras de servicios de salud, entre otras situaciones. Los giros inoportunos por parte de la ADRES pueden colapsar el sistema.

d. **Cuenta Única de Recaudo a cargo de la Administradora de Recursos de la Salud, ADRES.**

Observación: La ADRES no cuenta actualmente con la infraestructura tecnológica y administrativa para garantizar las nuevas funciones asignadas en esta reforma. No se conoce el proceso de reestructuración de la entidad y la provisión presupuestal proyectada para garantizar su eficiencia. No se presentan estudios técnicos y financieros para la desconcentración a través de Fondos Territoriales. Se desconoce el costo calculado en el presupuesto general de la nación. Esta estructura resulta eficiente de cara al costo financiero?

4. **Administración de recursos por parte de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud.** Artículo 24.

La ADRES tendría dentro de sus funciones de administración realizar los giros de las asignaciones, administrar los recursos parafiscales del orden nacional y los recursos provenientes de las cotizaciones para la seguridad social en salud correspondientes a salarios de los empleados o trabajadores dependientes, los recursos provenientes de las cotizaciones a la seguridad social en salud de los trabajadores por cuenta propia o trabajadores independientes y rentistas de

capital y los recursos provenientes de las cotizaciones de los pensionados entre otras.

Observación: Pese a que se enuncian los recursos que serán objeto de administración por parte de ADRES, no respecto de todos se determina de manera clara su aplicación, transferencias, inclusión en las cuentas del Fondo único entre otros aspectos necesarios para hacer transparente su manejo.

5. **Cotizaciones.** Artículo 26. Las cotizaciones del sistema de salud serán las previstas en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993 y demás normas que la modifiquen, sustituyan o adicionen, en el entendido que ellas corresponderán al nuevo Sistema de Salud.

Copagos y cuotas moderadoras. Este artículo expone que por regla general los copagos son barreras de acceso a los servicios, es decir se desmontan los copagos y las cuotas moderadoras, excepto por los tratamientos hospitalarios y especializados no ordenados por los CAPIRS y los servicios prestados en el marco de la atención de una urgencia vital.

Observación: No se define con que recursos se sustituirá esta fuente de financiamiento. El recorrido por el articulado permite observar que se prevé un nuevo sistema de salud, no la evolución del anterior, lo que significa que sí se sustituye, reestructura y redefine el actual sistema.

6. **Cuentas y recursos administradas por la ADRES**. Artículo 29. *La Entidad de Administración de Recursos de la Salud - ADRES, tiene las siguientes cuentas:*

1. *Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS)*
2. *Fortalecimiento Red Pública para la Equidad.*

Además de las cuentas administradas por la ADRES, le corresponde administrar los siguientes recursos:

1. *Los destinados al control de problemas y enfermedades de interés en Salud Pública*
2. *Los destinados a formación en Salud*
3. *Las prestaciones económicas de los cotizantes*
4. *Los de destinación específica que a la fecha de expedición de la presente ley venía administrando con destinación especifica.*

Observación: La reforma no desarrolla la ejecución de éstos recursos adicionales administrados por la ADRES.

7. **Distribución de los recursos en las cuentas administradas por la ADRES.** Artículo 30. Las fuentes y usos de las cuentas administradas por la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES son:

1. Cuenta Atención Primaria Integral en Salud.

1.1. Fuentes

- *Sistema General de Participaciones: 90% de los recursos para salud con destino a los municipios y distritos. El criterio de distribución será exclusivamente poblacional.*

- *Aportes de trabajadores y empresas destinados a solidaridad, equivalentes a 1,5 puntos de la cotización en salud.*
- *Recursos propios de municipios y distritos, incluido Coljuegos municipal, que actualmente financian el Régimen Subsidiado.*
- *Recursos destinados a la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud de la población migrante y otras poblaciones especiales que destinen la nación u organismos internacionales, distribuidos a los municipios para la atención de estas poblaciones, de acuerdo con los criterios establecidos por las instituciones que aportan los recursos.*
- *Aportes del Presupuesto Nacional para el fomento de la Atención Primaria.*
- *Otros recursos que se orienten a la Atención Primaria en Salud*

1.2. Usos

Los recursos de la Cuenta de Atención Primaria Integral en Salud se ejecutarán por giro directo mensual de la ADRES a los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos. Se destinarán a:

- *La financiación de los servicios de atención primaria, comprendiendo la atención básica en salud, la operación de los equipos extramurales de atención domiciliaria y la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.*
- *Los recursos de solidaridad serán presupuestados por el Ministerio de Salud con destino a los municipios y distritos para cofinanciar la Atención Primaria con criterio de equidad y serán girados por la Administradora de Recursos de Salud, ADRES, de acuerdo a la distribución específica que se decida, tomando en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud y los criterios establecidos en la presente ley.*
- *Soluciones de transporte para garantizar, sin barrera alguna, la oferta activa de servicios básicos de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos extramurales.*
- *El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente ley.*

Observación: La reforma debe identificar todas las fuentes de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y como se integrarán a las dos cuentas del FUPS, entre otros los recursos parafiscales, enunciando cuál será su régimen de transferencias a los fondos territoriales, las competencias en su ejecución y cuáles van a ser contabilizados sin situación de fondos.

2. Cuenta Fortalecimiento Red pública para la equidad.

2.1. Fuentes

- *Rentas cedidas a las entidades territoriales y otras de destinación específica para salud. Estos recursos territoriales únicamente serán contabilizados en esta subcuenta del Fondo con base en la información que presenten las entidades territoriales respectivas.*
- *Otros aportes departamentales y distritales dedicados a fortalecer la prestación de servicios en las Instituciones Sanitarias Estatales, que destinen los departamentos al fortalecimiento de la red pública. Estos recursos territoriales únicamente serán contabilizados en esta*

cuenta del Fondo, con base en la información que presenten las entidades territoriales respectivas.

- *Recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la Oferta en el nivel Departamental, que serán transferidos por el Ministerio de Hacienda directamente a los Departamentos y Distritos.*
- *Aportes del presupuesto nacional para garantizar el cierre presupuestal de hospitales de mediana y alta complejidad en regiones con población dispersa y menor posibilidad de ingresos por venta de servicios.*

2.2. Usos

- *Aportes presupuestales para funcionamiento de las Instituciones Sanitarias del Estado atendiendo criterios de garantía de la prestación de los servicios, dispersión poblacional, perfil epidemiológico, necesidades de compensación de recursos por baja facturación.*
- *Mantenimiento de la infraestructura hospitalaria con el propósito de mejorar la oferta de servicios hacia las poblaciones con mayores barreras de acceso a los servicios.*
- *El funcionamiento, en departamentos y distritos, de la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo.*

Parágrafo. Los recursos de las cuentas de que trata el presente artículo podrán ser reasignados en el transcurso de la vigencia fiscal, atendiendo las prioridades de la atención en salud, con excepción de los recursos del Sistema General de Participaciones y los provenientes de las cotizaciones obligatorias para el aseguramiento social, con el objeto de garantizar la eficiente asignación de los recursos, el servicio público esencial de salud y el derecho fundamental a la salud. Dicha reasignación será ordenada por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Observación. El proyecto presentado no refiere de manera completa las fuentes y aplicación de financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, los usos y destinación de los recursos, las transferencias desde la ADRES y los proyectos de cofinanciación entre otros.

8. ***Recursos de las entidades territoriales.*** *Artículo 31. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá el marco regulatorio para la operación de la atención Primaria Integral Resolutiva en Salud – APIRS y la ejecución municipal y distrital de los recursos destinados a la misma.*

Observación: La ejecución de los recursos para la APIRS por parte de distritos y municipios debería estar claramente definida desde la ley.

9. **Fondos Territoriales de Salud.** Artículo 33. Serán administrados por las Direcciones Territoriales de Salud. Estarán constituidos por:

1. *Transferencias del Fondo Único Público para la Salud.*

2. *Rentas de destinación específica para la salud de que trata la Ley 1393.*
3. *Los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) determinados por la Ley 715 que les corresponde.*
4. *Los recursos propios de los territorios para el financiamiento de la salud.*

Observación: Para el debate, la reforma debe identificar de manera completa los recursos que administrarán y ejecutarán directamente los fondos territoriales, cuáles de ellos se contabilizarán sin situación de fondos y serán objeto de giro directo por la ADRES para pago a instituciones prestadoras de servicios de salud. Qué instancia ejecutará los recursos provenientes del recaudo de cotizaciones, los rendimientos financieros de las diferentes cuentas, los intereses de mora causados sobre los aportes etc, quien o quienes serán los responsables fiscales del manejo de los recursos teniendo en cuenta la parafiscalidad de los mismos etc.

10. **Criterios de asignación para los Fondos Territoriales de Salud**. Artículo 34.

Este artículo adiciona criterios de asignación regionales para los territorios.

Observación: Los criterios para asignar los recursos del FUPS administrado por la ADRES a los Fondos Territoriales serán las mismas utilizadas para el Sistema General de Participaciones: La equidad y la rentabilidad social, sin embargo, se incluyen unos criterios de priorización para algunos fondos o territorios que deben ser transparentados sobre todo en la medición de indicadores como (Prevalencia de problemas y enfermedades de interés en salud pública, morbimortalidad y restricciones de acceso a los servicios de salud, mortalidad materna e infantil, cobertura de saneamiento básico y agua potable, Incidencia de emergencias y desastres, oferta de servicios de salud).

11. **Administración y manejo de los recursos de la salud por las entidades territoriales.** *Artículo 35. "Las entidades territoriales, para la administración y manejo de los recursos del Sistema General de Participaciones y de todos los demás recursos destinados al sector salud, deberán organizar un fondo departamental, distrital o municipal de salud, según el caso, que se manejará como una cuenta especial de su presupuesto, separada de las demás rentas de la entidad territorial y con unidad de caja al interior del mismo, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. En ningún caso los recursos destinados a la salud podrán hacer unidad de caja con las demás rentas de la entidad territorial. El manejo contable de los fondos de salud debe regirse por las disposiciones que en tal sentido expida la Contaduría General de la Nación. Los Distritos contarán con un fondo de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, con los recursos de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, diferenciado del fondo para el desarrollo de la red pública hospitalaria y especializada.*

En los fondos departamentales, distritales o municipales de salud deberán contabilizarse todas las rentas nacionales cedidas o transferidas con destinación específica para salud, los recursos libremente asignados para la salud por el ente territorial, la totalidad de los recursos recaudados en el ente territorial respectivo que tengan esta destinación, los recursos provenientes de cofinanciación destinados a salud y en general los destinados a salud, que deban ser ejecutados por la entidad territorial. Los recursos para pagar los Servicios de

salud del Sistema General de Participaciones se contabilizarán sin situación de fondos y tendrán giro directo por la ADRES a los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un programa de asunción gradual de las competencias por parte de las direcciones de salud, para asumir la gestión directa de los recursos para salud provenientes del Sistema General de Participaciones y otras fuentes de financiación de naturaleza solidaria.

Los Fondos Territoriales de Salud tendrán las subcuentas análogas a las del Fondo Único Público para la Salud, que exijan los servicios definidos en el modelo de atención establecido en la presente Ley".

Observación: Debe analizarse si con la asunción gradual de las competencias de las entidades territoriales y de los recursos del SGP, se estaría desmontando estructuralmente este sistema de participación y descentralización previsto en los artículos 356 y 357 de la Constitución Política.

Sólo se estima la contabilidad sin situación de fondos para los recursos del Sistema General de Participaciones.

12. **Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud.** Artículo 36. *Modificatorio del numeral 44.2. de la Ley 715. El numeral 44.2. de la Ley 715 quedará así; "44.2. De Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud. Financiar la Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud, en especial, la atención básica, la promoción de la salud, el control de los factores de riesgo y las acciones requeridas para mejorar los indicadores de salud.*"

Observación: Corresponde al artículo 44 de la Ley 715 de 2001 "*Competencias de los municipios"*. El numeral 44.2 actualmente establece funciones de "*De aseguramiento de la población al Sistema General de Seguridad Social en Salud"* y el cambio es financiar la atención primaria en salud.

13. **Se adiciona una competencia para los departamentos**. Artículo 37. *Modificatorio del artículo 43 de la Ley 715. Adicionar el Numeral 43.2.2. de la ley 715 el cual quedará así: "Los departamentos y distritos financiarán, con los recursos asignados por concepto de participaciones y rentas cedidas y de destinación específica para salud, así como con los recursos propios que asignen, el desarrollo de la red hospitalaria pública para la prestación de servicios de mediana y alta complejidad, la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo; y la ejecución de un plan de salud que integre programas de salud pública, control de factores de riesgo y acciones sobre los determinantes sociales de la salud en el territorio."*

Observación. El artículo 43 de la Ley 715 de 2001 actualmente establece las competencias en salud de los departamentos.

14. **Distribución de los Recursos del Sistema General de Participaciones**. Artículo 38. Modificatorio del artículo 47 de la Ley 715. El artículo 47 de la Ley 715 quedará así: "*Los recursos del Sistema General en Participaciones en Salud se destinarán a la atención primaria en salud y a los programas de salud pública, excepto los recursos destinados a los departamentos*."

Observación: Cambio de destinación de los recursos del Sistema General de Participaciones.

15. **Fondo Departamental y Distrital de Salud**. Artículo 39. (…)

*Las Instituciones de Salud del Estado que prestan **servicios de mediana y alta complejidad**, sin perjuicio de lo dispuesto en el **artículo 31**, recibirán recursos para garantizar su funcionamiento por parte de los respectivos **fondos Departamentales y Distritales de Salud** en proporción inversa a la baja facturación de servicios prestados por razones de dispersión poblacional.*

Observación: Se crean los fondos distritales y departamentales focalizados en el financiamiento de las instituciones de salud que prestan servicios de mediana y alta complejidad. Se pueden entender como sus fuentes de financiamiento los recursos del SGP de los departamentos, pero se omite su régimen de administración y pagos. No se establece su conformación, administración etc.

*16. **Recursos complementarios para financiación de servicios de mediana y alta complejidad**. Artículo 40. El artículo 50 de la Ley 715 quedará así: "ARTÍCULO 50. RECURSOS COMPLEMENTARIOS PARA EL FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD. Los recursos de cofinanciación de la Nación destinados a la atención en salud deberán distribuirse a los fondos regionales de acuerdo con las necesidades de cofinanciación para c**omplementar los aportes per cápita necesarios para las intervenciones de mediana y alta complejidad** en Salud de la totalidad de la población de la región.*

Anualmente la nación establecerá el per cápita para el aseguramiento social en salud para los servicios de mediana y alta complejidad de los fondos regionales para la vigencia siguiente, lo cual deberá reflejarse en la apropiación presentada en el proyecto de Ley de presupuesto."

Observación: No se establece un procedimiento técnico actuarial para definir el per cápita o la cápita de la mediana y alta complejidad. Se prevé un aseguramiento para mediana y alta complejidad a través de una cápita definida anualmente y que deberá ser incluida en la apropiación presentada en el proyecto de Ley de presupuesto. No se establece la forma de financiación para la baja complejidad, que no es lo mismo que la Atención Primaria en Salud y hacer este tipo de diferenciaciones en las formas de financiación puede llevar a más fragmentación en los servicios. Adicionalmente no se establece si la UPC es la única fuente de financiación y por lo tanto desaparecen los presupuestos máximos.

Actualmente el artículo 50 de la Ley 715 establece:

***Recursos complementarios para el financiamiento de los subsidios a la demanda.** Los recursos de cofinanciación de la Nación destinados a la atención en salud de la población pobre mediante subsidios a la demanda, deberán distribuirse entre los entes territoriales de acuerdo a las necesidades de cofinanciación de la afiliación alcanzada en la vigencia anterior, una vez descontados los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud y los recursos propios destinados a financiar la continuidad de cobertura. El monto excedente deberá distribuirse para el financiamiento de la ampliación de cobertura entre los entes territoriales, de acuerdo a los criterios que establezca el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Los recursos distribuidos por*

concepto de ampliación de cobertura para cada ente territorial, no podrán exceder los montos necesarios para alcanzar la cobertura total de la población por atender en dicho territorio, hasta que el total nacional se haya alcanzado. Anualmente, la Nación establecerá la meta de ampliación de cobertura nacional para la vigencia (…)

Observación: Se entiende entonces que los recursos complementarios de cofinanciación (financiamiento de la población pobre) establecidos en el artículo 50 de la Ley 715 de 2001 serán ahora destinados a la mediana y alta complejidad. Cambio de destinación de recursos contemplados en la Ley Orgánica 715 de 2001. Qué estudio técnico de correspondencia o de suficiencia definieron el cálculo inicial y la complementariedad?

FONDOS, CONSEJOS, DIRECCIONES, UNIDADES ZONALES DE PLANEACIÓN Y OTRAS DEPENDENCIAS DEL NIVEL TERRITORIAL QUE SE CREAN CON EL PROYECTO:

- ***Fondo Regional de Salud.*** **Artículo 42**

"El Nivel Regional contará con un Fondo Regional Salud donde se ubicarán presupuestalmente los recursos que se le asignen por parte de la Administradora de Recursos de Salud - ADRES y formarán parte del sistema de cuentas del Fondo Único Público de Salud.

Los recursos de los Fondos Regionales de Salud están constituidos por los recursos asignados por la ADRES, provenientes de la Cuenta Prestaciones Económicas en Salud y la Cuenta Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE), según corresponda, sin situación de fondos y serán administrados por un Consejo Administrador de Salud.

Observación: Cuál es el régimen de estos fondos, qué recursos se transferirán a los fondos territoriales y cuáles a los fondos regionales desde el Fondo Único Público de Salud de la ADRES. A través de estos fondos se desconcentra la ADRES? No es claro si estos Fondos operarán bajo la figura de desconcentración como lo menciona el artículo o descentralización como se puede inferir de la forma de administración y operación.

Consejo Administrador de Salud del Fondo Regional de Salud. Está integrado por representantes de los empleadores, los trabajadores y el sector público en cada región.

Para garantizar la equidad en la protección del riesgo financiero y de salud de los ciudadanos entre las regiones, las cotizaciones obligatorias al Sistema de Salud, financiarán el valor per cápita de la totalidad de los residentes en el país mediante un mecanismo redistributivo de mancomunación de recursos, los cuales se complementarán en la cuantía necesaria con los recursos del Presupuesto General de la Nación a fin de garantizar la plena cobertura de la seguridad social pública y universal.

Observación: Se insiste en que no se tiene soporte técnico y financiero del cálculo del valor per cápita, y por ende, a cuanto corresponderían los recursos complementarios del PGN, incertidumbre fiscal. No se define el régimen para la aplicación y transferencia para las cotizaciones obligatorias al sistema de salud.

- **Consejos de Administración de los Fondos Regionales de Salud**. Artículo 43. El Consejo será responsable del buen manejo de los recursos de la seguridad social en la región. Y tendrá las siguientes funciones: (…)

1. Recomendar los ajustes a la red de servicios de mediana y alta complejidad en la región.
2. Hacer una evaluación trimestral de los servicios prestados.

"El Consejo Administrador del Fondo Regional de Salud estará integrado por tres representantes de los empleadores, tres representantes de los trabajadores, dos representantes del Gobierno Nacional, delegados por los Ministerios de Salud y Protección Social y Hacienda y Crédito Público y un representante de los Gobernadores y Alcaldes Distritales de la Región.

El Consejo Administrador del Fondo Regional de Salud en cada región nombrará al Gerente del Fondo Regional de Salud y este a los respectivos subgerentes del Fondo Regional en cada departamento y distrito, funcionarios de libre nombramiento y remoción que deben cumplir para su posesión los requisitos que establezca el Gobierno Nacional.

Direcciones Departamentales y Distritales de Salud. Artículo 44. Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud tendrán las siguientes funciones:

(…)

- Recaudar los recursos constitutivos del Fondo Territorial de Salud.
- Gestionar los recursos de las cuentas del Fondo Territorial de Salud conforme a las normas para su manejo.

Observación: El manejo de los recursos corresponde a las entidades territoriales. Los Fondos Territoriales de Salud reciben las transferencias del Fondo Único Público de Salud.

- **Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital.** Artículo 45. Organismos o dependencias técnicas desconcentradas para garantizar el manejo técnico de los recursos.

Observación: Las UZPES, las constituyen los departamentos pero son organismos desconcentrados. Cuál es su régimen y como se financiarán?

- **Consejo de Planeación y Evaluación en Salud.** artículo 46. Las Direcciones departamentales y distritales de Salud organizarán un Consejo de Planeación y Evaluación en Salud, encabezado por el director Territorial de Salud, al que asistirán con voz, pero sin voto los directores de las Unidades Zonales de Planificación y Evaluación del respectivo Departamento o Distrito y delegados de las Universidades que deseen participar y que impartan programas académicos de administración en salud y/o salud pública, y delegados de la sociedad civil. Harán parte del mismo, representantes de las organizaciones de la comunidad.

  Observación. ¿Cómo se financian, cuál es su carácter decisorio o vinculante, como se designan sus miembros?

17. **Contratación y autorización de pago de servicios**. artículo 47.

Observación: El Gerente del Fondo Regional de Seguridad Social en Salud, será un funcionario de la ADRES…. PERO el penúltimo párrafo del artículo 43 dice que el Consejo Administrador del Fondo Regional de Salud en cada región nombrará al Gerente del Fondo Regional de Salud y este a los respectivos subgerentes del Fondo Regional en cada departamento y distrito, funcionarios de libre nombramiento y remoción que deben cumplir para su posesión los requisitos que establezca el Gobierno Nacional.

Este artículo también establece que el Fondo Regional de Salud (…) autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones hospitalarias y ambulatorias, públicas, privadas o mixtas, que se integren a la red de servicios del territorio, a las tarifas únicas y obligatorias de prestación de servicios que fije el Gobierno Nacional para el Sistema de Salud.

Observación: En caso de que se adopte un Manual Único Tarifario, debe evaluarse su impacto como medida de contención del gasto con las condiciones geográficas del país y la naturaleza de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Principales observaciones sobre el impacto fiscal, la generación y la administración de los recursos financieros del sistema de salud.

1. Riesgo Fiscal para el país. La reforma no fue presentada con estudios de viabilidad financiera. Existe gran riesgo de que el sistema propuesto sea insostenible presupuestalmente.
2. Se plantea un nivel de gobernanza con costos, la creación de nuevas entidades, aumento de la oferta pública y la construcción de un sistema único de información cuyos costos no están definidos en el documento, impacto fiscal.
3. Incertidumbre presupuestal. Se plantea también una cápita para la mediana y la alta complejidad, cuyo método de cálculo no se establece. Se debe dimensionar la importancia de este aspecto en el cálculo financiero y la sostenibilidad del sistema.
4. No existe una cuenta con fuentes de financiación determinada para el pago de mediana y alta complejidad de servicios de salud prestados por la red privada.
5. Manejo territorializado de los recursos con alrededor de 8 entidades involucradas en la contabilidad, flujo, giro, aplicación, seguimiento y control del presupuesto público de la salud.
6. Se pierde el control de los recursos, se transforma el concepto de aseguramiento financiero trasladándolo a varias entidades, incluidos los prestadores de servicios.
7. Dentro del marco funcional de ADRES no aparece el principio de oportunidad en los giros y pagos. El riesgo de inoperatividad de una ADRES sobredimensionada y con descentralización territorial es alto.
8. No se determina como se sustituirán los recursos por los desmontes de copagos, cuotas moderadoras y por la reducción del valor de la prima SOAT.
9. Criterios indefinidos y poco claros de asignación de recursos por parte de ADRES hacia las entidades territoriales.
10. Estatización de desarrollos empresariales esto es imposible de garantizar.
11. El proyecto no define el control del gasto en salud, excepto por estrategias controversiales como la fragmentación de la UPC, la autorregulación médica y el Manual Tarifario Único.

12. La reforma propuesta no específica un plan básico de servicios y tecnologías en salud y lo que no está incluido en este.
13. No se definen responsabilidades del ciudadano, autocuidado y responsabilidad financiera con el sector.
14. No hay modelo de contratación aplicable al sistema. No se define cómo se van a realizar los convenios y contratos que garanticen la integralidad en el modelo de contratación.
15. La praxis ha permitido concluir la necesidad de implementar auditorías concurrentes para la agilidad en los procesos de revisión de cuentas médicas y la responsabilidad del gasto en salud. Esto no lo prevé la reforma.
16. Se crean Consejos de Planeación y Evaluación en salud, a nivel nacional y territorial, se crean Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud; instancias innecesarias, burocráticas y costosas. Ya existen los Consejos Territoriales de Salud.
17. Los fondos territoriales se agotarán en cualquier momento del segundo semestre de cada año fiscal y será necesario que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público desembolse y transfiera recursos a los fondos territoriales para garantizar la continuidad en la prestación de los servicios médicos.

CAPÍTULO IV

COMPARATIVO DE LAS PRINCIPALES FUNCIONES DE LAS EPS CON LO PROPUESTO POR EL PROYECTO DE LEY.

Proyecto de Ley 339-2023. Consagra lo siguiente en relación con la definición y las funciones de las EPS.	
Proyecto de Ley 339-2023C **Artículo 4° Numeral 21.** **Entidades Promotoras de Salud:** Las entidades promotoras de salud son las entidades públicas, privadas o mixtas que ejercerán actividades de acuerdo a lo que disponga la **presente ley** y su reglamentación. **Artículo 54.** Entidades Promotoras de Salud. Las entidades promotoras de salud que cumplan las disposiciones técnicas que establece está ley y las normas de inspección, vigilancia y control podrán ejercer las siguientes actividades entre otras:	**La ley 100 de 1993** en su artículo 177. Define a Las Entidades Promotoras de Salud como las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de ADRES. Su función básica será **organizar** y **garantizar**, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación a la ADRES, en los términos previstos en el título III de la Ley 100 de 1993. El **artículo 178**. Consagra las funciones de las Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:

1. Crear y administrar Centros de Atención Primaria en Salud de los territorios asignados después de la territorialización dispuesta en esta ley. 2. Administrar los sistemas de referencia y contrarreferencia de las personas vinculadas a sus Centros de Atención Primaria en Salud. 3. Realizar o ejecutar las auditorías contratadas que requiera el Sistema de Salud.	1. Ser delegatarias del Fondo de ADRES para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. 2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social. 3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley. 4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia. 5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios. 6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. 7. Las demás que determine el Ministerio de Salud.
Artículo 149. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud. **Numeral 2**. **Las entidades Promotoras de Salud** que a la fecha de vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, acordarán con base en el reglamento que establezca el Gobierno Nacional, las reglas para la entrega de la población afiliada al nuevo aseguramiento social en salud, la	Funciones que hoy realizan las EPS y que se suprimen a tres actividades en el proyecto de Ley 339 de 2023C de reforma al sistema de salud, asignándoseles a otros actores del sistema lo siguiente: 1. El aseguramiento. 2. Administradoras del PBS 3. Garantizan la prestación del servicio de salud, para el goce efectivo al derecho a la salud. 4. El agenciamiento para los servicios de salud. 5. La gestión del riesgo en salud. 6. Gestión financiera de los recursos. 7. El control de calidad.

cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud. A tal efecto el Gobierno Nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las Entidades Promotoras de Salud al nuevo sistema de aseguramiento social en salud. 3. Las **Entidades Promotoras de Salud** que cumplan los requisitos de habilitación al momento de expedición de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la UPC y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud al nuevo sistema de aseguramiento social del Sistema de Salud. La Administradora de Recursos para la Salud, Adres, efectuará el reconocimiento y giro pago de las Unidades de Pago por Capitación y demás recursos del aseguramiento social en salud. Las reglas del Sistema General de Seguridad Social en Salud serán aplicables a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios hasta por el periodo de transición que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente	8. Control de costos. 9. Gestión de compra inteligente para los servicios de salud. 10. La referencia y la contrarreferencia. 11. Demanda inducida. 12. Entrega de medicamentos e insumos médicos. 13. Gestión de la información. 14. Afiliación. 15. Gestión para el reconocimiento y pago de las incapacidades. 16. Gestión para el reconocimiento y pago de las licencias. Estos roles pasan a ser realizados por los actores Territoriales y los CAP, que no cuentan con la capacidad técnica, ni la experiencia para desarrollar lo planteado en el proyecto de reforma.

un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud. Para la armonización de la operación de transición y evolución de las Entidades Promotoras de Salud con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas: **1**. Para cada hogar todos sus miembros deberán estar afiliados en una misma Entidad Promotora de Salud. **2**. En un territorio donde haya una sola **Entidad Promotora de Salud**, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación. **3**. En los territorios donde no queden **Entidades Promotoras de Salud**, la **Nueva EPS**, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas Entidades Promotoras de Salud con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes podrá asumir los afiliados de Entidades Promotoras de Salud liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados. **6**. A partir de la vigencia de la presente Ley, no habrá autorización de ingreso al Sistema de Salud de nuevas Entidades Promotoras de	

Salud. **7**. Las **Entidades Promotoras de Salud**, durante la transición y evolución posteriormente mediante las formas jurídicas en las que se transformen, que determinen como más funcionales a su operación podrán: • Escindir y especializar sus instituciones de prestación de servicios de baja, mediana y alta complejidad e integrarlas a las redes de atención integrales e integradas. • Organizar y operar los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud - CAPIRS bajo las reglas del Sistema de Salud. • Proveer servicios de gestión de facturas y auditoría durante la transición o bien estructurar firmas auditoras que podrán ser contratadas por el ADRES. • Prestar servicios de información especializados que requiera el Sistema de Salud. • Prestar servicios especializados de asesoría en la organización de los territorios de salud. • Adelantar acciones de salud pública y prestar servicios de equipos de salud del modelo de atención primaria en salud. • Suministrar tecnologías, software y sistemas de información para administrar la atención de la población. • Gestionar las prestaciones económicas de los cotizantes en el Sistema de salud. • Asesorar el desarrollo de los gobiernos corporativos en el Sistema	

de Salud Las Entidades Promotoras de Salud que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios, de acuerdo con el plan de implementación de que trata el presente artículo. Conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social se determinará el proceso. **8**. Se acordará con las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios que así lo acuerden con el Gobierno Nacional, la Administradora de Recursos de la Salud ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las redes integradas e integrales que atenderán a la población adscrita a los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud. **9**. Las Entidades Promotoras de Salud durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan su tránsito a instituciones prestadores de servicios de salud a través de sus redes propias que funcionaban en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud.	

10. Las Entidades Promotoras de Salud podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección social, la Adres o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a la prestación de servicios de salud, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud. Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los Centros de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud- CAPIRIS, los trabajadores que a la vigencia de la presente ley trabajen en las Entidades Promotoras de Salud, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento. A tal efecto, se establecerá una planta de personal de supernumerarios hasta que ello sea necesario, cuyos empleos estarán sujetos al libre nombramiento y remoción y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen	

legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los Centros de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud -CAPIRS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal darán prioridad a la vinculación de este personal, conforme a la reglamentación que al efecto se expida. La Administradora de Recursos de Salud ADRES, está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las Entidades Promotoras de Salud. Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las Entidades Promotoras de Salud hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo sistema de aseguramiento social en salud. **11**. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. CISA podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las entidades promotoras de salud de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y	

en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las entidades promotoras de salud que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.	
Artículo 151. Facultades extraordinarias. Facultase al Presidente de la República por el término de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente Ley para:	Estas facultades no son lo suficientemente claras.

PROYECTO DE LEY No 339 de 2023C **"*Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*"**	
PROYECTO **CAPÍTULO IV** **FUENTES, USOS Y GESTION DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD Artículo 19.** **Artículo 21. Fondo Único Público de Salud.** El Fondo Único Público de Salud, estará constituido por un conjunto de cuentas del Sistema de Salud y será administrado por la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES, cuya inspección, vigilancia y control será competencia de la	**QUE TENEMOS** El giro directo es un mecanismo previsto en la Ley 1438 de 2011 a través del cual el Ministerio de Salud y Protección Social gira directamente los recursos del Régimen Subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) sin que pasen por la Entidad Territorial. De esta manera busca agilizar el flujo de recursos hacia las IPS y así garantizar la continuidad en la prestación de servicios a los afiliados al sistema de salud. Tres son las condiciones indispensables que se deben cumplir para que pueda iniciarse el proceso que da lugar a la adopción de las medidas de Giro Directo a las IPS: En primer lugar, que las cuentas presentadas por éstas tienen hayan sido debidamente aceptadas por la respectiva EPS del Régimen Subsidiado; que la EPS del Régimen Subsidiado haya incurrido en mora y que cada EPS

Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades competentes en la vigilancia de los recursos públicos. **Artículo 33. Fondos Territoriales de Salud.** Los Fondos Territoriales de Salud serán administrados por las Direcciones Territoriales de Salud **Artículo 36.** Modificatorio del numeral 44.2. de la Ley 715. El numeral 44.2. de la Ley 715 quedará así; "44.2. De Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud. Financiar la Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud, en especial, la atención básica, la promoción de la salud, el control de los factores de riesgo y las acciones requeridas para mejorar los indicadores de salud."	haya recibido oportunamente los recursos por parte de las entidades territoriales.
PROPUESTA **Atención Primaria en Salud - Puerta de entrada al sistema.** **Artículo 93. Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS).** La Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) para las personas, familias y comunidades, se desarrollará por parte de las Instituciones de Salud del Estado ISE, privadas y mixtas La puerta de entrada en la propuesta serán los Centros de Atención Primaria en salud que estarían	**QUE TENEMOS** Según la Ley 1438 de 2011, la Atención Primaria en Salud (APS) es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La APS en Colombia: -Es una estrategia que contempla tres componentes integrados e interdependientes: la acción intersectorial / transectorial por la salud, la participación social, comunitaria y ciudadana, y los servicios de salud.

constituidos en todo el territorio nacional. Para atender a toda la población se requieren establecer unos **3.000 centros**. Cada centro atendería a una población de entre **20 a 25 mil personas**. Los Centros se organizan en el territorio. Los habitantes del territorio se registrarían en su Centro de Atención Primaria que estaría constituido por médicos, enfermeras, psicólogos, odontólogos y de más personal de la salud. Los pacientes que requieran atención con especialistas serán remitidos desde el Centro de Atención Primaria a los centros hospitalarios de mediana y alta complejidad, restableciendo el sistema de referencia y contrarreferencia. *Los pacientes no tendrán que hacer los trámites administrativos, estos trámites los asume el Centro de Atención Primaria en Salud que los remite a la red de prestadores de servicios de salud que estarán constituidas por clínicas y hospitales públicos, privados y mixtos. Las **redes integradas e integrales** estarán conformadas por los prestadores de servicios de salud, clínicas, hospitales, centros de ayudas diagnosticas existentes en la región tanto públicos como privados y mixtos. A esas redes se remitirían los pacientes que requieran atención especializada.	- Se ajusta al contexto político, económico y social del país. - Está centrada en los individuos, las familias y las comunidades - Se encuentra orientada a establecer condiciones de materialización del goce efectivo del derecho a la salud y la reducción de inequidades, mediante la atención integral a la salud desde una perspectiva de determinantes sociales y económicos, - No es solo una provisión sectorial de servicios de salud, sino 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. - Hace énfasis en promoción de la salud.
PROPUESTA **SISTEMA PÚBLICO ÚNICO INTEGRADO DE INFORMACIÓN EN SALUD (SPUIIS)**	**QUE TENEMOS** Los Sistemas de Información para el sector Salud son un mecanismo de gestión de sistemas interoperables con datos abiertos que provienen de diferentes fuentes y que se utilizan a través de

Artículo 102. Sistema de Información. El proyecto contempla la creación de un **sistema único de información** que permita el control de los recursos públicos, y que en tiempo real permita el seguimiento de las operaciones financieras y el control social de los recursos de la salud.	herramientas TIC efectivas, para generar información estratégica en beneficio de la salud pública de la población y hace parte de la gestión del riesgo que realizan las EPS, que a su vez es información que reportan al Ministerio de Salud a través de (sispro) Sistema Integral de Información de la Protección Social y (rips) que provee los datos mínimos y básicos que se requieren para hacer seguimiento al Sistema de Prestaciones de Salud.
PROPUESTA **Gobernanza del nuevo sistema de salud** Consejo Nacional de Salud. En los niveles departamental, distrital y municipal será ejercida por las autoridades **territoriales**, en armonía con los respectivos Consejos Territoriales de Salud. **37 integrantes del Consejo Nacional de Salud** El Consejo Nacional de salud será una instancia de dirección del sistema de salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social con **autonomía decisoria** quien tendrá a cargo la concertación de iniciativas en materia de **políticas públicas** de salud, llevar iniciativas normativas, evaluar el sistema de salud y generar informes periódicos sobre el desenvolvimiento del mismo. **40** miembros de los cuales cinco (5) serían del gobierno nacional: el	**QUE TENEMOS** Desde la Ley 715 de 2001 se realizaron ajustes a la Ley 10 de 1990 y a la Ley 100 de 1993 en lo relacionado con el funcionamiento de los servicios de salud desde los territorios y se definieron las funciones de inspección vigilancia y control por parte de los entes territoriales como a las (Secretarías de Salud). Se adicionó un parágrafo al artículo 60 de la Ley 715 de 2001 para que los recursos de las cuentas cedidas destinadas al funcionamiento de las Secretarías de Salud se utilizaran en el pago de las atenciones de salud de la población perteneciente al régimen subsidiado.

ministro de Salud y Protección social quien lo presidiría; el ministro de Hacienda; el ministro del Trabajo; el ministro de Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible y el director nacional de planeación. Tres representantes de las secretarías territoriales de salud y 29 representantes de la sociedad civil. El Superintendente de Salud y el director de la Adres quienes asistirían con voz, pero sin voto. **Consejos Regionales de salud** Se establecerán Consejos Regionales de Salud conformados por departamentos y distritos. Los Consejos Regionales de Salud serán tripartitos: • Un tercio serían delegados del gobierno nacional, departamentales y distritales; • Un tercio delegados de los trabajadores y • El tercio restante delegados de los empresarios de la región. En cada Centro de Atención Primaria en Salud se conformará un Consejo de Participación y Seguimiento de la operación de los Centros de Atención Primaria en Salud, conformado por siete (7) miembros de los cuáles: • Cuatro (4) serán designados por las organizaciones sociales del territorio que cubre el Centro y • Dos (2) por el personal de la salud que labore en el Centro. • Presidirá dicho Consejo el director o secretario de salud del municipio o su delegado.	
PROPUESTA **DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD**	**QUE TENEMOS** Los determinantes sociales, en lo que corresponde al sector, se han venido desarrollando en los Planes decenales de salud pública y la misma Ley

Artículo 5°. **Acción Estatal frente a los determinantes Sociales** de la salud. Para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud el Estado incidirá coordinadamente sobre los Determinantes de Salud, a fin de mejorar las condiciones generales e individuales de vida de los habitantes del territorio nacional; reducir la prevalencia e incidencia de enfermedades y disminuir su carga socio económica; elevar el nivel de la calidad de vida de la población; y alcanzar y preservar la salud en cada territorio Parágrafo. Las acciones correctivas sobre los determinantes de la salud son prioridad del Estado colombiano, se financiarán de manera transversal en los presupuestos de las entidades y se deberán tener en cuenta al momento de realizar la planeación de estas.	estatutaria de Salud 1751 de 2015 se ocupó en el artículo 9°…como un deber sectorial, ya que muchos dependen de diferentes factores, que no necesariamente son responsabilidad del sector salud. Ejemplo el acceso al agua potable, el saneamiento básico, vías entre otros. (pendiente de reglamentación y desarrollo)

Cordialmente,

DIANA MARGARITA OJEDA VISBAL
Procuradora Delegada