

Bogotá D.C., 28 de septiembre de 2020

Honorables Congresistas
Congreso de la República de Colombia
E.S.D.

Ref: Solicitud de archivo del Proyecto de Ley 010 de 2020-Senado de la República

Respetados Congresistas:

Reciban un cordial saludo.

Las organizaciones abajo firmantes, de carácter gremial, sindical, de la sociedad civil, ciudadanas, de diversos movimientos sociales presentes en todas las regiones del territorio nacional, solicitamos a los Honorables Congresistas de la República, el archivo o retiro del Proyecto de Ley 010 de 2020 *“Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del sistema de salud”*.

En primera instancia, el contenido del proyecto de ley no corresponde a lo establecido por la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional, que constituye el desarrollo de la misma, como lo demostramos en el anexo a esta carta. De hecho, el proyecto de ley es contrario al derecho fundamental a la salud y por tanto, al bloque de constitucionalidad. Se constituye en una profundización del negocio de la salud por medio de oligopolios y monopolios de intermediarios financieros; retoma normatividad vigente y fallida, que no ha resuelto los problemas visibilizados por la pandemia, con la profunda crisis de la salud que describe la exposición de motivos de la iniciativa; y otras normas que no han podido ser implementadas por la estructura del modelo de salud, que se fundamenta en la intermediación financiera de las EPS y en la afiliación individual a un pretendido e inexistente sistema de aseguramiento, que obstaculiza las posibilidades de desarrollar un sistema basado en la atención primaria en salud, estrategia adoptada mediante la Ley 1438 de 2011.

En cuanto a los trabajadores y trabajadoras de la salud, lo planteado es una burla a este sector poblacional en momentos de crisis, dado que la iniciativa es irrelevante, solo se ocupa de enunciados exhortativos sin carácter vinculante y recaba sobre normatividad existente, sin resolver los problemas de precarización laboral en los establecimientos públicos y privados del sector.

En lo referente a la red de hospitales públicos, que es la columna vertebral de cualquier sistema de salud en el mundo, junto con la estrategia de atención primaria articulada en redes de prestación de servicio con niveles de atención de mayor complejidad, la iniciativa insiste en modelos privatizadores que no han funcionado en Colombia ni en el mundo. Se ignoran en el proyecto de ley, los determinantes sociales de la salud (medio ambiente, agua potable y saneamiento básico, alimentación saludable y soberanía alimentaria, que se está viendo agravada por el desempleo y la falta de ingresos

asociados a la pandemia, entre otros)¹, que son parte del derecho fundamental a la salud como lo reconoce el bloque de constitucionalidad, ligado a la Observación General N° 14 de Naciones Unidas sobre el derecho a la salud.

El proyecto tampoco asume el problema de las llamadas zonas dispersas donde viven cerca de 22 millones de colombianos y colombianas, donde el modelo ha devenido en un completo fracaso, pues la rentabilidad de los intermediarios financieros que genera la crisis de las instituciones hospitalarias no puede desarrollarse. En estas zonas, más del 70% de nuestros connacionales son del régimen subsidiado, y en muchas de ellas sólo existen hospitales públicos deteriorados. Pretender que la red de atención hospitalaria se mantenga por venta de servicios es realmente delirante y lo único que ha conllevado es a la desaparición de la red pública hospitalaria, dejando a esta población sin alternativas de atención en salud, lo cual ha sido evidenciado en esta pandemia.

De otro lado, el articulado se ocupa de asuntos de la educación de profesionales de la salud, en franca violación del principio constitucional de autonomía universitaria. Por medio de un párrafo, debilita de un plumazo los regímenes especiales en salud que han sido parte de la construcción de alternativas de distintos sectores poblacionales, atendiendo a riesgos laborales, condiciones insalubres de trabajo, y conquistas de las organizaciones de los trabajadores. Este proyecto retrocede, además, en logros que había alcanzado la ciudadanía colombiana para el acceso a servicios de salud, como lo han mostrado los pueblos indígenas; continúa con la desigualdad derivada de la capacidad de pago y aumenta el gasto de bolsillo de los colombianos más pobres con la llamada “contribución solidaria”, mientras disminuye los aportes de los empleadores y protege los cuantiosos recursos públicos de la salud que se quedan en diversos intermediarios del negocio. Recordemos que pese al famoso acuerdo de punto final, a la fecha las EPS y entidades territoriales adeudan 9.6 billones de pesos a los hospitales públicos, según la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos – ACESI.

En suma, el articulado en cuestión no resuelve la profunda crisis de la salud en que venía el sistema actual, que es humanitaria, ética, financiera, de derechos humanos, de salud pública, de transparencia institucional, y profundiza los determinantes de una crisis que ha sido develada por la pandemia, ampliamente vivida, sufrida y conocida por la sociedad colombiana.

Honorables Congresistas, es su deber constitucional servir al pueblo colombiano, que es su elector y detenta la soberanía que ustedes representan; también es su deber ajustar su accionar parlamentario a la Constitución Política, que es la carta rectora de las leyes que ustedes generan en esta corporación. Por esta razón, solicitamos muy respetuosamente se retire o archive este proyecto de ley, que es contrario a las aspiraciones de cambio, que develó la crisis sanitaria que enfrentamos, y es contraria al derecho fundamental a la vida y a la salud de los colombianos y colombianas.

Desde diversas organizaciones ciudadanas, de la sociedad civil, académicas, y movimientos sociales, estamos preparando una propuesta de reforma estructural del sistema de salud, que realmente reglamente la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en la garantía del derecho fundamental a la salud de los Colombianos y Colombianas, y la formalización de los trabajadores y trabajadoras como parte

¹ El Dane reveló a finales de agosto de este año, que una cuarta parte de los hogares colombianos ha tenido que reducir de tres a dos comidas diarias, según los resultados de la 'Encuesta Pulso Social' (EPS), en la que participaron 9.866 personas de 23 ciudades capitales de departamentos y áreas metropolitanas.

constitutiva de este derecho. En su momento, estaremos presentando ante ustedes esta iniciativa, con la esperanza de que el Congreso pueda representar la aspiración de materializar los derechos fundamentales y sociales en nuestro país.

Anexo a carta de solicitud de archivo del proyecto de ley N° 010 de 2020

Análisis del Proyecto de Ley N° 010 de 2020 (Senado) “Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del Sistema de Salud”

Capítulo	Artículo	Análisis
I. Generalidades	1. <i>Objeto:</i> “ajustes” al SGSSS, “desarrollan” Ley 1751/15	<ul style="list-style-type: none"> • El derecho fundamental a la salud no se ha garantizado por el Sistema General de Seguridad Social porque exige demostración de capacidad de pago, clasifica a los ciudadanos en pobres y no pobres, genera barreras de acceso por el predominio de la rentabilidad de los intermediarios y reproduce la matriz de inequidades en salud. Dado que el proyecto de ley en mención sostiene y profundiza el modelo de aseguramiento individual existente, puede decirse que no reglamenta el mandato de la Ley estatutaria en salud (LES) N° 1751 de 2015 que constituye el marco constitucional y legal actual en materia de salud. • El art. 4 de la LES define de manera amplia el sistema de salud que deberá organizar el Estado y no significa que deba sostenerse un sistema de aseguramiento individual como el actual. • En la LES (Sentencia C-313 de 2014) desaparece el concepto de “afiliado”, en tanto se reconoce la salud como un derecho fundamental, que es exigible por cualquier habitante, por el solo hecho de encontrarse en el territorio nacional. • Los ajustes planteados No garantizan la salud como como derecho fundamental. Bajo un modelo de mercado y aseguramiento, ¿Cómo se pretenden desarrollar políticas que intervengan eficazmente aspectos fundamentales como los determinantes sociales, con el fin de reducir las desigualdades sociales y en salud a lo largo del curso de la vida de las personas? • Nos preguntamos si ¿Modelos de aseguramiento son garantes del derecho a la salud en sus componentes de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad? O por el contrario, benefician

		<p>grupos económicos-empresariales que fijan sus redes de atención en algunos sectores de las ciudades o en grupos de ciudades, más NO en todo el territorio nacional, lo que se traduce en barreras de acceso para la población colombiana y peores desenlaces en salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los modelos de aseguramiento de tipo privado tienden a aumentar el gasto público- Caso Estados Unidos, pero países con bajos o medios ingresos como Colombia podrían tener dificultades de incrementar este gasto.
	2. <i>Aplicación:</i> “integrantes” del sistema	Se ratifica y asume que el sistema es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el marco de la ley 100 de 1993 y sus reformas posteriores, la 1122 de 2007, 1438 de 2011.
	3. <i>Funciones esenciales del sistema de salud:</i> “protección de riesgo” y “prestación”	El “riesgo en salud” se confunde con “riesgo financiero” en un modelo de aseguramiento individual como el actual y se pierde la perspectiva de salud pública que piensa la salud de manera integral para toda la población, sin discriminación alguna.
	4. <i>Territorialización del sistema:</i> “interacción entre personas y comunidades con espacios geográficos...”	Este término es un eufemismo. Los territorios no son solo espacios geográficos que ocupan las personas y comunidades. Los sujetos no se relacionan con el espacio, sino construyen territorio históricamente y en conflicto con otros. Los “procesos de territorialización” implican reconocer los conflictos entre “territorialidades” e implica superar inequidades y reconocer diversidades culturales, como ordena la Constitución Política (Nación pluriétnica y multicultural).
	5. <i>Garantía del derecho fundamental a la salud:</i> “proveer un Plan Único de Salud...”	La Sentencia C-313/14 sólo acepta exclusiones explícitas, según el procedimiento establecido en el Art. 15 de la LES. En consecuencia, todo lo que no sea excluido está incluido. Por tanto, la Sentencia, que es la interpretación jurisprudencial de la ley estatutaria en salud, niega de tajo la existencia de un listado de tratamientos y tecnologías para la atención en salud, sea bajo la denominación de POS (Plan Obligatorio de Salud), Plan de Beneficios en Salud (PBS) o cualquier otra denominación que han adoptado los gobiernos colombianos para desconocer el marco legal y constitucional. <ul style="list-style-type: none"> • Se continúa bajo la lógica del aseguramiento. • El proyecto fragmenta la Atención Primaria en Salud - APS y las actividades de promoción y prevención, separando lo individual de lo colectivo, haciendo ineficiente el modelo.

	<p>6. <i>Integrantes del sistema:</i> además de los del SGSSS incluye a las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL).</p>	<p>Reitera el modelo de aseguramiento individual para la cobertura de enfermedad general y riesgos laborales, sin reconocer las limitaciones de este modelo para garantizar el derecho fundamental. Parece ser una integración de los negocios de EPS y ARL (oligopolio), pero no una verdadera integración de los asuntos de salud y riesgos laborales como existe en otros sistemas integrados, como en Costa Rica o Brasil.</p> <p>De acuerdo con el artículo 6 - se contemplaría el derecho fundamental a la salud como la mera atención sanitaria, negando los determinantes sociales como parte fundamental del derecho a la salud. Se continúa bajo el mismo modelo de aseguramiento mediante aseguradoras en salud.</p>
<p>II. Salud Pública</p>	<p>7. <i>Función esencial de la salud pública:</i> planes y políticas para “mantener la salud”, “gestión del riesgo”, “intervención de los determinantes sociales y ambientales” ...</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Como en la Ley 1438/11, el Modelo Integral de Atención en salud (MIAS) y el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), se separa la “salud pública colectiva” de la “salud pública individual”, para dejar la primera en manos de los entes territoriales y la segunda en la función del aseguramiento. Esto supone que el riesgo financiero implica la gestión del riesgo en salud individual, pero sólo ocurre parcialmente en los casos de algunas enfermedades crónicas para disminuir el gasto y aumentar la ganancia del asegurador (modelo Kayser Permanente, de Estados Unidos, importado por EPS Sura). • El proyecto de ley no desarrolla el compromiso de afectar los determinantes sociales de la salud, que son parte constitutiva del Derecho Fundamental a la Salud, conforme a la Observación General N° 14 del Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales de Naciones Unidas (2000), que es parte del bloque de constitucionalidad y se recoge en la Sentencia C-313 de 2014. El PL-010, reduce esto a “comisiones intersectoriales”, sin carácter vinculante, que han resultado ineficaces.
	<p>8. <i>Plan Nacional de Salud Pública:</i> a cargo del MinSalud y cada cinco años. Par.: Comisión Intersectorial en Salud Pública hará “coordinación y seguimiento”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La falta de gobernabilidad del sistema por parte del Estado, como quedó en evidencia en la pandemia de COVID-19, no se resuelve con la formulación del plan cada cinco años. Las metas en salud se cumplen en promedio, sin afectar las inequidades acumuladas. • La Comisión existe desde 2014 (Dec. 859) pero no ha significado afectación de los “determinantes sociales y ambientales” de manera intersectorial. No existe una evaluación profunda de esta instancia.

	<p>9. <i>Plan Básico de Promoción y Prevención y Gestión de riesgos colectivos</i>: “conjunto de acciones a ser cubiertas a nivel nacional y por cada entidad territorial...”; “corresponsabilidad de las AS, soportadas por el perfil epidemiológico y desviación del costo”. Par.: sistema de evaluación del PNSP.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Profundiza la separación de responsabilidades del Estado (en todos sus niveles) de las de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y que han mostrado sus limitaciones frente a la pandemia. Se requiere fortalecer la gobernabilidad estatal del sistema para garantizar el derecho, cumplir las metas de salud pública y superar las inequidades en salud. • Queda en evidencia que las EPS se centran en la idea de “siniestro” y por ello sólo les interesa el perfil epidemiológico según la “desviación del costo”. Esta perspectiva no permite entender las relaciones sociales que deben ser afectadas para construir salud. • La evaluación de las metas se ha hecho por promedios, con datos desactualizados y desde un enfoque tradicional de factores de riesgo y no reconocen inequidades.
	<p>10. <i>Planes territoriales de salud</i>. “Las entidades territoriales tendrán la responsabilidad de caracterizar los principales riesgos epidemiológicos... de forma articulada con las Aseguradoras... definirán acciones y metas... y evaluarán...”</p>	<p>Se responsabiliza a los entes territoriales pero los recursos y el gobierno del sistema está en las EPS. Está demostrado que éstas no “coordinan” con los ET y escasamente responden al Ministerio y a la Superintendencia. Esto quedó demostrado en la pandemia. Los planes territoriales se han convertido en un dechado de propósitos que se distancian de lo que el ente territorial puede hacer con los escasos recursos del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), sin afectar los destinados a la atención individual y que son manejados a su gusto y cálculo de rentabilidad por las EPS.</p> <p>No se hace explícita la participación social de las comunidades en la construcción de estos planes. Se pierde la visión de mediano plazo de la planificación en salud, y no se tiene en cuenta a la ciudadanía en el aporte de soluciones, según el análisis de situación de salud.</p> <p>Se hace necesario incluir enfoques de atención diferencial: intercultural, etnicidad, de género, grupos étnicos, territorial, víctimas y personas desmovilizadas, de manera explícita.</p>
	<p>11. <i>Función de gestión del riesgo en salud</i>. “La gestión integral del riesgo en salud será ejecutada a través del aseguramiento y la salud pública” Los párrafos asignan responsabilidades a los ET, las AS y las ARL y los usuarios. “El cumplimiento o incumplimiento... se</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se insiste en que el asegurador se encarga de la “gestión individual del riesgo” y el ente territorial de la “gestión colectiva del riesgo” y por coordinación se logra la gestión integral. Esto es lo que plantea el MIAS y el MAITE, y no ha funcionado ni hay una evaluación detallada de procesos y resultados en salud de estos modelos. • Incluye información de las ARL, pero no se sabe cómo se integran los servicios de salud ocupacional. • Se castiga a los usuarios, en contra del par. 1 del Art. 10 de la LES (1751/15): “En ningún caso su incumplimiento podrá ser invocado para impedir o

<p>III. Gestión Integral del Riesgo en Salud</p>	<p>reflejará en cuotas moderadoras...”</p>	<p>restringir el acceso oportuno a servicios de salud requeridos”. Por esto, no es admisible castigar a los usuarios por no cumplir deberes de autocuidado, cuando no dependen sólo de su voluntad.</p>
	<p>12. <i>Implementación de la gestión integral del riesgo en salud.</i> Las AS tendrán “un sistema de información y monitoreo del riesgo de los usuarios...”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La LES, art. 19, estipula que se debe establecer un sistema de información público, a cargo del Ministerio de Salud, donde todos los actores deben reportar. Este proyecto deja este sistema de información a cargo de los aseguradores. • La historia clínica debería ser parte de la portabilidad de los derechos de los ciudadanos. • Se habla de un “Sistema Único Interoperable de Información en Salud”, pero está demostrado que en el aseguramiento de competencia regulada actual la información sigue las facturas, no las personas ni sus problemas de salud. • Este artículo solamente señala que las aseguradoras en salud deben contar con un sistema de información y monitoreo del riesgo de los usuarios, desconociendo la interacción con otros sectores.
	<p>13. <i>Agrupador Único Nacional.</i> “... integrar procedimientos a partir de diagnósticos en episodios de atención...”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es un instrumento para avanzar hacia el pago a los prestadores por Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD), pero esto no garantiza que no se traslade del riesgo financiero del asegurador al prestador. No es un manual tarifario. • Este mecanismo atenta contra el principio de la autonomía profesional, (Art. 17, LES), dado que, por una vía administrativa, supedita el acto médico a que exista una unívoca correspondencia entre un solo diagnóstico y un tratamiento, cuando el ejercicio médico no opera así y es más diverso y complejo. “No existen enfermedades sino enfermos” dice la máxima de la medicina clínica. •
	<p>14. <i>Pago de las intervenciones del nivel primario.</i> “...ajustado por las AS al riesgo poblacional y al cumplimiento de las acciones preventivas...”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La lógica de la “alineación de incentivos” supone que con premios y castigos los agentes del mercado, sean EPS o IPS, se portarán bien (“por la plata baila el perro” dice el adagio). Pero se trata de responsabilidades en salud que no deben estar sometidas al cálculo de costo-beneficio (utilidad). • Esto atenta contra el artículo 8 de la LES que establece el principio de la “integralidad” en la prestación de los servicios de salud. Esta mecánica administrativa, indefectiblemente, como ocurre en la actualidad, derivará en fragmentación y negación de servicios de salud.

IV. Aseguramiento	15. <i>Función esencial del aseguramiento.</i> “... representación del afiliado ante el prestador y los demás actores... gestión integral del riesgo ... acceso efectivo ... la gestión de la red de servicios y la administración del riesgo financiero”	Estas funciones debieron ser realizadas las EPS desde la Ley 100 de 1993, pero se puede demostrar que no las han cumplido. No son aseguradoras en sentido estricto porque no asumen el riesgo financiero. Son realmente administradoras privadas de los recursos públicos que se les transfiere como Unidad de Pago por Capitación (UPC), sin verdadero control por parte del Estado y con grandes utilidades. Existen alternativas de pagador único público que puede garantizar mejor el derecho, sin agentes de intermediación financiera, como en Costa Rica o Canadá, con mejores resultados en salud.
	16. <i>Aseguradoras en Salud.</i> “Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) ajustarán su denominación legal a Aseguradoras en Salud (AS) (y) garantizarán el acceso por medio de redes integradas de servicios de salud”.	Es un cambio de nombre, pero es necesario insistir en que estas entidades no son estrictamente hablando “aseguradoras”, porque no asumen el riesgo financiero del aseguramiento comercial. Son administradoras de recursos públicos, tanto parafiscales como fiscales, que se transfieren en la forma de UPC con destinación específica.
	17. <i>Depuración del aseguramiento.</i> La SuperSalud hará “... un plan de depuración del aseguramiento, revocando la habilitación en los casos que corresponda”. Parágrafos definen mecanismos de concentración.	La Superintendencia de Salud ya viene realizando esta “depuración” que no es otra cosa que conformar un oligopolio con empresas más grandes con mayor economía de escala para garantizar la rentabilidad del negocio del aseguramiento. Para que esto se realice, no se requiere este proyecto de ley; se acaba de sancionar la ley 1949 de 2019 de iniciativa gubernamental, que fortalece las capacidades institucionales de la Supersalud; es decir, esta entidad ya tiene la capacidad sancionatoria para controlar las EPS; no obstante, no lo ha hecho.
	18. <i>Régimen único de salud.</i> “Los regímenes contributivo y subsidiado se integrarán, en un periodo de dos años”. “... compensación por maternidad para RS y de contribución solidaria”. Par. 1 y 2, conservan los regímenes especiales, pero podrán trasladarse a RC.	<ul style="list-style-type: none"> • Es contradictorio: si es un régimen único, no debería hablarse de beneficios diferenciados para RS y de “contribución solidaria”. • La posibilidad de traslado de régimen especial a RC es acabar <i>de facto</i> con el primero. • En la LES no existen regímenes diferenciales de salud, porque los derechos fundamentales son igualitarios y universales por principio. • Lo que propone este artículo no es nada nuevo, y no requiere una ley. Éste es un mandato de la Corte Constitucional, por medio de la Sentencia T-760 de 2008, que los gobiernos colombianos debieron cumplir desde hace más de una década.
	19. <i>Unificación del Plan de Beneficios de Salud.</i> “A partir del 1º de enero de 2022 ... Plan Único de Salud –PLUS”	<ul style="list-style-type: none"> • La Sentencia T-760/08 ordenó la igualación de los planes de los regímenes y no se ha logrado porque la UPC es desigual entre RC y RS. • La Sentencia C-313/14 no acepta plan explícito. Solo exclusiones por mecanismo participativo.

	<p>20. <i>Unidad de Pago por Capitación.</i> “un componente fijo, establecido de acuerdo a su riesgo individual y otro componente variable con base en el cumplimiento de resultados en salud”. Par.: ajuste por alto costo y enfermedades huérfanas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esta modalidad de traslado de la UPC se ha querido hacer, pero no se ha podido porque las EPS manejan la información y porque no pueden relacionar los resultados únicamente con su gestión individual del riesgo, pues existen muchas otras condiciones (mal llamados “externalidades”) que generan los “sinistros”. • El ajuste por alto costo y enfermedades huérfanas resulta siendo una protección para las EPS, pues disminuye el riesgo financiero a cargo de los recursos públicos.
	<p>21. <i>Contribución solidaria.</i> Quien pierde el empleo, “...pago de una contribución solidaria de acuerdo con lo que se determine a partir de la encuesta SISBÉN”.</p>	<p>Este es un mecanismo para hacer pagar a los pobres que se queden sin trabajo. Éste parece un principio de solidaridad, que también consideró la ley 100 de 1993, pero aplicado al revés: quienes tienen menos ingresos hacen una “contribución solidaria” para financiar al sistema, mientras se disminuye el aporte de empleadores y se protege a las EPS. Esto es absolutamente regresivo e inaceptable.</p>
	<p>22. <i>Gastos de administración.</i> “...Este porcentaje no podrá superar el 8% de la prima de aseguramiento”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La UPC no es una prima. Es una transferencia de recursos públicos con destinación específica. • Esto fue establecido desde la Ley 100/93 y siempre lo han incumplido. Las EPS debieron separar las cuentas de orden (90% para pago de servicios) y 10% para administración, pero no lo han hecho. ¿Por qué lo harían ahora?
	<p>23. <i>Territorialización del aseguramiento.</i> “... Áreas Territoriales de Salud (ATS) mediante la integración de áreas de confluencia departamental y regional”. Par. 1: “Tamaño mínimo de operación” y repite el pago de las que se van. Par. 2. El MSPS “evitará la presencia de monopolios”. Par. 3: En “zonas territoriales de baja densidad o alta dispersión ... una única AS”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es un mecanismo de conformación de un oligopolio en el que quedarán 10 supuestas “aseguradoras” como grandes emporios económicos integrados con IPS. • En las “zonas de población dispersa” sería una aseguradora única (monopolio privado), siguiendo el modelo Guainía, a pesar de las malas evaluaciones que este modelo ha tenido. • Se debe fortalecer la Entidad territorial como autoridad sanitaria en cuanto a gobernanza, capacidades de planeación y organización de servicios. • En zonas dispersas se debería subsidiar la oferta pública. • El PL pretende la conversión total de hospitales públicos a hospitales administrados por alianzas público-privada y no garantiza el derecho a la salud en estas comunidades
	<p>24. <i>Modelo de Atención.</i> “... se sustentará en la atención primaria integral con enfoque familiar y comunitario... gestión integral del riesgo... rutas integrales de atención... Toda persona</p>	<p>Se pretende que sea una atención integral, pero un médico familiar no basta. Éste se convierte en un “portero” (<i>gate keeper</i>) del asegurador para disminuir costos de atención de los crónicos, como ocurre en el modelo Kaiser Permanente en Estados Unidos, pero realmente no se relaciona con las comunidades en sus territorios, porque el aseguramiento es individual y siempre se ordena por la idea de “sinistros” que trata de no pagar.</p>

	<p>estará adscrito a un prestador primario y a un médico con enfoque de familia y comunidad altamente resolutivo”. Pars.: el enfoque implica interdisciplinariedad y está a cargo de la AS</p>	<p>El proyecto de ley desconoce los avances teórico - metodológicos desarrollados en la política PAIS y el Modelo integral de atención en salud-MIAS y las Rutas integrales de atención (Resolución 3280-2018).</p>
<p>V. Modelo de atención</p>	<p>25. <i>Información actualizada de las redes de servicios de las AS.</i> “... información actualizada del Prestador Primario al cual se encuentra adscrito cada uno de sus afiliados, así como la red integrada de servicios”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se ha intentado muchas veces, pero el asegurador tiende a cambiar los contratos con sus prestadores buscando mejores tarifas y rentabilidad. Con frecuencia se apoyan en la privacidad de la información empresarial para no entregar la información. • Otra tendencia es a la integración comercial o vertical entre EPS-IPS y proveedores de todo tipo (modelo SaludCoop), con lo cual se trasfiere el valor de la UPC a sus propios negocios de prestación, y terminan demandando más y más UPC. Este es un modelo tácito de reembolso, que ha demostrado ser de los más costosos e ineficientes en los sistemas de salud en el mundo.
	<p>26. <i>Prestación de Servicios en las Áreas Territoriales de Salud.</i> “En las ATS convergen los Prestadores de Servicios de Salud”, según habilitación. Pars.: Obliga a ofrecer en la ATS. Si no, “en el Área más costo-efectiva”.</p>	<p>La lógica del asegurador es tratar de no gastar los recursos de la UPC (que no es una póliza), por lo cual organiza su red con criterios de costo-utilidad, más que de costo-efectividad o costo-eficacia, según resultados en salud de la población.</p> <p>EL PL fragmenta la integralidad de la red de prestadores especialmente en ciudades intermedias y municipios pequeños haciendo más deficiente el sistema y generando peores desenlaces de salud en los pacientes.</p>
	<p>27. <i>Aseguramiento y prestación del servicio de salud en zonas de alta dispersión geográfica.</i> “...podrán ser prestados por un único Asegurador en Salud (AS)... seleccionado mediante un proceso objetivo”.</p>	<p>Se trata de la generalización del modelo Guainía, que ha tenido mala evaluación. Genera una concesión monopólica para dar más gobernabilidad al “asegurador” y disminuir la del ente territorial (ET). Cuando la UPC reforzada no alcanza, el ET termina cubriendo gastos de transporte, como en el caso Guainía. De esta forma, se está proponiendo universalizar para las zonas dispersas un modelo que no funcionó en su primer piloto en el Departamento de Guainía.</p>
	<p>28. <i>Función esencial de prestación de servicios de salud.</i> “... prestadores con funciones diferenciadas e integradas bajo un modelo de atención, un plan único de salud y la interoperabilidad de la</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De tiempo atrás se ha hablado de un modelo de atención integral con redes y rutas de atención (MIAS, MAITE), pero sólo se han formulado dos “rutas” y no se ha evaluado cómo funcionan en todas las EPS, según territorios. Recordemos que las EPS son libres de armar sus redes según sus criterios de rentabilidad. • También se ha hablado de “enfoque diferencial” pero se han quedado en el papel. Por ejemplo, ver la evaluación del “enfoque intercultural” del modelo Guainía.

VI. Prestación de servicios de salud	<p>información sanitaria a lo largo del Sistema". Par.: Posible "modelos diferenciales (por) condiciones territoriales o poblacionales (y) capacidad instalada"</p>	
	<p>29. <i>Integrantes de las Redes Integrales de Servicios.</i> IPS públicas, privadas o mixtas, según "redes de Prestadores Primarios, Prestadores Complementarios y Centros de Excelencia ... bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, acceso efectivo y calidad en los servicios de salud, con una atención oportuna, continua, integral y resolutive" Par.: No autorización al interior de las RIS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dado que las redes serán de las "aseguradoras" se supone que podrán fluir mejor los pacientes y no se requiere autorización. Esta es la integración vertical mediante la cual se pasan los recursos de la UPC a los prestadores integrados de las EPS. Esto demuestra que el modelo no es de "aseguramiento" estrictamente hablando, sino de entrega en administración de recursos públicos por un asegurador público, administrado por una entidad pública, la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES), a unos intermediarios que extraen renta de esta actividad, lo cual es totalmente innecesario. La ADRES podría descentralizarse como entidad pública, sin intermediación, según territorios de salud definidos según perfil epidemiológico, condiciones de vida y diversidad cultural. • Los "centros de excelencia" concentrarán los servicios de alto costo como ha venido ocurriendo. Si están integrados con la EPS, más aún. • La tendencia es hacia la fragmentación administrativa de la prestación de servicios de salud, por paquetes de servicios contratados por grupos de prestadores, que hasta ahora han operado como barreras de acceso, vulnera la integralidad de la atención y el artículo 13 de la LES. De esta forma, la alusión que se hace al "acceso efectivo, oportuno, continuo (...)" es retórica.
	<p>30. <i>Prestador Primario.</i> promoción de la salud y mitigar los riesgos en salud de la población, así como también deberá tener la capacidad resolutive para atender la mayor parte de las enfermedades (por medio de) un componente primario del plan de beneficios". Se anuncian apoyos de especialistas, diagnóstico y telesalud, tipo Guainía.</p>	<p>El proyecto asimila el prestador primario a la adscripción de personas y familias a un médico familiar y comunitario, pero esto es insuficiente. Se requiere que este prestador primario sea realmente un equipo interdisciplinario con recursos diagnósticos amplios y alta capacidad resolutive. Las EPS nunca han invertido en esto, precisamente por la visión reducida de lo "primario".</p>
<p>31. <i>Prestadores Complementarios.</i> Aquellos "... que</p>	<p>Hoy existe una enorme fragmentación de servicios de mediana y alta complejidad, con grupos de especialistas y</p>	

	<p>requieran aporte continuo de media y alta tecnología ambulatoria, de internación y ejecución de procedimientos quirúrgicos”.</p>	<p>pequeñas IPS por enfermedades, que depende más de la rentabilidad que de la necesidad de las poblaciones.</p>
	<p>32. <i>Centros de Excelencia</i>. “unidades de atención de prestadores complementarios, prestadores independientes o subredes de atención con capacidad de integrar la asistencia, investigación y docencia alrededor de la enfermedad o conjuntos de enfermedades que requieran de alto aporte en tecnología y especialización médica”. Par.: habla de grupos de enfermedades para estos centros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sería la nueva denominación de lo que hoy se entiende por hospitales universitarios, que han tendido a concentrarse en la alta complejidad y el alto costo, olvidando la formación en todo el proceso de atención, en prevención y promoción, con perspectiva de salud pública, porque allí se concentran los recursos de atención. Además, la integración comercial y vertical tiende a articular educación y salud en el mismo negocio (por ejemplo, Sanitas). • Los centros por enfermedades tienden a separarse de las redes, porque concentran pacientes de diferentes EPS y territorios, lo cual resulta inconveniente. • Los centros de excelencia deberían ser establecidos y proyectados en los Planes de ordenamiento territorial de acuerdo a necesidades reales en salud de las poblaciones.
	<p>33. <i>Atención Integral en Red</i>. “Toda AS deberá garantizar una red integral de prestación de servicios ... (según prioridades”</p>	<p>Es lo que se ha planteado desde la Ley 100, pero no resulta rentable para las EPS. Las redes integrales de salud deben estar bajo la rectoría del Estado, como lo estipuló la Ley 1438 de 2011 y la LES. En este proyecto, éstas quedan a definición del “asegurador”, que es quien tiene el poder financiero de contratación. El resultado es conocido: la integración vertical entre asegurador y las IPS, y la desterritorialización de la atención de la población, afectando la accesibilidad a los servicios de salud.</p>
	<p>34. <i>Empresas Sociales del Estado</i>. Los hospitales son ESE y podrán ser “del orden territorial, o constituidas por más de una entidad territorial”.</p>	<p>El título del capítulo es un eufemismo, pues no existen hoy hospitales públicos, sino las mismas ESE, que deben sobrevivir de la venta de servicios y tener viabilidad financiera, aunque no les paguen los servicios prestados. Este modelo de institucionalidad de la red público ha mostrado toda su inconveniencia en la pandemia y la necesidad de recuperar la figura de redes públicas de servicios de salud integrados según necesidad, con criterios de complementariedad y no de competencia mercantil.</p>

<p>VII. Hospital Público (Error de secuencia: en el original está como VI)</p>	<p>35. <i>Requisitos mínimos para las Empresas Sociales del Estado.</i> Se enuncian requisitos de sostenibilidad financiera empresarial de las ESE.</p>	<p>Se trata de una legalización de los múltiples programas de estabilización financiera de las ESE que ha intentado el Ministerio de Hacienda para liquidar hospitales públicos, dejando por fuera las deudas de las EPS.</p>
	<p>36. <i>Requisitos generales del funcionamiento de las ESE en Redes Integrales de Atención.</i> Podrán participar en varias redes, en el marco de un “Plan de redes de servicios del departamento o las ATS”, y podrán recibir recursos de oferta cuando la venta no los financie. Pars. 1 y 2: todo tipo de alianzas o fusiones. Par. 3: “... las ESE que no tengan sostenibilidad financiera, deberán reestructurarse, fusionarse o adoptar otros mecanismos para alcanzar la viabilidad financiera y de servicios”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se trata de una fusión de ESE para conformar “subredes”, como se hizo en Bogotá. No obstante, este modelo no ha sido bien evaluado por los trabajadores de la salud ni por los usuarios. No cambio para nada el carácter empresarial y de venta de servicios que se ha impuesto en el sistema y sólo redujo personal. Ni siquiera se logró una mayor articulación entre las Subredes y la EPS Capital Salud en el Régimen Subsidiado (RS) en Bogotá. • Claramente va en contra del Art. 24 de la Ley 1751/15 sobre “rentabilidad social” de la red pública, cuando obliga a todo tipo de maniobras para garantizar la “sostenibilidad financiera”.
	<p>37. <i>Política Nacional de Alianzas Público Privadas en Salud.</i> “El Estado podrá realizar Alianzas Público-Privadas para la construcción, dotación, operación, administración delegada, que complementa las redes de atención”.</p>	<p>Es la forma más rápida de transferencia de recursos públicos a grandes inversionistas privados de infraestructura, dotación ya demostración de hospitales, como pasó en Europa y ya han abandonado como política pública, por sus efectos deletéreos. Los estudios han demostrado que un hospital construido en modalidad de APP puede costar tres veces más que si el Estado lo hubiera hecho solo. Estas propuestas han terminado en elefantes blancos y especulación financiera.</p>
	<p>38. <i>Transformación del Instituto Nacional de Cancerología -INC.</i> Se transforma a una “entidad estatal de naturaleza especial, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscrita al MSPS” y se</p>	<p>El INC es una institución pública fundamental para la política pública de control del cáncer. Debería ser la mano derecha del ministerio en materia de investigación, formación, servicio y política pública en este tema. No es claro cuál es el sentido de esta reforma institucional. No podría reducirse a una ESE más en competencia con otros “centros de excelencia” en cáncer, como la Fundación Centro de Tratamiento e Investigación sobre Cáncer Luis Carlos Sarmiento Angulo – CTIC, que tiene régimen tributario especial.</p>

	dan facultades al presidente.	
VIII. Transacción y mecanismos de pago (error de numeración: aparece VII)	39. <i>Contratación entre agentes del Sistema.</i> Serán “acuerdos de voluntades (como) contratación como pagos globales prospectivos, acuerdos de riesgo compartido, contratos integrales por grupo de riesgo, entre otros ... (y) generar incentivos para mejorar la resolutivez”	La lógica mercantil con un agente dominante (el intermediario) ha impuesto tarifas y formas de contratación que terminan transfiriendo el riesgo financiero al prestador y acumulando deudas exorbitantes por la vía de las glosas de las facturas. Esto no se resuelve con ordenar “incentivos”.
	40. <i>Contratación de las entidades territoriales del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC.</i> “Las entidades territoriales deberán contratar las intervenciones descritas en el PIC con los prestadores primarios públicos”	La separación entre planes de atención individual y de acciones colectivas ha reducido la salud pública a un pequeño paquete de servicios que se contrata sin mayor atención. Esta situación hace parte del debilitamiento del gobierno municipal y departamental de la salud en los territorios.
	41. <i>Contratación con la red pública.</i> “... por las AS, financiados con recursos no provenientes de las cotizaciones”.	Esto, en la práctica, sostiene la separación de recursos para un RS para pobres, separado de los recursos del RC para cotizantes. Las EPS no contratan servicios para afiliados al Régimen Contributivo (RC) con red pública, aunque la población vive en su territorio de influencia, ni siquiera la EPS Capital Salud en Bogotá.
	42. <i>Repositorio de información de acuerdo de voluntades entre agentes.</i> Se trata de una plataforma en la que se registran los contratos y los precios de negociación entre los agentes del sistema. Pars.: “... deberán exponer los precios negociados...”; “...la información es pública...”	<ul style="list-style-type: none"> • Se supone que con la plataforma se harán visibles las negociaciones y se regularán los precios en el mercado de la salud. Esto no afecta el problema central, cual es la dominancia del agente pagador intermediario y costoso (EPS), más aún si está en un oligopolio. • Los agentes se opondrán a este registro, por el simple hecho de que se trata de información de contratos privados y de precios fijados por el mercado. • Este artículo evidencia que este proyecto de ley, como dice en su título, no corresponde a la reglamentación de la LES, que constituye el marco constitucional y legal del derecho fundamental a la salud. Uno de los objetivos centrales de este PL es intentar regular la facturación y los negocios que se establecen en el sistema de salud, con un sinnúmero de disposiciones que han sido intentadas de manera fallida en Colombia.
	43. <i>Sistema de información de disponibilidad del Talento Humano en Salud.</i> “... un sistema de información nacional	<ul style="list-style-type: none"> • Existe el Registro Único de Talento Humano en Salud (RETHUS) y no funciona para regular las relaciones laborales de precarización que es el problema central de los trabajadores de la salud.

<p>IX. Talento humano en salud</p>	<p>actualizado sobre la disponibilidad y necesidad del Talento Humano en Salud ...” Par.1: “... para la determinación de los cupos de residencias médicas y los programas de formación para el trabajo, de acuerdo con las necesidades de oferta y demanda identificadas”. Par.2: Incluye “recursos, normas y procedimientos que intervienen en el proceso de formación” de especialistas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se pretende afectar la autonomía universitaria, principio de carácter constitucional y legal, con base en “necesidades de la oferta y la demanda”. Ni siquiera se habla de necesidades de salud de la población como orientador de la formación.
	<p>44. <i>Programa Nacional para el Ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina.</i> “...acceso a especialidades médicas en condiciones de competencia y equidad (los ministerios de salud y educación) definirán los mecanismos para la selección de aspirantes en todo el territorio nacional, los puntajes y rangos para determinar derechos de preeminencia...” Incluye “Examen Único Nacional de Ingreso”, excepto para medicina familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Constituye una franca violación de la autonomía universitaria desde los ministerios de salud y educación. • Supone que será un gran incentivo para formarse en medicina familiar no presentar el examen único, cuando éste es un asunto vocacional que requiere condiciones laborales dignas, como en las demás especialidades médico-quirúrgicas y de otras profesiones de la salud.
	<p>45. <i>Oferta de programas de especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina.</i> Ofrece “incentivos” para las instituciones que se adapten al análisis de Disponibilidad del Talento Humano en Salud.</p>	<p>En la lógica de “alineación de incentivos”, la propuesta supone que si hay algún incentivo a los agentes de mercado se orientarán al interés común, pero los mercados de educación superior y de prestación de servicios de salud son mercados abiertos en fuerte competencia, en los que los cálculos de los agentes llevan a prácticas que distancian la formación y la atención en salud de las necesidades de la población (oferta y demanda), muy en contra de las obligaciones del Estado (Art. 5) y los elementos y principios del derecho fundamental a la salud (Art. 6) de la LES.</p>

	Pars.: Castigos (no registro ni acreditación) y premios (incentivos).	
	46. <i>Denominaciones de especialidades médicas.</i> estándares de las denominaciones de especialidades médicas. Pars.: niveles y tiempos.	Es un viejo propósito. Pero el mercado se impone en las actuales denominaciones. Y no basta con órdenes desde arriba.
	47. <i>Currículo Único de Medicina Familiar.</i> Los ministerios de salud y educación y las facultades con programas “diseñarán concertadamente un currículo único”. Pars.: Ofrece incentivos acortando los tiempos de formación y formación a distancia.	Nuevamente se viola la autonomía universitaria con la suposición de que la formación es un asunto unívoco y de cumplimiento de protocolos de atención, como demanda un sistema estandarizado de seguros como el actual.
	48. <i>Programa de Formación continúa en competencias en medicina general.</i> Se refiere a “actualización de competencias de medicina general con enfoque familiar y comunitario, dirigido a los médicos generales que presten sus servicios en prestadores primarios en todo el territorio nacional ... a través de las AS y las IPS”. Par.: más incentivos.	Es una salida de corto plazo para la formación en medicina familiar y comunitaria, pero es totalmente insuficiente para el desarrollo de un sistema basado en y orientado por la APS. Es necesario recuperar la figura de médico general, como de las demás profesiones de la salud en equipos multidisciplinarios con alta capacidad resolutive. EL PL niega la posibilidad de un acuerdo de todos los centros formadores sobre el nuevo rol de médicos generales con orientación y capacidad resolutive para ser médicos especialistas en medicina familiar, dentro de un marco nacional de cualificación de profesionales. AS e IPS NO tienen capacidades para realizar procesos pedagógicos
X. Dignificación Laboral del Talento Humano en Salud.	49. <i>Principios para la dignificación del talento humano en salud.</i> Enuncia diez principios del trabajo digno en salud.	Parece un corte y pegue de un manual de trabajo digno en salud, pero sin mención alguna a la forma en que se podrían materializar estos principios en el sistema de aseguramiento actual. Esto no tiene ningún poder vinculante y resulta inocuo frente a las necesidades de formalización laboral del sector salud, como ha evidenciado la pandemia.
	50. <i>Prohibición de tercerización laboral para el Talento Humano en Salud.</i> Recoge lo establecido por la jurisprudencia sobre prohibir “la	En el actual sistema, la intermediación y la precarización laboral son el resultado de las relaciones mercantiles entre aseguradores y prestadores, con posición dominante del primero y la búsqueda de rentabilidad a toda costa, por medio de la explotación del trabajador de la salud. Esto no se resuelve enunciando una prohibición que ya está contemplada en el marco legal y constitucional colombiano.

	intermediación o cualquier forma de contratación que afecte los derechos constitucionales, legales...".	
	51. <i>Facultades Extraordinarias.</i> Se otorgan "facultades extraordinarias, por el término de seis (6) meses" al presidente para que expida normas que "regulen el régimen laboral aplicable a los servidores públicos vinculados a las Empresas Sociales del Estado".	Es una vieja aspiración, pero se reduce a los pocos servidores públicos que quedan en las ESE. No afectaría a todo el personal de salud, como se requiere. El 90% de los trabajadores de la salud trabajan en el sector privado, dado que este es el porcentaje que corresponde a este sector, en la prestación de servicios de salud. La formalización de los trabajadores de la salud pasa por establecer, ante todo, disposiciones para que esto se de en el sector privado.
XI. Financiación y sostenibilidad	52. <i>Plan de estabilización y fortalecimiento del aseguramiento en salud.</i> Una vez estabilizadas con "punto final" y conformadas las AS, deberán entregar un plan de sostenibilidad financiera a la SuperSalud para su acreditación. Incluye "unificar y armonizar las normas contables".	En los últimos años se han ampliado los plazos para la tal estabilización financiera de las EPS y se les han trasladado recursos con la "ley de punto final" y con los de la pandemia. Se supone que, con el oligopolio, deben ser sostenibles. Y sólo hasta ahora se les pide "armonizar las normas contables", cuando se han apropiado indebidamente de las UPC, fusionando las cuentas. Esto es inaceptable.
	53. <i>Programa de saneamiento financiero del SGSSS.</i> Se refiere al saneamiento de las deudas entre Aseguradoras y Proveedores, por descuentos o por giros directos.	Otra vez, pagar con recursos públicos las deudas de las EPS que no han cumplido con el pago de servicios prestados por las IPS, aunque se les dio sagradamente el valor de las UPC de sus afiliados. Más y más impunidad financiera para agentes privados.
	54. <i>Giro directo de la UPC.</i> La ADRES hará el giro a los prestadores y proveedores con base en la facturación autorizada por cada AS.	Si la ADRES es el fondo único pagador de prestadores y proveedores, ¿para qué tener a un intermediario que autorice las facturas? Esto no hace más que aumentar los costos de transacción del sistema. La única explicación está en el paso por el poderoso sector financiero.
	55. <i>Creación y objeto del Fondo de Garantías del Sector Salud.</i> Se crea	Se trata de la lógica de reaseguramiento público de entidades en los mercados privados que han sido generados por el Estado en todos los sectores. Los agentes de mercado se ven

	<p>este fondo como entidad pública en el cual se “inscriben” las AS y las IPS, para “garantizar la continuidad de prestación de servicios de salud”, cuando alguna quiebre.</p> <p>Pars.: reglamento e información que requiere.</p>	<p>obligados a pagar una especie de póliza para cuando se quiebren. Más y más servicios de intermediación financiera.</p>
	<p>56. <i>Órganos de Dirección y Administración.</i> Define miembros de la junta del poder ejecutivo.</p>	<p>Es un fondo público, pero opera como un banco privado con su junta directiva.</p>
	<p>57. <i>Funciones del Fondo de Garantías del Sector Salud.</i> Entre otras, “designar liquidador”, “apoyar financieramente” cuando alguna se liquide, recaudar “primas” de reaseguro...</p> <p>Par.2: En liquidaciones de cooperativas, “podrán disponer la conversión de la entidad en una sociedad de carácter comercial”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es un fondo de reaseguro, pero interviene para liquidar entidades privadas, como lo viene haciendo la Supersalud con tan poco éxito. • Realizan el viejo propósito de convertir rápidamente en sociedades anónimas las cooperativas que se liquiden, tipo SaludCoop. Esto también es inaceptable. • Esto es una contradicción, si se supone que van a convertir las EPS en aseguradoras, estas deben tener su propio reaseguro.
	<p>58. <i>Fuentes de recursos del fondo de garantías del sector salud.</i> Claves: “la afiliación obligatoria de las AS o IPS de cualquier naturaleza”, primas y préstamos.</p>	<p>Cabría preguntarse si la “afiliación” obligatoria para IPS de cualquier naturaleza incluye a las ESE. En todo caso, esto no hará más que encarecer la prestación y el riesgo financiero de los prestadores.</p>
	<p>59. (Sin título) Modifíquese el artículo 211 de la Ley 223 de 1995... Aumenta el impuesto a los cigarrillos para “financiar el aseguramiento en salud”.</p>	<p>Se acude a impuestos de destinación específica para financiar el aseguramiento, seguramente del RS, para aumentar el valor de la UPC para garantizar el plan único de beneficios.</p>
	<p>60. (Sin título) Modifíquese el artículo 6 de la Ley 1393 de 2010... Aumenta el impuesto <i>ad valorem</i> de cigarrillos y tabaco procesado...</p>	<p>Otra fuente de impuestos para el aseguramiento (RS). Sigue reproduciendo la lógica del “Estado cantinero” que recoge impuestos de licores, cigarrillos y juegos de azar.</p>
	<p>61. <i>Límite Máximo del salario base de Cotización.</i> Eleva “hasta de 45</p>	<p>Otra forma de recoger recursos para el aumento de la UPC, que es el principal incentivo para las EPS que queden como AS.</p>

	<p>salarios mínimos legales mensuales” la base de cotización a salud y la separa de la de pensiones. Par.: adiciona ingresos para cálculo de cotización.</p>	
	<p>62. (sin título) Modifíquese el artículo 114-1 del Estatuto Tributario. Se refiere a exoneración de aportes. Exonera de aportes parafiscales al SENA y al ICBF a empresas con trabajadores de menos de 10 SMMLV; exonera de cotización a salud a empresas con trabajadores de menos de 3 SMMLV; incluye a “consorcios, uniones temporales y patrimonios autónomos empleadores en los cuales la totalidad de sus miembros estén exonerados del pago de los aportes parafiscales...” de trabajadores con menos de 3 SMMLV. Pars. (5) incluyen exoneraciones específicas.</p>	<p>Se trata de una ruta de exoneración progresiva de los aportes parafiscales y de las cotizaciones a salud a los empresarios, en la vieja lógica de abaratar el costo de la mano de obra para supuestamente aumentar el empleo, cosa que se ha demostrado no ocurre y sí aumenta la concentración de riqueza. Esto explica por qué aumentan los impuestos del “Estado cantinero” y le sacan aportes de “contribución solidaria” a los pobres de un salario mínimo.</p>
<p>XII. Inspección, vigilancia y</p>	<p>63. <i>Regulación de Conglomerados Empresariales del Sector Salud.</i> La Supersalud hará “regulación de las todas las empresas que manejen recursos de la UPC y de sus holdings en lo concerniente al uso de los recursos de la UPC”. Además, “autorizará las inversiones que hagan en otras empresas del sector salud” y evitará el “riesgo endógeno”.</p>	<p>Esto muestra la conciencia de los proponentes de la creación de oligopolios y enormes grupos corporativos que tenderán a integrarse cada vez más y la creencia en que se pueden “regular” por Supersalud. Otro inaceptable.</p>

medidas anti evasión	64. <i>Medidas Anti Evasión y Elusión.</i> El Ministerio y la DIAN “articularán los diferentes sistemas de información y adelantarán de forma conjunta y articulada medidas persuasivas y sancionatorias...” Pars.: educación y publicidad.	Es la vieja aspiración policiva para la superación de la elusión y la evasión.
	65. <i>Fraude en la afiliación.</i> Sospechas de fraude por no cotizar, se pasan a la fiscalía.	Más y más visión policiva del control.
	66. <i>Tasa por las funciones de inspección, vigilancia y control a nivel sanitario.</i> Tasa por las funciones de IVC que hagan el INS y las autoridades sanitarias. Define criterios para fijar tarifas de estos “servicios”.	Se incorpora la vieja práctica de países como Estados Unidos de pagar por los servicios de vigilancia, cuando se trata de servicios públicos que no deben estar atados a tarifas. Esta práctica ha demostrado que es proclive a la corrupción del personal que realiza esta función.
XIII.Otras disposiciones	67. <i>Periodo de transición.</i> Dos años para implementar el modelo y las redes	El famoso Modelo de Atención Integral en Salud lleva más de cuatro años y no ha podido completarse, debido a los obstáculos estructurales del aseguramiento con competencia regulada.
	68. <i>Vigencia.</i> Inmediata y derogaciones correspondientes.	Obvio

FIRMANTES:

José Pablo Escobar Vasco, decano.
Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia

Sergio Isaza, presidente
Federación Médica Colombiana FMC

Dionne Cruz, presidenta
Asociación Colombiana de Salud Pública

Hernando Torres Corredor, decano
Facultad de Derecho, Ciencias
Políticas y Sociales
Universidad Nacional de Colombia

Mario Esteban Hernández Álvarez,
coordinador
Doctorado Inter facultades en Salud Pública
Universidad Nacional de Colombia

Luis Fernando Arias, consejero mayor
Organización Nacional Indígena de Colombia
ONIC

Olga Lucía Zuluaga Rodríguez, presidenta
Asociación Colombiana de Empresas Sociales
del Estado y Hospitales
Públicos – ACESI

Francisco Castellanos, director
Organización Defensa del Paciente

Claudia Marcela Velázquez, presidenta
Concejo Técnico Nacional de Enfermería
CTNE

Narda Carolina Delgado, presidenta
Colegio Colombiano de Instrumentación
Quirúrgica COLDINSQUI

Diógenes Orjuela, presidente
Central Unitaria de Trabajadores
CUT

Nelson Alarcón, presidente
Federación de trabajadores de Colombia
la educación-FECODE

Miguel Morantes, presidente
Confederación de trabajadores de
Colombia CTC

German Reyes Forero, presidente
Asociación Médica Sindical Antioquia

Pedro Contreras, presidente
**Asociación Médica Sindical Nacional
ASMEDAS**

José Ricardo Navarro, decano
**Facultad de Medicina Universidad
Nacional de Colombia**

Félix Martínez, presidente
**Fundación para la investigación y el
Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social
FEDESALUD**

Claudia Naranjo, vocera
**Asociación Latinoamericana de Medicina
Social, ALAMES**

María Doris Gonzales, presidenta
**Sindicato Nacional de Salud y Seguridad
Social, SINDESS**

Álvaro Franco Giraldo, Salubrista
**Exdecano Facultad Nacional de Salud
Pública y Ex Vicerrector**

Alejandra Gómez, presidenta
**Asociación Colombiana Medica Estudiantil,
ACOME**

Edwin Palma Egea, presidente
**Unión Sindical Obrera de la Industria del
Petróleo USO**

Carlos Valdivieso, presidente
Colegio Médico de Antioquia

Carolina Corcho, presidenta
Corporación Latinoamericana Sur

Ana Maria Soleibe, presidenta
**Sindicato de los Trabajadores de la Salud
Unidos de Colombia ACTUS**

Gilma Rico Gonzales, presidenta
**Asociación Nacional de Enfermeras de
Colombia, ANEC**

Alberto Uribe Correa, medico
Exrector Universidad de Antioquia

Juliana Moreno, presidenta
**Asociación Nacional de Internos y
Residentes, ANIR**

Fabian Rosas, presidente
**Asociación Colombiana de Especialistas en
Medicina de Urgencias y Emergencias ACEM**

Rodolfo Cano, presidente
Colegio Médico del Atlántico

Iván Rodríguez de Ávila, presidente
Colegio Médico de Bolívar

Jesús Alberto Mosquera Perea, presidente
Colegio Médico del Choco

Fernando Suarez, presidente
Colegio Médico de Boyacá

Gentil Gómez, presidente
Colegio Médico de Caldas

Adán Muñoz Vera, presidente
Colegio Médico de Norte de Santander

Adán Muñoz Vera, presidente
Colegio Médico de Norte de Santander

Patricia Elvira Arria, presidenta
Colegio Médico de Santander

Herman Bayona A, presidente
Colegio Médico de Bogotá D.C

Alma Patricia Ramírez, presidenta
Colegio Médico del Tolima

Lilibeth Cruz, presidenta
Colegio Médico de Yopal y Casanare

Cesar Prieto, presidente
Colegio Médico del Valle del Cauca

Francisco Escobar Silebi, presidente
Colegio Médico del Magdalena

Camo Chilatra presidente
Colegio Médico del Huila

Juan Carlos Freyle Ballestas, presidente
Colegio Médico de La Guajira

Edgar Reina, presidente
Colegio Médico del Meta

Joaquín Maestre, presidente
Colegio Médico de Cesar

Héctor Alfonso Mendoza Moreno
Asociación de Usuarios para la Defensa de la Salud ASUDSALUD

María Victoria Jiménez, presidenta
Asociación Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud y Seguridad Social Integral y Servicios Complementarios de Colombia, ANTHOC Antioquia

María del Carmen Sánchez Burgos, presidenta
Asociación Nacional Sindical de Trabajadores y Servidores Públicos de la Salud y Seguridad Social Integral y Servicios Complementarios de Colombia, ANTHOC, Boyacá

Juan Antonio Santa Cortez
Confederación Nacional de Asociaciones de Usuarios de Colombia CONFEDASUCOL

Cecilia Vargas, presidenta
Organización Colegial de Enfermería, OCE

José Giovanni Peralta, presidente
Sindicato de Médicos Especialistas de Boyacá, SIMEB

Sophía Victoria Newball Archbold, presidenta
Asociación Médica Sindical Colombiana ASMEDAS San Andrés Islas

Rubén Hoyos, presidente
Federación Unión Nacional de Trabajadores del Estado, los Servicios Públicos y la Comunidad UNETE

Fernando Castro Alfonso, director
Departamento de Seguridad y Salud en el trabajo- CUT Bogotá Cundinamarca

Coordinadora Nacional Sindical, Social y Popular CNSSP

William Manrique Montero, presidente
Sindicato Colombiano Estatal, SINCOEST

Rubén Darío Gómez Hurtado, presidente
Federación Departamental-CGT Antioquia

Francy Rojas Quiroga, vicepresidenta
Asociación de Fonoaudiólogos Especialistas en Seguridad y Salud en Colombia, ASOFOESSTCO

Nancy Molina A., presidenta
Asociación Colombiana de Fisioterapia, ASCOFI

Jorge Alberto Ocampo H., presidente
Bacteriólogos en acción

Juan Carlos Orjuela, presidente
Colegio Colombiano de Tecnólogos en Radiología e Imágenes Diagnósticas

Adriana Martínez, presidenta
Asociación Bacteriólogos Javerianos, ABJ

Marco Aurelio Torres Segura, presidente
Sindicato Gremial Nacional de Optometría, SIGNO

Marlene Isabel Vélez de la Vega, presidenta
Colegio Nacional de Bacteriología CNB

Andrea Rojas, presidenta
Nutricionistas Unidos y Actualizados

Aldemir Tello Padilla, presidente
Sindicato Nacional de Profesionales en Fonoaudiología, Fisioterapia y Terapia Ocupacional, SINALPROFFT

Yulieth González Echavarría, presidenta
Gremio Odontológico Colombiano

Freddy Perilla, presidente
Asociación Colombiana Estudiantil de Enfermería, ACOEEN

Inma Quitzel Caicedo, presidente
Colegio Colombiano de Fisioterapeutas COLFI

Marlene Isabel Vélez de la Vega
Colegio Nacional de Bacteriología CNB

Andrea del pilar Vargas Deaza presidenta
Colegio Colombiano de Fonoaudiólogos - CCF

Juan Camilo Calderón Farfán.
Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia ANEC- Seccional Huila

Samir Cardozo, presidente
Asociación Colombiana de Estudiantes de Fisioterapia, ACEFIT

Juan Edgar Marín Restrepo, presidente
Colegio Colombiano de Nutricionista Dietistas.

Ana Milena López, presidenta
Asociación de Profesionales de Esterilización del Suroccidente colombiano (APESOC)

Rosibel Prieto
Red Colombiana de Salud Preoperatoria

Fernando Puello. Presidente
Colegio Colombiano Nacional de Químicos Farmacéuticos de Colombia

Mesa por la salud y Seguridad Social de Antioquia

José Francisco Fernández Escalona, director ejecutivo
Confederación Colombiana de Profesionales de la Salud, ColProSalud Colombia

Luis Arnulfo Cáceres Gómez
Gremio Salud Colombia

William Barajas, presidente
Renovación Medica Gremial

Myriam Rozo Alvarado
Organización es Asociación Colombiana de Centrales de Esterilización

Julia Beatriz Calderón Mora. Presidenta
Asociación Colombiana de Instrumentadores Quirúrgicos Profesionales ACITEQ

Eilen Cecilia Pardo Martínez
Profesionales centrales de esterilización Nororiental Colombiano

Dolly Magnolia González, presidenta
Asociación Colombiano de Escuelas y Facultades de Enfermería, ACOFAEN

Mesa por el Derecho a la Salud y la Seguridad Social de Antioquia – MESSSA

Javier Moreno y Astrid Castellanos, Voceros
Mesa Regional por la Salud de Boyacá

Alberto Posada Acero,
Asociación de Abogados por la Defensa del derecho a la salud y la vida

Red de Universidades y Organizaciones Sociales en Salud para la paz. Red Salud Paz

Junta Directiva
Asociación Sindical de Profesores Universitarios ASPU-UN

Patricia Cadavid, presidenta
Asociación de Empleados y trabajadores de Metrosalud ASMETROSALUD

Emma Vélez Toro
Veeduría Ciudadana en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Alberto Orguloso, director
Escuela Nacional Sindical

Carlos Cañas, presidente
Federación Mixta de Pensionados de Antioquia FEMPA

Dignidad Medica Colombia

Richard Harold Salazar, presidente
BIOPAZ

Alain F. Jiménez Fadul, presidente
Alianza Contra el Fracking en la Sierra Nevada de Santa Marta

Diego Cardona, coordinador general
CENSAT, Agua viva

Miguel Antonio Lasso Muñoz, presidente
Federación Nacional de Transportadores de Servicio Especial y Turismo FENALTRAES

José Edilson Pava
Asociación Andina de Carga Liviana

Edison Mauricio Orozco León
Sindicato Nacional de la Industria Metalúrgica SINTRAIME Seccional Manizales

Efraín Chuquin, presidente
Sindicato de trabajadores Hospital General de Medellín

La Corporación Grupo Guillermo Ferguson.

Jaime Alberto Goenaga, presidente
Sindicato de Trabajadores de la Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., SINTRAHOSKEN-CUT

Blanca Fanny Cárdenas Amaya, presidenta
**Sindicato de trabajadores Red Sur
SINTRAREDSUR**

Olga Ruth Moya, presidenta
**Sindicato de trabajadores Subred Sur
Tunjuelito**

Carolina Madrid Torres
Movámonos por la vida

Deivis Giovanni Romaña Escobar
Veeduría ESMAD y colectivo de DDHH

Esperanza Cerón Villaquirán, representante
legal
**Asociación Colombiana de Educación al
Consumidor - EDUCAR CONSUMIDORES**

Astrid Castellanos Correcha. Director **Casa
de la Mujer UPTC, grupo Medicina Social
Movimiento hilando pensamiento.**

Mayor Giovanni Jule
Consejo Regional Indígena del Cauca CRIC

José Cuesta Novoa
Doscientos besos por el San Juan de Dios

Mauricio Hernando Torres Tovar,
Representante
**Movimiento para la Salud de los Pueblos,
MSP.**

Angélica López, educadora.
Fundación Tradición Oral.

**Movimiento Indígena de Mujeres Nasa del
Cauca Hilando Pensamiento**

Francisco Cabrera
**Comité de enlace Coordinadora Nacional
Sindical Social y Popular CNSSP**

Elsa Nury Martínez Silva
**Federación Nacional Sindical Unitaria
Agropecuaria FENSUAGRO**

Navis Castro León, representante legal
**ASOCIACION DE CABILDO Y AUTORIDADES
Tradicionales del Guaviare ASOMAUWOT.**

Maria Raquel Espinosa Gonzales, representante
legal
**Asociación Ambiental de mujeres
trabajadoras por el desarrollo del Yari
AAMPY.**

Isabel Cristina Bedoya Calvo
**COORDINADORA SEMILLERO SALUD Y PAZ
DE LA UNIVERSIDAD DE LA SALLE**

Kevin Siza Iglesias
Colectivo de Jóvenes Trabajadores

Diego Valencia
**Agremiación sindical de tecnólogos en
atención prehospitalaria, trabajadores y
servidores públicos afines ASTAPH**

**Movimiento Social por el Derecho a la Salud
y el Buen Vivir**

Cesar Augusto Hoyos , presidente
**Asociación Nacional de Trabajadores de la
Salud humana y la Asistencia Social**

Carlos Arturo García Marulanda
**COORDINADORA DE ORGANIZACIONES
SOCIALES - COS**

Cesar Carrillo, presidente
**Asociación de pensionados petroleros de
Colombia ANDEPETROL**

William Agudelo, presidente
**Asociación Distrital de Trabajadores y
Trabajadoras de la Educación ADE**

Roberto Angulo
Médicos Unidos de Colombia

Rubén Sabogal, presidente
Mesa por la Salud de Cartagena y Bolívar



PERSONAS FIRMANTES

Yadira Eugenia Borrero

Sara Yaneth Fernández Moreno

Jaime Urrego

Jenny González Vargas

Sol Beatriz Sánchez

Angela María Caballero Mena

Luis Carlos Gutiérrez Sandoval

Jair Bocanegra Arango

Constanza Díaz Grajales

José Pedraza

Román Restrepo

Alegna Clara Murillo Isaza.

Alejandro Diaz Asprilla

Alicia Milena Duarte Iles

Alix Liliana Salazar V

Álvaro Enrique Del valle Arroyo

Amelia Rodríguez Mosquera

Ana Carolina Valencia Ruiz

Andrea del Pilar Vanegas Méndez

Andrés Felipe Guzmán García

Andrés Felipe Chadid Ruiz

Andrés Francisco Moncayo Burbano

Angelo José Niño

Angie Paola navarro chaparro

Arley Stiven Saldarriaga Muñoz

Aurora Morales Bernal

Biaridis Josefa Fonseca Carranza

Camilo José Andrade García

Caridad del Socorro Solarte

Carlos Andrés Hernández Álvarez

Carlos Andrés Ríos Dussan

Carlos Henry Vargas Gallego

Carlos Hernando Libreros Bertini

Carmen Maria Zúñiga Rivas

Carmen Yaneth Ledezma Vidal

Christian Adolfo González López

Clara Torres

Claudia Lucia Blanco Agudelo

Cristhian Eduardo Portillo Fajardo

Cristina Barrios Lozano

Daniel Velázquez

Danys Dayana Alguero Molina

David Garrido Serrano

Diana Carolina Echeverry Gómez

Diana Milena Sotelo Rodríguez

Diana Patricia Bello Aparicio

Diana Roa Parada

Diego Alejandro Carvajalino Flórez

Diego Isaac Ramírez Angarita

Dolores del Socorro Ordóñez Mutis

Edgar Muñoz Luengas

Eduardo Arrieta Valdelamar

Eliana Carolina Cubillos

Elida Yaneth Ríos Martínez

Elvia Elena Pardo

Emidio Zaccagnini Siabatto

Erika Aguirre Olaya

Ester Muñoz Palacios

Fernando Salazar Villegas

Fernando Gutiérrez Restrepo

Fernando Gutiérrez Soleibe

Freddy Humberto Díaz Calderón

Fredy Orlando Carreño

Gelver Dimas Gómez Gómez

German Cañón Jiménez

Gina Rosa Rojas Fernández

Ginneth Bibiana Castro Espósito

Giovanni Andréi Correa Restrepo.

Giovanni Clavijo

Gloria Milena Vera Suarez

Griseldina pardo padilla

Harold Castaño

Héctor Ramón Robayo Márquez

Hernán Enrique Jattin Negrete

Hernando Gil

Holman Leonardo Ríos Beltrán

Hugo David Peñaranda

Hugo Martínez Martínez,

Hugo Montes García

Ibeth Katherine Escobar Rincón

Isabel Cristina Rentería Silva

Isabel Virginia María Noboa Calderón.

Iván Enrique López Valencia

José Martínez

Iván Ricardo Piedrahita

Juan Roca Mendoza

Jacklin Lissette Araujo Arrieta

Juan Sebastián Arévalo García

Jaidith Patricia Guerra Martínez

Julián Eljach Pacheco

Jaime Alberto Herira Acosta

Karen Jiménez Martínez

Jaime Hernando Rodríguez Camacho.

Keyla Marcela Rojas Muñoz

Javier Alberto Vásquez Hernández

Leidys Pino Rivas

Javier Alonso Pineda Aguirre

Libia Rosa Gutiérrez de García

Jhoni Ortiz

Lida Yuliana Soler Gómez

John Fernando Jaramillo Gallego

Lina Doncel

Jonathan David castillo peña

Lina María Camacho Libreros

Jorge Antonio Arroyo Cantero

Lina Maria Loaiza Ochoa

Jorge Blanco Blanco

Lucas Córdoba González

Jorge e López. Valencia

Lucía Camilo

Jorge Eduardo Giraldo Salazar

Luis Fernando González Rodríguez

Jorge Eduardo Guzmán Prenk

Luis García García

Jorge Eliecer Robledo Ospina

Luis Humberto Tovar Guzmán

José Alfonso Torres Jiménez

Luis Ignacio Padilla Rodríguez

José Cortina Guerrero

Luis Vicente Londoño Tejada

José Gilberto Peña C.

Luz Maria Mejía

José Jorge Ausique Muñoz

Luz Maria Sepúlveda Builes

José Lobo Guerrero

Luz Stella Leudo Mosquera

Luz Yadira Chaverra Ballesteros
Marcela Carvajal Velazco
Margarita Portocarrero De Carmona
Margarita Portocarrero De Carmona
Maria Alejandra Urbano
María del Carmen Aparicio Aparicio
María del Pilar Amaya
María Oleida Pineda Baquero cédula
María Patricia Gutiérrez Noguera
Mariana Gómez Medina
Maricel Cristina Lopera Blandón
Mario Eduardo Montañez Munévar
Marisol Uribe Navia
Marisol Yepes Benavides
Marissa Zarate Perico.
Maritza Nascimento Suárez.
Martha Rodríguez Bermúdez
Marysabel Valoyes Murillo
Matías Rodolfo Robayo Márquez
Matilde Mejía Mejía
Maygreth Patricia Rodríguez Mercado
Melissa Gissela Benavides Galvis

Miguel Jonatan torres Aguilar
Mildred Doraliz Páez Álvarez
Mónica Forero
Myriam Criado Rojas
Myriam Patricia Molano Criado
Nancy Locarno
Nelson Daniel García pineda
Nesly Theran Bravo
Nixsy Quiroz
Nubia Yaneth Pacheco Pachón
Olga Lucía Ramos Tique
Olga Lucia Rodríguez Pérez
Omar Sánchez
Oneldis De Luque Brito.
Orfelina Romaña Arroyo
Paola Andrea Sora Cabarique
Paulo César Camargo Carrillo
Pedro Dorzon
Pedro Fernando Huertas Granobles
Rafael Francisco Vargas Torres
Randy José Bolívar herrera
Ricardo A. Domínguez Guerrero

Ricardo Villalobos Orozco

Yohanna Arévalo Pérez

Ronald Jimmy Triana Arroyo,

Yolibeth solano Muñoz

Ruth Elena Zubiría Pérez

Yudi Paola Romero López

Sandra Liliana Montoya Sepúlveda

Sandra Piedad García Gutiérrez

Sandra Ximena Soler

Samuel Gutiérrez Soleibe

Sindulfo Antonio Peñaloza Calle

Slendy milena De la Cruz Pedraza

Sneider Figueredo Arias

Sonia Tatiana Ledezma Ramírez.

Stella Yemail del Risco

Tito Francisco Mojica Rodríguez.

Ubaldo de Jesús Pérez Bernal

Víctor Julián Gómez Ojeda

Vivian Olivo Novoa

Viviana Ordóñez García

Walter Augusto Arrieta Morón

Yazmin Mercado Díaz

Yhon Carlos Ángel Hernández

Yina Lorena Medina alcántara

Yurley Vanessa Maldonado Lozano