



Observatorio Legislativo en Salud
COLEGIO MÉDICO DE BOGOTÁ Y CUNDINAMARCA
Miembro de la Federación Médica Colombiana.
Director: Herman Redondo Gómez

PROYECTO DE LEY No 90 DE 2017 SENADO, 303 de 2018 CÁMARA
“POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTAN MEDIDAS PARA LA GESTIÓN Y
TRANSPARENCIA DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD EN COLOMBIA”

TRÁMITE LEGISLATIVO

El Proyecto de Ley en estudio, fue radicado el 16 de agosto de 2017 por los Senadores Álvaro Uribe Vélez, Antonio José Correa Jiménez, Honorio Henríquez Pinedo y Orlando Castañeda Serrano.

Inició trámite en la Comisión Séptima del Senado, donde fue aprobado en primer debate el 22 de noviembre de 2017; finalizó el trámite reglamentario en el Senado de la República el 4 de diciembre de 2018, con el segundo debate.

El Proyecto, fue radicado ante la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes el 11 de febrero de 2018. Designados como ponentes a los Representantes Jairo Cristancho Tarache (Coordinador Ponente), Carlos Eduardo Acosta Lozano. Se presentó Informe de Ponencia para primer debate del Proyecto en dicha célula legislativa el 10 de abril de 2019, cuyo texto tomamos de referencia, por ser el más reciente.

SEGUIMIENTO

El Proyecto de Ley 90 de 2017 Senado, *“Por medio de la cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia del aseguramiento en salud”*, presentado el 16 de agosto de 2017, en comparación con el texto definitivo aprobado en Sesión Plenaria del Senado, el pasado 04 de diciembre de 2018 e Informe de Ponencia para primer debate en la Cámara el 10 de abril de 2019, presentan cambios sustantivos en relación con la versión original, por lo cual es menester actualizar el análisis por parte del Observatorio Legislativo en Salud del Colegio Médico de Cundinamarca y Bogotá -CMCB.

Aspectos Relevantes del Proyecto:

1. **Crea el Sistema integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud**, el cual estará integrado por las Superintendencias Financiera, de Sociedades, de Industria y Comercio y la de Salud. Con el fin de impartir de manera especializada y acorde a sus competencias y funciones de vigilancia y control a las entidades del sector salud; preservando la Superintendencia Nacional Salud sus competencias de inspección, vigilancia y control sobre las EPS, IPS y los actores del Sistema de Salud, en lo que se refiere al uso adecuado de los recursos, al flujo de los mismos, así como a la protección del usuario, la gestión y la atención en salud.
2. **Desarrolla el Sistema de Información Integrado del Sector Salud**, creado por la ley 1438 de 2011, el cual tendrá el objetivo agilizar la transmisión y evaluación de la información financiera, para acelerar el flujo de recursos y mejorar la transparencia de los agentes del sector salud.
3. **Establece Registro de Contratación de Servicios y Tecnologías de Salud**, el cual será el encargado de reportar los intercambios comerciales de prestación de servicios en salud y tecnologías en salud.
4. Según la ponencia para tercer debate, no se podrán hacer reconocimientos y pagos para los servicios y tecnologías no cubiertos en el Plan de Beneficios de Salud (PBS) con cargo a los recursos apropiados por la ADRES, superiores a los valores y techos máximos que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).
5. **El artículo 7º, sobre reorganización y racionalización de las redes prestadoras de servicios de salud**, establece que *“los Departamentos, en coordinación con los Municipios de su jurisdicción, reorganizarán la oferta de prestación de servicios de salud teniendo en cuenta los prestadores privados y mixtos, mediante los mecanismos de fusión o liquidación de las Empresas Sociales del Estado del respectivo Departamento, Distrito y Municipio. Promoviendo la racionalización de servicios y el control de la oferta de los mismos en su territorio, y atendiendo los principios de transparencia, coordinación, concurrencia, complementariedad, eficiencia, responsabilidad, austeridad y asociación”*.

“El resultado de los citados procesos será la conformación de Empresas Sociales del Estado con Unidades Prestadoras de Servicios de Salud, del orden departamental, distrital o municipal, responsables de la prestación de los servicios de salud en los diferentes niveles de complejidad, incluidos sus procesos internos. Lo anterior sin afectar la prestación del servicio de salud a los usuarios”.

“El Gobierno nacional, en un plazo de seis (6) meses a partir de la expedición de la presente ley, reglamentará la organización y la operación de la red prestadora de servicios de salud”.

6. Permite que los recursos del FONSAET, sirvan de garantía para honrar las deudas de las ESE.
7. Establece el giro directo en el periodo de saneamiento del sector salud, con el fin de oxigenar financieramente a los prestadores del servicio de salud.
8. Establece incentivos a la gestión por resultados en: salud, pronto pago, reducción de la tendencia de eventos de alto costo, entre otros.

En el artículo 7° original del Proyecto, se establecían las condiciones para adoptar un modelo regionalizado de aseguramiento mediante la implementación de las redes integrales de servicios, en concordancia con lo que está en el artículo 13 de la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015. Esto cambió radicalmente.

La nueva versión, recuerda lo que se estableció en el Distrito Capital con el Acuerdo 641 de 2016, fusionando los hospitales para constituir ESE regionales, permitiendo la participación de las IPS privadas y mixtas, así como favoreciendo la liquidación de hospitales, centros y puestos de salud, liquidando aquellos que no se consideren productivos desde lo financiero, lo que sucede con mucha frecuencia en hospitales periféricos cuya rentabilidad es la social y la disponibilidad de sitios de atención a población dispersa.

Repetir en el país el modelo que no ha funcionado en Bogotá, en donde la mayoría de cierres de puntos de atención y de servicios, el mayor porcentaje de unidades eliminadas, se hizo a expensas del componente primario de atención, el que está más cerca a la gente, generando menor oferta de atención básica, fundamental para el desarrollo de la atención primaria en salud (APS), promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Lo anterior, con altísimo costo en la salud pública y despido masivo de trabajadores, como ha sucedido en Bogotá, sin conseguir como se pretendió el equilibrio financiero, porque, ni eso se ha conseguido, **¿qué objeto tiene copiar una experiencia no exitosa?**

Como si fuera poco, el artículo 9°, sobre **Aplicación de las medidas del Plan de Saneamiento Fiscal y Financiero**, establece que, si el pronunciamiento del Ministerio de Hacienda es de no viabilidad, se podrá iniciar el proceso ejecutivo contra la ESE, correrá el término de prescripción y operará la caducidad de las acciones respecto de los créditos contra la ESE.

Además, continuarán las malas prácticas financieras reiteradas y nocivas contra los trabajadores, como las ordenes de prestación de servicios (OPS) para actividades

misionales que cercenan los más elementales derechos laborales; OPS que son utilizadas como instrumento de corrupción y politiquería.

CONCLUSIÓN

El Proyecto de Ley 90 de 2017 Senado, 303 Cámara 2018, *“Por el cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia del aseguramiento en salud”*, con los cambios que se le han introducido en los debates hasta ahora adelantados y la ponencia para tercer debate en la Comisión VII de Cámara, es consecuente con la Ley 100 de 1993 dentro del modelo de mercado y aseguramiento esencialmente privado; es un proyecto que al supuestamente pretender mejorar la operatividad del Sistema, facilita la liquidación de los hospitales públicos, sobre todo aquellos de servicios básicos indispensables para realizar las bases de la APS, tal como sucedió en Bogotá con la reestructuración aprobada en virtud del Acuerdo Distrital 641 de 2016, afectando las comunidades más desprotegidas y favoreciendo el despido masivo de trabajadores.

Herman Redondo Gómez

Observatorio Legislativo

Colegio Médico de Cundinamarca y Bogotá CMCB.