



PRONUNCIAMIENTO

LAS Y LOS CONGRESISTAS DE LA BANCADA ALTERNATIVA DE SENADO Y CÁMARA, ASÍ COMO OTROS PARLAMENTARIOS, SOLICITAN EL ARCHIVO DEL PROYECTO DE LEY 010 DE 2020 SENADO, 425 DE 2020 CÁMARA

“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”

El 20 de julio de este año, fue radicado el proyecto de Ley 010 de 2020 de Senado, posteriormente 425 de 2020 de Cámara, el cual en sus inicios se habría presentado como una reforma al sistema de salud en cumplimiento, siempre pendiente, de la orden de la Corte Constitucional en la Sentencia C-313 de 2014 y de la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015.

El 23 de septiembre de este año, el Gobierno nacional hizo un llamado de urgencia para que se discutiera el proyecto, lo que llevó a que el 30 de septiembre se autorizaran las sesiones conjuntas de las comisiones séptimas de Senado y Cámara.

Pese al llamado de urgencia, se programaron una serie de audiencias públicas en las comisiones que dejaron en el ambiente una honda preocupación acerca del contenido de este proyecto, una amplia solicitud de archivo por una gran y diversa cantidad de participantes, y que nos llevan a las y los aquí firmantes a solicitar el archivo de la iniciativa de ley por las siguientes razones.

1. El presente proyecto no es un cumplimiento, ni de la Sentencia C-313 ni de la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015.

Cuando se anunció este proyecto que, en un principio se presentó como la reglamentación o el desarrollo de la Ley Estatutaria de Salud 1751, esperábamos que en ella se cuestionara racionalidad de la política que dio origen y ha mantenido el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la intermediación financiera, el modelo de atención centrado en la enfermedad que separa las acciones individuales de las colectivas, la ausencia de un enfoque preventivo en la atención en salud, la privatización de las instituciones públicas, la precarización de las condiciones de empleo y trabajo del personal de la salud, la exclusión de un enfoque de las acciones en salud basado en los territorios, la marginación de los saberes ancestrales y prácticas propias de las comunidades indígenas y negras, todo lo cual ha resultado inefectividad para mejorar el desempeño de las instituciones de salud en lograr



resultados en salud y contribuir a reducir las desigualdades injustas en salud que se han agravado en las actuales circunstancias de la crisis sanitaria..

El núcleo duro de una reforma a la salud no puede centrarse en cómo se ajustan los actores para intentar mantener el equilibrio de un negocio de intermediación que ha ido en contra del derecho a la salud. con más de 40 y un mil 200 muertes confirmadas y sospechosas según el DANE entre marzo 3 y noviembre 1 del 2020 a causa del COVID-19, éste es un lujo que los colombianos y las colombianas no podemos darnos.

Lo que debe inspirar el cambio de un sistema de salud es entender la salud de manera distinta, es decir, como bienestar, como calidad de vida. Además, es necesario situarla en todas las particularidades de lo que implica un país de territorios muy diferentes entre sí, de grandes desigualdades sociales que afectan la salud en detrimento de los grupos en desventaja, un país habitado por una amplia diversidad de pueblos, de entornos ambientales en deterioro progresivo, así como de niveles de desarrollo regionales con brechas gigantes.

Son las necesidades en salud, en esa comprensión amplia de bienestar, de calidad de vida, las que deberían dictar cualquier acometida legislativa en el ámbito de la salud. Este proyecto no parte de esta premisa como el sentido común debería dictarnos.

Evidencia de todo lo anterior es que el proyecto persista en priorizar la gestión del riesgo más en términos financieros que de riesgos en salud.

Así las cosas, consideramos que en la Ley Estatutaria de Salud y en las Sentencias de la Corte, el gobierno nacional tiene las herramientas suficientes, no para ajustar el sistema sino para dar una vuelta hacia lo que deberían ser las prioridades de éste. Sin embargo, el proyecto sigue desobedeciendo el mandato constitucional que hace tiempo debió ser cumplido.

En el Artículo 3 del Borrador de Ponencia que nos presenta el Ministerio, en el punto sobre el **Desarrollo de una Política Pública de Salud**, se sigue hablando de un Plan de Beneficios cuando la Ley Estatutaria de Salud, en su artículo 15 establece que:

El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

Adicionalmente la Sentencia C 313 dice:

Si el derecho a la salud está garantizado, se entiende que esto implica el acceso a todos los elementos necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible y las limitaciones deben ser expresas y taxativas. Esta concepción del acceso y la fórmula elegida por el legislador en este precepto, al determinar lo que está excluido del servicio, resulta admisible, pues, tal como lo estimó la Corporación al revisar la constitucionalidad del artículo 8º, todos los servicios y tecnologías se entienden incluidos y las restricciones deben estar determinadas.

Este proyecto es inconstitucional en tanto sigue hablando de un Plan de Beneficios. La Corte Constitucional viene cuestionando esto desde la Sentencia C-313 este concepto y seguir conservándolo en cualquier iniciativa de Ley posterior, es contrario a la Ley Estatutaria de Salud.

2. La introducción de conglomerados empresariales del sector salud.

La UPC tiene una destinación específica. La UPC es para la atención en salud de las personas, eso no es negociable y es inconstitucional pretender poner esos recursos en función de otros intereses. ¿Qué significa inversiones en el sector salud con recursos públicos? ¿cómo así que, con dineros de destinación específica, la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar inversiones distintas a la atención de las y los usuarios? ¿No son acaso estos recursos para garantizar un derecho fundamental?

Los dineros de la UPC no operan como una prima de seguro, han sido dados como un encargo de la delegación que hace el Estado de la administración de unos recursos públicos, en donde aquellas encargadas reciben un porcentaje por la administración. Por este carácter de la UPC, el uso en el proyecto de ley del término “prima” es confuso y se presta para cambiar el fin de estos recursos.

Adicionalmente, es un exabrupto que se puedan llegar a manejar como recursos privados los aportes fiscales y parafiscales. Debe recordarse que la normatividad vigente considera las cotizaciones en salud como “contribuciones parafiscales”, es decir, en últimas, ingresos fiscales o tributos que tienen destinación específica como recursos para el SGSSS.

- **En conclusión, el proyecto de ley promueve a través de la regionalización y otras herramientas, la concentración de los servicios de salud. A través de este ajuste al sistema se busca entregar mayor poder a las EAPB creando rangos para entregar a pocas EPS la prestación. En el mismo sentido se hará lo mismo con IPS para**



concentrar los servicios de salud en pocos prestadores sometiendo el sistema a procesos de integración vertical para cumplir una nueva fase de la ley 100, que es la entrega del sistema de salud al capital financiero internacional, como se ha visto durante los años en los prestadores y EPS inmersos en el sistema.

3. El proyecto pretende convertir en ley lo que ya es ley.

El proyecto contiene propuestas que ya hacen parte de la Ley 1122 y 1438 como, por ejemplo, la *Coordinación Intersectorial de Salud Pública*, la cual no se ha podido implementar. Igual ocurre con la *Función esencial del aseguramiento individual* que se encuentra contenida en la Ley 1122.

Más bien miremos en qué insiste el proyecto de Ley que sí debería ser reformado. Sobre la Función esencial del aseguramiento individual, el artículo 13 del Borrador de Ponencia persiste en entregar a las empresas allí citadas, la gestión de las redes de servicios. De conformidad con el artículo 2 de la Ley Estatutaria de Salud que contiene lo ordenado en el artículo 49 de la Constitución Política, la función de la prestación de este servicio público esencial y obligatorio es indelegable por parte del Estado, es decir, la gestión de la red de servicios es una competencia estatal y no de las EAPB.

De igual forma pasa con el Modelo de Atención propuesto en el Borrador en mención, que se encuentra en la Ley 1438 y en diversos decretos, así como en resoluciones dadas en el marco de la emergencia sanitaria, y que no se ha podido implementar debido a que la forma del aseguramiento individual impide llevar a cabo el modelo.

Sobre los integrantes de las Redes Integrales de Servicios, estamos hablando de un desarrollo consignado en la Ley 1438 que resulta innecesario volver a elevar a Ley de la República. Incluso, puede afirmarse que, en términos de la Atención Integral en Red, en el presente proyecto de Ley se retrocede con respecto a la Ley 1438 y la Ley Estatutaria de Salud al eliminar la autoridad sanitaria y la capacidad de los entes territoriales para organizar las redes.

Además, hay una confusión entre las Redes Integrales de Salud que hacen parte del Sistema de Referencia y Contra referencia, y las Rutas de Atención Integral en Salud porque estas últimas se organizan para facturar por evento. Esto es absolutamente contrario a lo que debe entenderse como atención integral en salud porque la enfermedad no aparece en la persona por evento. Cada ruta enviaría por caminos distintos a una misma persona para su atención. Esta lógica responde más a cadenas



de negocios que a la calidad e integralidad en la atención a la que tienen derecho las y los colombianos.

El Fondo de Garantías del Sector Salud ya existe hoy bajo la denominación del Fondo de Salvamento de Hospitales y Aseguradoras y no tiene recursos.

Sobre la unificación de planes y regímenes, así como la creación de un sistema único de salud, ya se encuentra en la Ley Estatutaria de Salud. El Gobierno debería implementar de manera inmediata la Ley Estatutaria, no necesita repetir en otra Ley para empezar a hacerlo. El Gobierno tiene todas las facultades legales otorgadas por la Corte y por el Congreso para hacer una tarea que, por demás, lleva 12 años de atraso. Incluso, la propia Ley 100 ya hablaba de que los regímenes deberían llegar a su fin con el tiempo. En ese sentido esta Ley sobra.

En resumen: se tratan de asuntos que ya están en la Ley y no se han podido implementar.

4. El proyecto mantiene una versión restringida sobre lo que debería ser “regionalización” o “territorialización” de un sistema de salud.

Quizás uno de los puntos más esperados en cualquier proceso de reforma al sistema de salud es la comprensión de que Colombia se constituye de territorios muy diversos, con particularidades distintas. Y que, en esa comprensión de los territorios como escenario de múltiples relaciones sociales, económicas, ambientales, étnicas, institucionales, entre muchas otras, nos desafía a reorganizar el sistema de salud para que realmente surja y se construya en esas particularidades regionales con la participación de sus comunidades.

Lo que vemos es una propuesta para reubicar actores del sistema en el territorio: los mismos actores como las EPS que no han tenido arraigo en las zonas más apartadas porque no ven la rentabilidad allí. Este proyecto no se plantea realmente comprender y organizarse según las territorialidades en Colombia, sino crear más incentivos para que los mismos de siempre hagan lo que, por Ley, deberían estar haciendo, es decir, cumpliendo con las rutas del modelo de atención, más allá de que sobre ellas tengamos también cuestionamientos y cumpliendo con las obligaciones frente al Plan Decenal de Salud Pública, entre muchos otros compromisos que asumieron en el momento en que en sus manos quedó la salud de las y los colombianos.

Adicionalmente en el proyecto no es claro cómo estas regiones tendrían mecanismos realmente participativos para realizar, no solo la formulación de los planes sino incidir en la manera como se destinan recursos de forma más coherente



con las necesidades territoriales. De tal suerte que, por lo pronto, el enunciado no pasa de ser demagogia.

En ese proceso de regionalización se introducen actores como prestador primario y complementario, categorías que solo alimentan una fragmentación en la atención de la población, y ambos conceptos carecen de suficiente sustento teórico. Así mismo al hablar de prestación de servicios primarios y complementarios, continúa afirmándose una brecha de inequidad.

5. Las medidas de ajuste a las Empresas Sociales del Estado pondrán en peligro a los hospitales públicos.

En el proyecto no hay alguna propuesta de ampliación de la red de hospitales públicos, ni de inversión para suplir sus problemas de infraestructura, falta de pago al personal que allí trabaja, entre muchas medidas urgentes, especialmente, cuando estos son prestadores únicos en las zonas más apartadas del país.

Por el contrario, en contradicción con lo que ordena la Ley Estatutaria de Salud 1751, donde estas instituciones deben evaluarse por su rentabilidad social y no financiera, el proyecto propone fusionar y suprimir hospitales en los municipios no certificados y permitir la asociación con privados en aquellos certificados, así como profundizar en las exigencias de sostenibilidad financiera.

El proyecto, al terminar con el régimen subsidiado sin arreglar un mínimo de reglas de contratación y de proporción del gasto con la red pública, deja a merced de la voluntad de las EPS qué se va a contratar con estos hospitales y cuánto será el monto del gasto representado en la contratación, donde seguramente veremos el favorecimiento de la integración vertical y el fin de este prestador indispensable en muchas regiones.

La excusa de que los hospitales públicos se hayan llenado de burocracia se debe precisamente a que el clientelismo y concepción de mercado de la salud de quienes impulsan esta reforma les puso a actuar como empresas con grandes plantas administrativas y a autofinanciarse por ventas de servicios. Esto ni siquiera debería existir, y menos aún donde son prestadores únicos.

La sostenibilidad financiera, según la propia Corte Constitucional es un instrumento para garantizar el derecho, no es una finalidad, por tanto, según la Sentencia C-258 de 2013, este tipo de sostenibilidad no puede ni justificar ni limitar los derechos fundamentales que tienen como misión estos hospitales.

6. Un modelo de salud de atención primaria en manos de EPS.

La propuesta del modelo de atención del proyecto no es nueva, en ella persiste la separación entre las acciones colectivas de salud pública entregadas a los entes territoriales y las atenciones individuales entregadas a las EPS, con lo cual será imposible constituir equipos interdisciplinarios de atención por territorios y micro territorios de salud que integren en sus actividades las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación según las necesidades de las personas, las familias y las comunidades; por el contrario continuaremos viendo equipos extramurales dispersos y desterritorializados, funcionando bajo la lógica de la competencia entre aseguradoras y prestadores primarios privados que entran solamente en el componente de atención curativa individual, separados de los equipos precarios de la salud colectiva. En este modelo el enfoque familiar y comunitario de la APS se reduce a la inserción de un médico de familia convertido en un “portero” encargado de controlar el acceso de los pacientes a los servicios especializados y hospitalarios para limitar los gastos de la atención en salud de las EPS y así incrementar sus ganancias. La acción intersectorial por la salud y la promoción de la participación comunitaria, pilares de la APS integral desde Alma-Ata en 1978 para afectar los determinantes sociales de la salud, seguirán brillando por su ausencia.

Desde la perspectiva del cumplimiento de los atributos relacionados con el desempeño de los servicios de atención primaria en salud, el problema de una estrategia así en manos de las EPS, es que el modelo no se utilizará para facilitar el acceso a la atención de las y los usuarios al sistema, garantizar atención coordinada e integral, ni propiciar vínculos duraderos entre los proveedores de los servicios y las personas, familias y comunidades, ya que la tendencia de estas empresas, en el marco de las relaciones de mercado que caracterizan al modelo, será la fragmentación de las atenciones, la competencia, el ahorro en la prestación de los servicios y el enfoque centrado en el control de los costos de la enfermedad.

7. El proyecto insiste en regular asuntos que son competencia de la autonomía universitaria y la autonomía médica.

En el borrador se reafirma en el trabajo de las denominaciones en salud cuando estas deben ser realizadas por las Universidades. Lo que aquí se pretende supera los propósitos de una ley que intenta ajustar el sistema de salud. El principio de la autonomía universitaria protege el carácter científico y académico de la determinación sobre los programas.

El proyecto desconoce los lineamientos anteriormente puestos en la Ley del Residente 1917 de 2018, donde debe agilizarse su implementación.

Los agrupadores de eventos en salud atentan contra la autonomía de las profesiones de la salud. No se puede definir la facturación en términos de diagnóstico de tratamientos, y esto constituye una contradicción con la Ley Estatutaria de Salud.

8. El proyecto mantiene un sistema de incentivos a las EPS sobre el cumplimiento de funciones que son esenciales para el goce efectivo del derecho a la salud, y que bajo ningún pretexto deberían no ser cumplidas.

El manejo de un componente variable como un paquete de incentivos para que, entre otras, las empresas cumplan con sus obligaciones, lleven adelante las rutas y los planes territoriales, suministren la información actualizada, presten un servicio de calidad, obtengan resultados en salud, es francamente inadmisibile.

Se trata de una especie de sistema de premios para que cumplan obligaciones que, como insistimos, asumieron en el momento en que se puso bajo su tutela el cuidado del derecho a la salud de las y los colombianos. Aquí se intenta una vez más proteger la rentabilidad financiera de empresas que debieron calcular todo lo que significaba intermediar en la garantía del derecho. Es decir, ante el pésimo a regular comportamiento de estas empresas: incentivos.

Finalmente, esta propuesta deja en un círculo cerrado el problema de la atención de los usuarios: las EPS se quejan de que no les alcanza la UPC, la UPC se paga de manera anticipada pero no pueden pagarles a los prestadores, principalmente, a los hospitales públicos y así sucesivamente. El componente variable de la UPC, va a funcionar atado a resultados que han cumplido de manera deficiente o abiertamente han incumplido, así que con dificultad llegarán a tener la parte variable pero estas empresas presionarán porque, si no les dan la UPC con los dos componentes: variable y fijo, entonces no tienen los recursos para cumplir. Si no les dan todo el recurso no cumplen y si no cumplen, no les dan todo el recurso. Esto es inocuo.

El proyecto intentó en sus primeros borradores, unificar el porcentaje que estas empresas reciben por administración al 8%. Al parecer las presiones de las EPS fue suficiente para mantener el 10% en el régimen contributivo. Entonces, seguimos concluyendo que la prioridad de este ajuste es reacomodar a los actores del mercado para salvarlos, no para responder a las prioridades en salud, en especial en tiempos de pandemia.

9. No soluciona, en absoluto, el problema de las y los trabajadores de la salud.

Nuevamente, como este ajuste al sistema es un arreglo de la posición de los actores para mantener la rentabilidad, los eslabones más débiles de la cadena de un sistema



de salud resultan marginales en esta propuesta: las y los usuarios, las y los trabajadores.

En principio el proyecto contemplaba algunas enunciaciones generales que no daban mayor solución a los gravísimos problemas que afrontan las y los trabajadores. Y aunque es ampliamente conocido, vale la pena recordar que la mayoría de aquellos se encuentran en trabajos precarios, víctimas de la tercerización laboral, sin elementos mínimos de bioseguridad en medio de la peor pandemia de los últimos tiempos, en condiciones y ambientes de trabajo no adecuados, con salarios bajísimos, con jornadas de trabajo imposibles, y a muchos se les adeudan meses de salarios.

Los giros no llegan a manos de las y los trabajadores porque se privilegia el pago de proveedores y de prestadores que hacen parte de manera abierta o encubierta de las mismas EPS.

Entonces insistimos, se requiere una reforma que ordene prioridades. Un sistema de salud se compone de trabajadores y trabajadoras que tienen una misión única y especial en el conjunto de la sociedad: la vida y el cuidado de las y los ciudadanos de un país. Las pésimas condiciones laborales de trabajadoras y trabajadores de la salud son la garantía del riesgo sobre las vidas y el goce del derecho a la salud de las y los colombianos.

10. La salud pública sigue siendo marginal en este proyecto, pese a que necesita los mayores esfuerzos para su ampliación en momentos de una emergencia sanitaria.

La salud pública ha demostrado, aquí y en el mundo entero, a partir de las circunstancias de la pandemia, que su acción es mucho más efectiva que el modelo de atención individual, curativo y morbicéntrico (es decir, centrado en la enfermedad). Persiste la visión fragmentada entre una salud pública colectiva y una salud pública individual, al tiempo que no profundiza en la manera de afectar los determinantes sociales de la salud más que en decir que ahora habrá una cierta integración del Estado a través de comisiones intersectoriales sin carácter vinculante o eficacia demostrada.

Sin embargo, en este proyecto, donde se esperaba un despliegue del fortalecimiento de la salud pública, como una de esas lecciones estratégicas que dejan una crisis sanitaria de semejantes proporciones, sigue siendo un componente marginal, sin grandes novedades y, sobre todo, sigue estando sometida a su baja participación en el ordenamiento de los recursos en el país.

Se puede enunciar la importancia de la salud pública en muchos escenarios, pero lo cierto es que la voluntad política de un Estado se manifiesta en la manera como destina sus recursos: en salud sigue concentrada en el aseguramiento individual de un modelo de atención curativo.

11. Abre una puerta peligrosa para poner fin a los regímenes de excepción al permitir el traslado de usuarios y usuarias al SGSSS.

Dentro del proyecto de ley radicado se promueve el marchitamiento de los regímenes exceptuados y especiales que han sido conquistas de los trabajadores colombianos, de sus familias y de la sociedad en general para la garantía del derecho a la salud. Dichos regímenes han sido quienes más han resistido a la exposición del salud como negocio y no como derecho y abrir la puerta para el traslado de usuarios a los regímenes contributivos y subsidiados crea una desmejora en el derecho a la salud de los sectores beneficiados.

12. Mal enfoque para el ejercicio de la especialización en medicina familiar

Resta calidad a la especialización en medicina familiar, restando un año de práctica, y ordenando el ejercicio amplio de la misma en un sistema público que no tiene plazas para médicos y médicas familiares, y no plantea de forma clara como se brindarán las condiciones adecuadas para el ejercicio de esta especialidad en el marco de una verdadera estrategia de Atención Primaria en Salud.

13. No tiene en cuenta la salud intercultural. El texto radicado no contempla ninguna mención a la salud intercultural para los pueblos indígenas, principio contemplado en la Ley 1755 de 2015, desconociendo así los avances logrados en espacios legítimos de concertación al seno de la Subcomisión de de Salud de la mesa permanente de Concertación de Pueblos Indígenas. Ello imposibilita que los ajustes propuestos dialoguen, armonicen o se acoplen con este modelo de salud especial, incluso contraria varias de las prerrogativas concertadas en el marco de la consulta previa.

Acorde con la Constitución Política y el Convenio 169 de la OIT, que consagran la obligación de concertar medidas en salud para los pueblos indígenas, se ha venido avanzando en la construcción de un modelo de sistema indígena de salud propio e intercultural -el SISPI-con un enfoque en el buen vivir, la armonía y la atención de desequilibrios, priorizando la salud comunitaria. Hoy se posee un marco normativo concertado sobre varios de los puntos que esta iniciativa refiere, algunos de ellos son la Ley 691 de 2001, la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en salud, contemplando a las autoridades indígenas como actores y controladores del sistema, el establecimiento de un régimen de beneficios con enfoque indígena, la posibilidad de crear Administradoras



Indígenas de Salud (ARSI), prerrogativas como la libre escogencia de administradora, posibilidad de hacer limitaciones a la promoción, o mercadeo de las EPS en sus territorios, la garantía de atención a población que se traslade en el territorio nacional. El Decreto 1953 de 2014, por el cual se configura el funcionamiento de las entidades territoriales indígenas, con un capítulo sobre el SISPI, el decreto 1848 de 2017 que agregó un grueso marco normativo sobre el sistema de habitación, operación y permanencia de las entidades promotoras de salud indígenas e instituciones prestadoras de salud indígenas.

No se consagra la manera en que la iniciativa se articule con estas prerrogativas concertadas en salud propia indígena. Pero en cambio en la práctica si podría generar un retroceso en los derechos a la prestación de salud diferencial, pues no se ve prudente circunscribir una única EPS o aseguradora en salud a una determinada jurisdicción endilgando una doble función, la prestación general y la diferencial étnica, cuando ni las actuales y escasas EPS indígenas han logrado plenamente su cometido. Además, varias de las disposiciones vulneran el derecho a la libre escogencia y los derechos a la autonomía, intercultural y menoscaban la gobernanza en salud de los pueblos y su papel de controladores de su sistema de salud.

EN CONCLUSIÓN

Consideramos que este proyecto poco aporta a las actuales circunstancias del país, no responde ni es pertinente en medio de una pandemia, repite e inclusive empobrece leyes ya existentes, abre puertas peligrosas para la privatización de los recursos, lanza un salvamento a las EPS, pone en peligro la red pública hospitalaria, es abiertamente inconstitucional y carece de la profundidad necesaria que requiere una reforma al sistema.

Es necesario hacer una gran convocatoria nacional para construir una reforma estructural al actual sistema de salud que realmente ordene las prioridades y garantice el goce efectivo a este derecho.

Por lo tanto, las y los congresistas aquí firmantes, solicitamos **EL ARCHIVO DEL PROYECTO DE LEY 010 DE 2020 SENADO, 425 DE 2020 CÁMARA.**

Firman:

PONENTES COMISIÓN SÉPTIMA DE SENADO

Victoria Sandino Simanca H.

VICTORIA SANDINO SIMANCA HERRERA
Senadora de la República



JESUS ALBERTO CASTILLA SALAZAR
Senador de la República



JOSÉ AULO POLO
Senador de la República



MANUEL BITERBO PALCHUCAN
Senador de la República

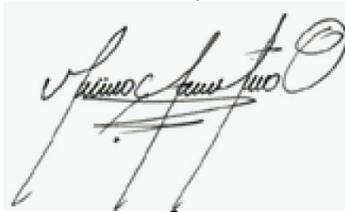
REPRESENTANTES COMISIÓN SÉPTIMA DE CÁMARA



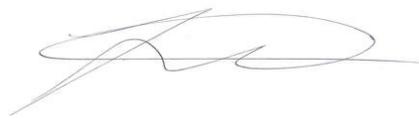
JORGE ALBERTO GÓMEZ GALLEGO
Representante a la Cámara por
Antioquia

Omar Restrepo

OMAR DE JESÚS RESTREPO
Representante a la Cámara por Antioquia



MAURICIO ANDRÉS TORO ORJUELA
Representante a la Cámara por Bogotá



JAIRO REINALDO CALA SUÁREZ
Representante a la Cámara por Santander



FABIÁN DÍAZ PLATA
Representante a la Cámara por Santander

DEMÁS CONGRESISTAS



ROY LEONARDO BARRERAS
Senador de la República



WILSON NEBER ARIAS
Senador de la República



JULIAN GALLO CUBILLOS
Senador de la República



CRISELDA LOBO SILVA
Senadora de la República



MARÍA JOSÉ PIZARRO RODRÍGUEZ
Representante a la Cámara por Bogotá



LUIS ALBERTO ALBAN URBANO
Representante a la Cámara Por el Valle del
Cauca



JORGE ENRIQUE ROBLEDO CASTILLO
Senador de la República



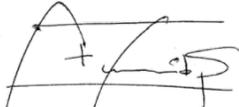
JUAN LUIS CASTRO CÓRDOBA
Senador de la República



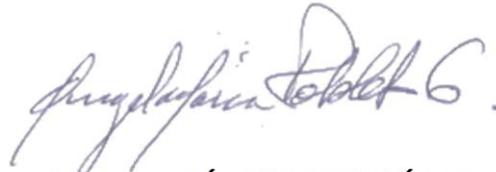
GUSTAVO BOLÍVAR
Senador de la República



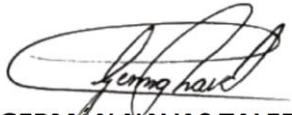
LEÓN FREDY MUÑOZ
Representante a la Cámara por Antioquia



ANTONIO SANGUINO PÁEZ
Senador de la República



ANGELA MARÍA ROBLEDO GÓMEZ
Representante a la Cámara



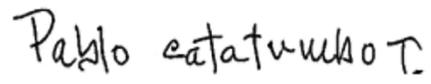
GERMAN NAVAS TALERO
Representante a la Cámara por Bogotá



WILMER LEAL PÉREZ
Representante a la Cámara por Boyacá



CARLOS A. CARREÑO MARIN
Representante a la Cámara por Bogotá



PABLO CATATUMBO HERRERA
Senador de la República



ISRAEL ZÚÑIGA IRIARTE
Senador de la República



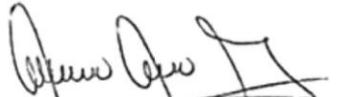
IVÁN MARULANDA
Senador de la República



ANGÉLICA LOZANO CORREA
Senadora de la República



ABEL DAVID JARAMILLO
Representante a la Cámara – Circunscripción
Indígena



ALEXANDER LOPEZ MAYA
Senador de la República



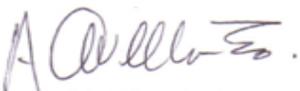
GUSTAVO PETRO URREGO
Senador de la República



DAVID RACERO MAYORCA
Representante a la Cámara por Bogotá



JORGE EDUARDO LONDOÑO ULLOA
Senador de la República



AÍDA AVELLA ESQUIVEL
Senadora de la República



FELICIANO VALENCIA MEDINA
Senador de la República



IVAN CEPEDA CASTRO
Senador de la República



CÉSAR AUGUSTO PACHÓN ACHURY.
Representante a la Cámara por Boyacá
Movimiento Alternativo Indígena y Social MAIS



