

PONENCIA NEGATIVA

PL 010 / 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 "MENSAJE DE URGENCIA”

Victoria Sandino
Senadora de la República



**ALBERTO
CASTILLA**
SENADOR  CAMPESINO

ANTECEDENTES

El 23 de septiembre de 2020, el Gobierno nacional hizo un llamado de urgencia para que se discutiera el proyecto, lo que llevó a que el 30 de septiembre se desarrollarán sesiones conjuntas de las comisiones séptimas de Senado y Cámara. Pese al llamado de urgencia, se programaron cuatro audiencias públicas en las comisiones, que impulsaron la creación de un nuevo articulado al Proyecto de Ley 010 de 2020.

El 16 de marzo de 2021 se radica un nuevo Proyecto de Ley con una modificación al articulado agregando un nuevo capítulo de Seguridad Sanitaria y Emergencia Sanitaria, sin la firma de los senadores y senadoras ponentes. Este capítulo no hizo parte de los discutidos en las audiencias públicas.

El 17 de marzo de 2021 se retira la primera ponencia del Proyecto de ley 010/20 senado y 425/20 cámara, por parte del ponente en cámara Juan Diego Echavarría Sánchez, después de la radicación de la última versión en cámara.

CONSIDERACIONES DEL PROYECTO DE LEY

No es un cumplimiento, ni de la Sentencia C-313 ni de la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015

+ En la exposición de motivos las y los autores aseguran que es necesario revisar el actual modelo de salud argumentando que:

+ “A primera vista y por la cantidad de leyes expedidas, la adopción de una nueva norma podría considerarse como una reiteración innecesaria (...) a pesar de las intenciones de cada una de estas normas, subsisten ciertos problemas en el SGSSS que hacen necesario revisar su funcionamiento y articularlo al Sistema de Salud”

Mantiene la inequidad al acceso por capacidad de pago

- +Artículo 6 (LES): sobre los **“elementos y principios”** del derecho fundamental a la salud, define la “universalidad” así: “[L]os residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida”
- +El proyecto de ley conserva separación entre pobres definidos por la encuesta SISBEN, y no pobres, que se ven obligados a cotizar.

Inconstitucionalidad en los regímenes

- +El artículo 8° (LES), sobre el **principio de integralidad**, establece que “[No] podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario”
- +No obstante, el proyecto continúa dividiendo actividades preventivas de curativas y plan “básico” a cargo del ente territorial, de plan “único” para los dos regímenes principales a cargo del “asegurador” y “exclusiones” que serían asumidas por la vía de los seguros privados o por la acción de tutela, con lo cual se diluye la responsabilidad de la atención.

No se enfoca en los determinantes sociales de las desigualdades en salud

- +El artículo 9° (LES) se refiere a la obligación del Estado de afectar los “**determinantes sociales de las desigualdades en salud**”
- +Al respecto, el proyecto de ley propone un conjunto de acciones intersectoriales que ya existen y no han operado. Este enfoque no cumple con la exigencia planteada por la Ley Estatutaria de avanzar seriamente en la superación de la matriz de inequidad en salud.

No avanza en la participación social en salud

- +El artículo 12 (LES), sobre **participación social en salud**, establece en su literal a) el derecho a “participar en la formulación de la política de salud...”
- +No obstante, el gobierno nacional pretende sacar en una legislatura, con mensaje de urgencia, una reforma que merece un amplio debate local, regional y nacional, en función de la garantía del derecho a la participación en salud, como lo establece este artículo de la Ley Estatutaria. Unas cuantas audiencias virtuales no es suficiente garantía del derecho a la participación social en salud.
- +Adicionalmente en la última ponencia radicada el 16 de marzo de 2021, el Ministerio de Salud y Protección Social anexa un capítulo nuevo, muy controversial que pretende elevar a Ley de la República las medidas tomadas durante esta pandemia para legislar sobre la Emergencia Sanitaria. Este capítulo no fue discutido ni sometido al criterio de la participación social como lo establece la LES, aspecto que se desarrollará con mayor amplitud más adelante.

Insiste en el Plan de Beneficios

- +El artículo 15 (LES), sobre **prestaciones en salud**, establece seis criterios para definir “exclusiones explícitas” de servicios y tecnologías no cubiertos con recursos públicos. En consecuencia, todo lo que no sea excluido, está incluido.
- +No obstante, el proyecto conserva el plan de beneficios en salud, con la pretensión de ser un plan único entre regímenes, además de las exclusiones explícitas, lo que resulta en contra de la Ley Estatutaria y la jurisprudencia constitucional.

Vulnera la autonomía profesional y universitaria

- +El artículo 17 de la Ley Estatutaria, sobre **autonomía profesional**, establece: “[S]e garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a cargo [...] Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción que atente contra el ejercicio de la autonomía profesional [...]”
- +En contravía, el proyecto de ley establece, en el artículo 32, unos “Agrupadores de Eventos en Salud” que estandarizaría por grupos de diagnóstico en función de los gastos y no en función de las necesidades de las personas, cuando se sabe que, en materia de salud, “no hay enfermedades sino enfermos”.
- +Reafirma la definición por parte del Ministerio de Salud de las denominaciones en especialidades médicas cuando estas deben ser realizadas por las Universidades, vulnerando con ello la autonomía universitaria.

Vulnera la dignidad de las y los trabajadores del Sistema de Salud

+El artículo 18, titulado “**Respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud**”, establece que, “[L]os trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales”.

+Sin embargo, 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

Acaba con la Red Pública Hospitalaria

- +El artículo 24 de la Ley Estatutaria, sobre “**disponibilidad de servicios en zonas marginadas**”, establece la responsabilidad del Estado de garantizar la disponibilidad de servicios en todo el territorio nacional, especialmente de las zonas marginadas, sobre el criterio de que “[L]a extensión de la red pública de servicios no depende de la rentabilidad económica sino de la rentabilidad social”.
- +En el Proyecto de Ley vemos:
 - +Un mayor ajuste de la red hospitalaria a la rentabilidad económica, bien por la vía de la fusión de instituciones, por la venta al mejor postor o por las alianzas público-privadas
 - +Otorga mayor gobernabilidad a las “aseguradoras” para que integren sus propias redes de manera vertical u horizontal, por medio de la “regionalización” del aseguramiento, la creación de economías de escala y el oligopolio de “aseguradores” con inversión extranjera.
 - +No se evidencia propuesta de ampliación de la red de hospitales públicos, ni de nueva inversión para suplir sus problemas de infraestructura, falta de pago al personal que allí trabaja, entre muchas medidas que urgen, especialmente, cuando estos son prestadores únicos en las zonas más apartadas del país.

Privatiza recursos públicos de Destinación Específica para la salud

- +El artículo 25 de la LES, confirma el carácter público de los recursos, fiscales y parafiscales, del sistema de seguridad social en salud de la siguiente manera: “[L]os recursos públicos que financian la salud son inembargables, tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente”
- +El proyecto en su exposición de motivos entiende a las EAPB como aseguradoras cuando estas empresas:
 - + No son aseguradoras sino administradoras de recursos públicos
 - +La Unidad de Pago por Capitación no es una “prima regulada” (similar a lo que yo pago en una firma comercial, sino recursos públicos que se transfieren al uso de un agente privado.

El proyecto pretende convertir en ley lo que ya es ley

Su contenido existe en la Ley 1122 y 1438

- Acciones intersectoriales en salud (NO se ha implementado)
- Función esencial del aseguramiento individual presente en la Ley 1122.
- Modelo de Atención se encuentra en la Ley 1438, diversos decretos y resoluciones que este gobierno no ha podido implementar, debido al aseguramiento individual impide llevar a cabo el modelo.
- En términos de Atención Integral en Red esta iniciativa legislativa **RETROCEDE** con respecto a la Ley 1438 y la LES al eliminar autoridad sanitaria y capacidad de entes territoriales.

Sobre Seguridad Sanitaria y Emergencia Sanitaria

No existe unidad en materia en este capítulo con el proyecto de ley 010/senado-425/20 cámara.

En el artículo 14. Fabricación Nacional de Tecnologías, el Proyecto de ley promete lo que sucede en otros países, investigación básica desarrollada con recursos públicos pero **PRIVADOS** se quedan con la patente o los derechos de uso y comercialización de los resultados.

Los diferentes decretos y disposiciones que se tomaron en respuesta a la pandemia, reflejan un enfoque centralista el cual **NO** tuvo en cuenta la diversidad territorial.

Sobre las medidas sanitarias

- A. Se determina articulación de diferentes agentes del sistema de salud y demás sectores, no se ha realizado una evaluación del proceso, en las zonas rurales especialmente.
- B. Estrategias de comunicación e información**, el MSPS cuenta con los mecanismos para hacerlo ya, sin elevarlo a Ley.
- C. Las restricciones de la movilidad**, asigna responsabilidades al ministerio del interior en el manejo de emergencias sanitarias, lo cual rebasa las competencias de este Proyecto de Ley.

D. Brigadas de atención para la emergencia, cumple las funciones de los equipos técnicos del MSPS en el marco de la elaboración de una estrategia por la contención de pandemia, evento epidemiológico o desastre, operativamente es inconveniente.

G. Acuerdos con laboratorios importadores y productores nacionales, El secretismo hace imposible para la ciudadanía conocer las condiciones de dichos acuerdos. ***No podemos quedar a merced de las grandes corporaciones farmacéuticas.***

H. Permite **participación del sector privado en la provisión de medicamentos, vacunas, insumos y demás tecnologías en salud**, contradice los decretos que se promulgaron en el marco de esta emergencia sanitaria, donde se consideraron las vacunas como un bien escaso y por tanto se dispuso su compra desde el Estado. De esta manera, este literal podría ir en contra del bienestar general al abrir el mercado de los medicamentos, vacunas, insumos y demás tecnologías en salud al sector privado que puede acaparar estos bienes.

El Estado toma recursos públicos para impulsar negocios en lugar de fortalecer su propia institucionalidad, capacidad territorial y nacional. Conserva exactamente la lógica del Sistema de Salud donde el derecho a la salud y la vida se degrada a un negocio.

Los artículos con relación a la fabricación, almacenamiento, acondicionamiento, corresponde a tomas de decisiones de la discrecionalidad del MSPS que enfrente la crisis sanitaria, elevar a ley de la república las decisiones no se pueden establecer como un procedimiento aplicable en todas las crisis sanitarias.

Literal M. No se entiende la descarga de responsabilidad de las EPS en la compra de tecnologías en salud que ya se encuentra a cargo por la Unidad de Pago por Capitación. **El desabastecimiento no puede ser argumento para que estas empresas no cumplan con su obligación de usar la UPC para contratar los servicios de los usuarios en salud y se sobre cargue con ello a la ADRES.**

El artículo 18, **sobre la formación y ejercicio del Talento Humano en Salud**, en las áreas de salud pública y seguridad sanitaria, vulnera el principio de la autonomía universitaria, se evaden el principio de autonomía profesional, además porque el título de las profesiones en salud debe ser otorgado por una universidad y no es competencia del Ministerio de Salud y Protección Social definir perfiles y competencias específicas y menos, dar este tipo de directrices como aquellas que indican el deber de reconocimiento por parte del Ministerio de Educación.

Financiación de la Emergencia Sanitaria, este artículo busca establecer el **FOME** como el **fondo permanente**, sin reconocer que los recursos que conforman el presupuesto que ha dado frente a la emergencia sanitaria también corresponde a partidas territoriales, demás fondos existentes y recursos privados. Además, existe el Fondo Nacional de Calamidades el cual cumple las veces de un fondo para futuras emergencias sanitarias

EL NUEVO CAPÍTULO

Se encuentra lejos de establecer el deber ser del Estado en caso de una emergencia sanitaria.

Se centra en acuerdos comerciales, provisión de biológicos y fármacos. Los demás puntos tienen un pobre o inexistente desarrollo en el capítulo, por ejemplo, **no se hablan de las medidas de contención, de prevención, de adecuación de las redes de servicios, de protección al personal sanitario, de saneamiento del ambiente.**

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.

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.

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 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.

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

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 acciones intersectoriales sin carácter vinculante o eficacia demostrada.

No tiene en cuenta la salud intercultural

- Desconoce avances logrados en la Subcomisión de Salud de la Mesa Permanente de Concertación de Pueblos Indígenas.
- **La Ley Estatutaria en el artículo 6°, literal l),** plantea el principio de la “interculturalidad”, entendido como “el respeto a las diferencias culturales existentes en el país [...] a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales [...]”, así como el literal m) establece que “para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrolla en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI)”. Sin embargo, **el proyecto generaliza la experiencia de “asegurador único” en salud realizada en el Departamento del Guainía,** con población mayoritariamente indígena, donde **para nada se desarrolló el SISPI** y simplemente se contrató a algunos indígenas como agentes comunitarios de salud. En cambio, **se generó el monopolio del aseguramiento con cofinanciación de gastos por parte del ente territorial y cada vez menos gobernabilidad territorial de la salud.**

Un nuevo modelo que resuelva las dificultades de este

Buscamos un Modelo de Salud que resuelva los problemas que subsisten en el SGSSS, que hacen necesario revisar su funcionamiento y articularlos al Sistema de Salud, como lo indican los autores del proyecto en la exposición de motivos.

Es necesario revisar el modelo de salud que se ha propuesto desde la Ley 100 de 1993, hasta el día de hoy. Este proyecto de ley presenta severas inconsistencias en su objetivo con relación al articulado, que no resuelven las necesidades del Sistema de Salud expuestos a la hora de presentar este proyecto.

SOLICITUD DE ARCHIVO

Con fundamento en las anteriores consideraciones y con sustento en la Ley 5ª de 1992 “por la cual se expide el Reglamento del Congreso; el Senado y la Cámara de Representantes”, en su sección 5, artículo 114, numeral 1, rendimos Ponencia Negativa y solicitamos a los honorables Senadores y Representantes de la Comisión Séptima del Senado y Cámara de la República, **ARCHIVAR el Proyecto de Ley 010 de 2020 Senado y 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”.

GRACIAS

Victoria Sandino
Senadora de la República



Senador
José Aulo Polo Narváez

ALBERTO
CASTILLA
SENADOR **POLO** CAMPESINO