

Honorio Henriquez
Senador

VII

Bogotá, agosto 15 de 2023.

Honorable Senador
IVÁN LEONIDAS NAME VÁSQUEZ
Presidente
Senado de la República
Ciudad

Asunto: Radicación del proyecto de ley "Por medio de la cual se mejora y fortalece el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"

Honorable presidente,

En nuestra condición de Congresistas, radicamos ante la Honorable Secretaría General del Senado de la República el proyecto de ley **"Por medio de la cual se mejora y fortalece el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"** para que sea puesto a consideración del Honorable Senado de la República. Cumpliendo con el pleno de los requisitos contenidos en la Ley 5 de 1992, y con la finalidad de iniciar el trámite legislativo y aprobar esta iniciativa adjunto a esta comunicación encontrará el texto original del proyecto de ley en versión digital.

De los Honorables Congresistas,

Alvaro Barreza

Andres Ferrera H.

HONORIO MIGUEL HENRIQUEZ PINEDO
Senador de la República
Autor Principal

Enrique Cabantes B.

Oscar Johansson

SIBETH

Carlos

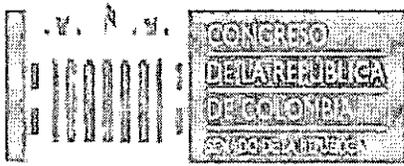
Ciro Ramirez

SENADO DE LA REPÚBLICA

Secretaría General (Art. 139 y ss Ley 5ª de 1.992)

El día _____ del mes _____ del año _____
se radicó en este despacho el proyecto de ley
Nº. _____ Acto Legislativo Nº. _____, con todos y
cada uno de los requisitos constitucionales y legales
por: _____

SECRETARIO GENERAL



Honorio Enriquez
Senador

1. TEXTO PROPUESTO PARA PROYECTO DE LEY _____ DE 2023

"PROYECTO DE LEY NO. 110 DE 2023

"Por medio de la cual se mejora y fortalece el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"

El Congreso de Colombia

DECRETA:

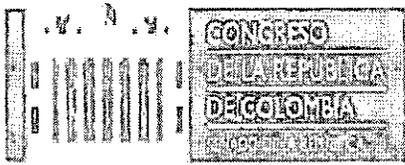
Artículo 1. Objeto. La presente Ley tiene por objeto mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud en sus componentes de: Talento humano en salud, atención en zonas rurales o marginadas, prevención de la enfermedad y exigencia de la calidad de la prestación del servicio, para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en desarrollo de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

CAPITULO I
TALENTO HUMANO EN SALUD

Artículo 2. Condiciones Laborales del Talento Humano del Sector Salud. Las condiciones para la prestación del servicio del talento humano del sistema de salud deben ser dignas en todo el territorio colombiano, se deben establecer condiciones de vinculación laboral o contractual estables, garantizando un pago justo y oportuno.

Artículo 3. Remuneración y compensación del talento humano de la salud. El Gobierno nacional dentro de los doce (12) meses siguientes a la expedición de esta Ley definirá los parámetros relacionados con la remuneración de los servidores públicos del sector salud, determinando una base de remuneración mínima que se actualizará anualmente en el porcentaje que se establezca de aumento para los servidores públicos en general.

El Gobierno nacional establecerá los estímulos e incentivos económicos y no económicos para los servidores públicos del sector salud, especialmente para quienes presten sus servicios en zonas marginadas, dispersas o de baja densidad poblacional, del sector rural o urbano.



Honorio Enriquez
Senador

Parágrafo. Los topes mínimos establecidos en dicha reglamentación, servirá de parámetro para la remuneración que se pacte con el talento humano en salud del sector privado.

CAPITULO II

ATENCIÓN EN ZONAS RURALES, MARGINADAS O DISPERSAS

Artículo 4. Modelo diferencial para la atención preferencial en zonas marginadas, dispersas o de baja densidad poblacional. El Gobierno nacional establecerá las Regiones para la gestión integral del riesgo en salud catalogadas como zonas marginadas, dispersas o de baja densidad poblacional, tanto del sector rural como urbano.

En estas Regiones el aseguramiento de la población estará a cargo de la(s) Entidades Promotoras de Salud públicas, privadas o mixtas, elegida(s) por el Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad con el modelo que establezca y que debe obedecer a los principios de selección objetiva y concurso de méritos y el cual deberá atender a: i) las necesidades especiales en salud de la población conforme a su caracterización; mi) la capacidad de oferta, calidad y oportunidad de los servicios; iii) las condiciones geográficas de acceso a los servicios; y, iv) La inclusión y respeto por las prácticas tradicionales de los grupos poblacionales que habitan en los territorios, reconociendo la interculturalidad y practicas ancestrales.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas o mixtas que tengan servicios de salud habilitados en zonas marginadas, dispersas o de baja densidad poblacional, podrán financiar sus gastos de funcionamiento con recursos de subsidio a la oferta de la Nación y la Entidad Territorial correspondiente, en los términos que reglamente el Gobierno nacional.

En este modelo de atención se debe promover e incentivar el uso de servicios de telemedicina o a través de herramientas tecnológicas, para mejorar la oportunidad y acceso a los servicios de salud en dichas zonas, sin que ello limite la atención presencial cuando la patología lo requiera.

La inversión en infraestructura, dotación u operación de los hospitales públicos en zonas marginadas, dispersas o de baja densidad poblacional, del sector rural o urbano, se podrá realizar mediante Asociaciones Público-Privadas, en los términos establecidos en la Ley 1508 de 2012, la que la modifique o complemente, según la reglamentación que expida el Gobierno nacional.

Parágrafo. Financiación del modelo diferencial para la atención en zonas marginadas, dispersas o de baja densidad poblacional. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá el valor de la Unidad de Pago



por Capitación (UPC) diferencial para cada una de las regiones establecidas como zonas marginadas, dispersas o de baja densidad poblacional, considerando las características especiales y condiciones de cada una de ellas. Las Entidades Territoriales responderán por la adecuada gestión y destinación de estos recursos.

Artículo 5. Atención Preferencial de Pacientes Remitidos. Dentro de la reglamentación que expida el Gobierno Nacional, se incluirá la atención preferencial de los pacientes remitidos de las zonas marginadas, dispersas o de baja densidad poblacional del sector rural.

CAPITULO III

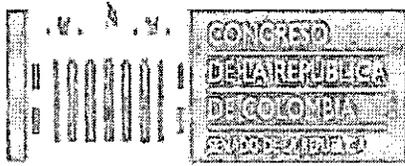
CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Artículo 6. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Créese el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, como órgano asesor del Ministerio de Salud y Protección Social para analizar, deliberar y recomendar la adopción e implementación de políticas públicas en salud relacionadas entre otros temas de interés como: el modelo de atención y prestación de los servicios de salud, con especial énfasis en zonas marginadas, dispersas o de baja densidad poblacional del sector rural, los indicadores de medición de los resultados en salud, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, las exclusiones del Plan de Beneficios, la financiación y sostenibilidad del Sistema, el valor de la Unidad de Pago por Capitación, los pagos moderadores y de los incentivos a las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios, por la calidad y eficiencia en la prestación del servicio, entre otros.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud tendrá a su cargo el seguimiento y evaluación de las políticas públicas en salud, en cuanto al desempeño de los modelos, avance y cumplimiento de metas y la sostenibilidad financiera del sistema, el acceso efectivo a los servicios de salud de toda la población, con especial énfasis en zonas marginadas, dispersas o de baja densidad poblacional del sector rural y en general la situación de salud del país.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud emitirá recomendaciones a la Comisión Intersectorial de Salud Pública sobre las necesidades de intervención de los determinantes sociales en salud y a los ministerios a los que les corresponda ejecutar acciones preventivas y resolutivas sobre los mismos.

Parágrafo. Para efectos de las discusiones relacionadas con las exclusiones del Plan de Beneficios, la financiación y sostenibilidad del Sistema, el valor de la Unidad de Pago por Capitación, de los pagos moderadores y de los incentivos a las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios por calidad y eficiencia, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud deberá basarse en los estudios que presente Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud - IETS.



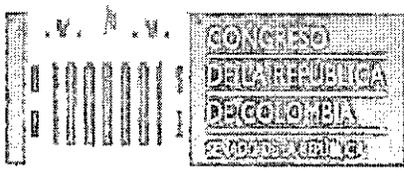
Honorio Henriquez
Senador

Artículo 7. Miembros del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud estará presidido por el Ministerio de Salud y Protección Social y estará conformado por representantes de los siguientes sectores y Entidades, considerando la paridad y participación igualitaria de las mujeres en su conformación.

1. Un representante designado por la Academia Nacional de Medicina.
2. Un representante designado por el máximo órgano de administración de la Asociación de Sociedades Científicas.
3. Un representante de las facultades de medicina, elegido por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.
4. Un representante designado por las Asociaciones de Pacientes.
5. Un representante designado por las Asociaciones de Usuarios.
6. Un representante de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud designado entre ellos por el mecanismo que definan.
7. Un representante de las Direcciones Municipales de Salud, designado entre ellos mismos por el mecanismo que definan.
8. Un representante de los Prestadores y Proveedores de Servicios y Tecnologías de Salud públicos y mixtos, designado por las agremiaciones y asociaciones que los congreguen.
9. Un representante de los Prestadores y Proveedores de Servicios y Tecnologías de Salud privados, designado por las agremiaciones y asociaciones que los congreguen.
10. Un representante de las Entidades Promotoras de Salud públicas y mixtas designado por las agremiaciones y asociaciones que las congreguen.
11. Un representante de las Entidades Promotoras de Salud privadas designado por las agremiaciones y asociaciones que las congreguen.
12. Un representante de los trabajadores de la salud elegido por las organizaciones sindicales.
13. El Ministro de Salud y Protección Social o su delegado.
14. El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.
15. El Director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado.

Parágrafo 1. Podrán ser invitados de acuerdo con los temas a desarrollar en las sesiones del Consejo; el Instituto Nacional de Salud - INS, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA, la Superintendencia Nacional de Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud - IETS y terceros académicos o expertos en salud.

Parágrafo 2. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en su primera sesión adoptará su propio reglamento de funcionamiento, en el cual deberá definir, como mínimo, sus funciones, la periodicidad de las



sesiones, designar la secretaría técnica y la forma de registro de las sesiones, así como el mecanismo de publicidad de las actas de sesión.

Artículo 8. Consejos Regionales de Salud. Confórmense los Consejos Regionales de Salud como órganos de concertación, coordinación y evaluación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud de los individuos, las familias y la comunidad que habitan en la Región para la gestión en salud, con énfasis en las acciones de promoción, conservación de la salud y prevención de la enfermedad.

Los Consejos Regionales de Salud estarán conformados por:

1. Un delegado del Ministerio de Salud.
2. Los directores de Salud de los Departamentos y Distritos que conforman la Región.
3. Un representante de los directores de Salud de los Municipios que conforman la Región.
4. Un representante designado por las organizaciones sindicales.
5. Un representante designado por las Entidades Promotoras de Salud que operan en la Región.
6. Un representante designado por los Prestadores y Proveedores de Servicios y Tecnologías de Salud de la Región.
7. Un representante designado por las Asociaciones de Pacientes de la Región.
8. Un representante designado por las Asociaciones de Usuarios de la Región.
9. Un representante de las comunidades indígenas y afrodescendientes.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá las reglas de organización y funcionamiento de los Consejos Regionales de Salud, considerando la paridad y participación igualitaria de las mujeres en su conformación.

Artículo 9. Intervención en los determinantes sociales. El Gobierno Nacional y las Entidades Territoriales del orden departamental y distrital son las responsables de la intervención oportuna de los determinantes sociales con incidencia en los riesgos en salud del individuo, las familias y la comunidad, en articulación con los diferentes sectores responsables del manejo de dichos determinantes. Así mismo, deben gestionar los riesgos colectivos de salud, de forma armónica y coordinada con las intervenciones y recomendaciones que realizan las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Equipos Básicos de Salud, los individuos y las familias.

La Comisión Intersectorial de Salud Pública deberá elaborar un plan anual de intervenciones en determinantes sociales de salud a partir de las recomendaciones que realice el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y las disposiciones que al respecto se establezcan en el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan



Honorio Enriquez
Senador

Decenal de Salud Pública y los Planes Territoriales. La financiación del plan anual por los diferentes sectores responsables debe ser incorporada en el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Artículo 10. Ajustadores de Riesgo para la Unidad de Pago por Capitalización - UPC. Con el fin de mejorar el cálculo de la UPC y con ello la suficiencia de esta, el Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad con los análisis y recomendaciones que realice el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, deberá revisar periódicamente los ajustadores de riesgo e incluir en los mismos las condiciones en salud de los individuos, de acuerdo con los criterios de selección de las condiciones en salud a tener en cuenta que defina el Consejo.

A partir de la inclusión de este nuevo ajustador, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá crear un sistema de seguimiento y evaluación que permita determinar los avances en los resultados en salud, derivados de las condiciones incorporadas en el ajustador de riesgo y de conformidad con dichos resultados determinar los incentivos a reconocer y pagar a las entidades obligadas a Gestionar integralmente el Riesgo en Salud, los cuales también deberán ser reconocidos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que participen en la atención de la población con las condiciones en salud establecidas.

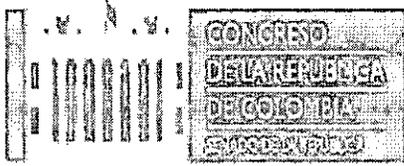
Parágrafo. Este ajustador de riesgo deberá incorporarse para el cálculo de la UPC de la vigencia del año siguiente a la entrada en vigencia de esta ley y como consecuencia de este se deberán hacer las modificaciones a que haya lugar a los ajustadores de riesgo y a los mecanismos de ajuste posteriores a la UPC que hoy existen.

CAPITULO IV

PROMOCIÓN, CONSERVACIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Artículo 11. Política pública de Promoción, conservación de la salud y Prevención de la enfermedad. De conformidad con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y demás entidades relacionadas, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección formulará la política pública de promoción, conservación de la salud, y prevención de la enfermedad, como un instrumento o conjunto de normas, estrategias y procesos encaminados a fortalecer el sistema de obligatorio cumplimiento por parte de los actores del Sistema de Salud.

Artículo 12. Contenido de la Política pública. La Política Pública de Promoción, conservación de la salud y Prevención de la enfermedad deberá contener como mínimo:



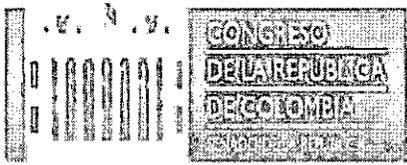
Honorio Enriquez
Senador

- a) Acciones claras y concretas de promoción, conservación y prevención de la enfermedad, de acuerdo a la caracterización de la población por regiones o territorios con el fin de reducir los riesgos de padecer enfermedades en la población.
- b) Responsables de la ejecución de dichas acciones con periodos de tiempo y evaluaciones de desempeño, a supervisar mínimo cada 2 años.
- c) Pautas de gestión de los riesgos individuales que se coordinen con los riesgos colectivos y laborales conforme a la región o territorio.
- d) Estrategias para facilitar y desarrollar procesos de educación o sensibilización de la población sobre la necesidad y obligatoriedad de participar en las acciones de Promoción, conservación de la salud y Prevención de la enfermedad.
- e) Sanciones drásticas por incumplimiento de las obligaciones de los actores del Sistema, en especial de las Entidades Promotoras de Salud o Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud.
- f) Deberes de autocuidado y preservación de la salud en pacientes y usuarios del sistema.
- g) Sistemas de información y divulgación del conocimiento relacionado con la Promoción, conservación de la salud y Prevención de la enfermedad.
- h) Programas de difusión incluyentes, que garanticen el acceso a La Política Publica de Promoción, conservación de la salud y Prevención de la enfermedad, de toda la población, con mayor énfasis en la población rural, de zonas marginadas, comunidades indígenas, afrodescendientes, personas en situación de discapacidad, entre otras.

Artículo 13°. Seguimiento, Monitoreo y Control. Dentro de la Política Publica de Promoción, conservación de la salud y Prevención de la enfermedad se adoptará un sistema de información o reporte de actividades colectivas por regiones o territorios que permita hacer seguimiento de las acciones de promoción y prevención encaminadas a promover, conservar la salud y prevenir la enfermedad de manera que todos los habitantes del territorio nacional accedan a las ofertas, planes y programas establecidos con este fin.

CAPITULO V ACREDITACIÓN DE CALIDAD EN SALUD

Artículo 14. Optima Acreditación de Calidad en Salud. El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud, dentro de los 12 meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, reglamentará los requisitos y estándares para la Optima Acreditación de Calidad en Salud que deben cumplir las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para continuar funcionando como tales, dentro de la reglamentación que se expida deberá promover y exigir la calidad y buenas prácticas en la prestación del servicio de salud en favor de los usuarios y pacientes, la transparencia en el manejo de los recursos, la cobertura, calidad y oportunidad de



atención y prestación del servicio en las zonas marginadas, dispersas o de baja densidad poblacional, tanto del sector rural como urbano

Artículo 15. Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), públicas, privadas o mixtas, que cumplan con los requisitos de la Optima Acreditación de Calidad en Salud, que determine el Gobierno Nacional, a través de la reglamentación que expida para el efecto, continuarán desarrollando funciones propias del aseguramiento en salud, continuarán recibiendo pagos por concepto de Unidad de Pago por Capitación (UPC) y por prestación de servicios que no estén incluidos en el Plan Básico de Salud (PBS), conforme a lo ya establecido en la ley.

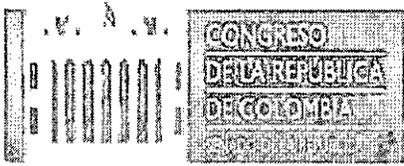
Artículo 16. Entidades de Apoyo a la Salud. Son Entidades Promotoras de Salud (EPS) y entidades nuevas que se constituyan legalmente, que cumplan los requisitos de habilitación y funcionamiento, sin cumplir con los requisitos de la Optima Acreditación de Calidad en Salud establecidos por el Ministerio de Salud.

Estas entidades serán las encargadas de la afiliación, la contratación de los servicios, la auditoría de las cuentas médicas, las actividades de promoción y prevención en salud, con énfasis y prelación en las zonas marginadas, dispersas o de baja densidad poblacional, tanto del sector rural como urbano y la articulación de servicios con el fin de garantizar un acceso oportuno al servicio de salud.

Artículo 17. Prohibición de Integración Vertical a las Entidades de Apoyo a la Salud (EAS). Las Entidades de Apoyo a la Salud (EAS) no podrán prestar servicios de salud en instalaciones propias o con las cuales tengan algún tipo de vinculación. El Gobierno Nacional Reglamentará la materia para evitar que los socios de las Entidades de Apoyo a la Salud (EAS), propietarios, y familiares de estos, participen directa o indirectamente en la prestación del servicio y para evitar que terceros sustituyan a los reales interesados en la prestación del servicio.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) con quienes contraten, deberán estar previamente autorizadas por la Superintendencia de Salud o la entidad en quien delegue el Ministerio de Salud.

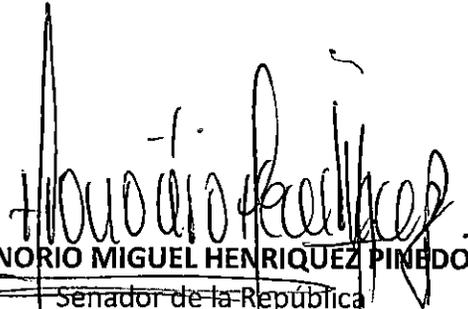
Artículo 18. Honorarios de las Entidades de Apoyo a la Salud. Las Entidades de Apoyo a la Salud (EAS), no manejan recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) reconocerá por cada afiliado un valor mensual por concepto de honorarios a las Entidades de Apoyo a la Salud (EAS), conforme al cumplimiento de sus funciones y valorará entre otros: la excelente atención a los afiliados, calidad en los servicios prestados, transparencia en la administración de recursos, cobertura y atención en las zonas marginadas, dispersas o de baja densidad poblacional, tanto del sector rural como urbano y demás que establezca el Ministerio de Salud.

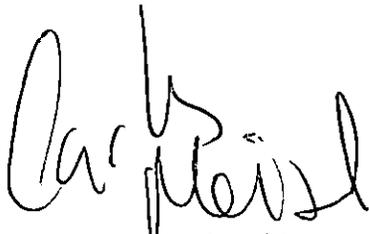


Honorio Enriquez Senador

Artículo 19. Vigencias. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Atentamente,


HONORIO MIGUEL ENRIQUEZ PINEDO
Senador de la República
Autor Principal


Senador de la República
Coautor


Senador de la República
Coautor
Andrés Berrío H.

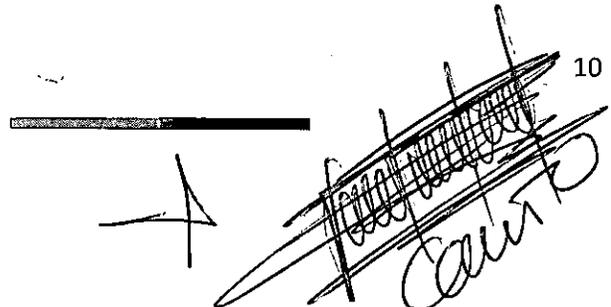

Senador de la República
Coautor


Senador de la República
Coautor
Enrique Cabralos B


Senador de la República
Coautor


Senador de la República
Coautor
Ciro Ramirez


Senador de la República
Coautor


Senador de la República
Coautor

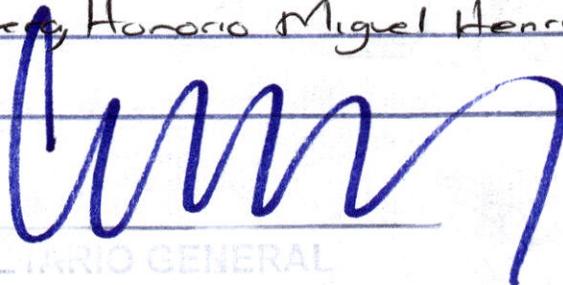
SENADO DE LA REPÚBLICA

Secretaría General (Art. 133 y ss Ley 5ª de 1.992)

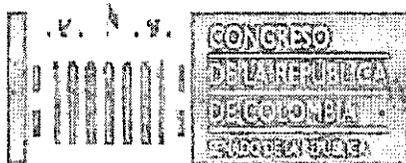
El día 23 del mes Agosto del año 2023,

se radicó en este despacho el proyecto de ley
Nº 110 Acto Legislativo Nº. _____, con todos y
cada uno de los requisitos constitucionales y legales

HS: Alirio Barera Honorio Miguel Henríquez



SECRETARIO GENERAL



2. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. Objeto del Proyecto de Ley.

El presente proyecto de ley, tiene por objeto mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud en sus componentes de: Talento humano en salud, atención en zonas rurales o marginadas, prevención de la enfermedad y exigencia de la calidad de la prestación del servicio, para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en desarrollo de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

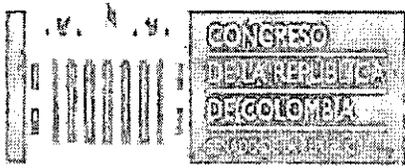
2. Impacto de la Iniciativa

Es necesario resaltar la importancia que en los últimos 30 años ha tenido el sistema de salud colombiano, y la influencia que ha tenido en la calidad de vida de las personas, es necesario recordar que para 1994, la cobertura del sector, los beneficios en salud, se encontraban muy fragmentados, el 7% de la cobertura estaba dirigida a los empleados públicos, el 18% estaba afiliada al ISS, el 20% tenían medicina prepagada, y la población bajo asistencia pública no superaba el 55%. En términos generales se estima una cobertura generalizada del 22% por desfinanciación como primer problema de cobertura y luego de la ley 100 de 1993 el panorama comienza a cambiar.

Tanto así que, según el informe de 2021 de la CEPAL, Colombia se encuentra entre los países de América Latina y el Caribe con el mayor financiamiento público cercano a la meta del 6% del PIB, para el año 2022 el gasto público se ubicó en promedio en los últimos 4 años en 5,8%, en cercano porcentaje que Costa Rica con 5,5%, lo antecede Argentina con el 5,9 %, y Uruguay en un 6,7%.

Esto redundará en beneficio de los colombianos, respecto del gasto de bolsillo en salud, el gasto per cápita de Colombia es uno de los más bajos de la OCDE, y de la Alianza del Pacífico, alrededor del 16%. De 45 países analizados, Colombia figura entre las primeras cinco posiciones, por encima de Turquía, México, China e India. Le siguen dos países latinoamericanos que son: Brasil y Costa Rica. Consecutivamente, Rumanía, Croacia, Bulgaria, Eslovaquia, Letonia y Hungría, gracias al aseguramiento que caracteriza la prestación del servicio de salud en nuestro país.

Adicionalmente, en entrega de medicamentos según estudio del SIES SALUD Sociedad Integral de Especialistas en salud, el 96% de los medicamentos se entregan completos en el primer contacto y 4% adicional en las siguientes 72 horas. El 64% son entregados en el domicilio del paciente con cobertura en 433



municipios. El 14% a población en área rural. El mismo estudio informa un 95% de atención a pacientes, con reasignación del 14,15% cuando es a través del call center de la entidad brindan atención multimodal, 52% virtual, 37% presencial y 11% a domicilio.

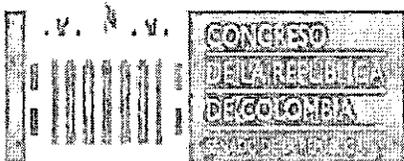
Gracias al actual Sistema de Salud, se brindaron 797 millones de atenciones a los colombianos en 2020, 18 atenciones por afiliado en promedio en 2020, el Plan de Beneficios cubre 97% de los medicamentos y 90% de las atenciones del mercado, 26 de los 60 mejores hospitales de América Latina están en Colombia, el 82% de los usuarios del Sistema recomendaría su asegurador (EPS) a un amigo o familiar.

Los beneficios en atenciones para los colombianos, representan una inversión de mas de 500 millones de pesos al año, en beneficio del Derecho a la Salud de los Colombianos. Antes de la pandemia del COVID-19, que nos afectó en los años 2020, 2021 y parte del 2022, las hospitalizaciones se redujeron 63% en los últimos 4 años anteriores al 2020, lo que significa que los programas de prevención y promoción que lideran las EPS, redundan en la calidad de vida y buena salud de los Colombianos.

Como resultado del buen sistema de salud colombiano el servicio de urgencias y atención ambulatoria se incrementó en 8% y 5% respectivamente, lo que significa que la cobertura en tal sentido se encuentra suplida. La atención domiciliaria se incrementó 33%, un beneficio que al igual que la telemedicina, el Estado no tiene la capacidad de ofrecer, por la corrupción que ha rodeado el sistema en entre los años 2011 y 2018. Según el informe de la OCDE del 2016, el sistema de salud colombiano ha influido en el aumento de la expectativa de vida y disminución de la mortalidad infantil de 40 muertos de 1.000 niños nacidos vivos en 1970, hasta 12.8 en 2013. La mortalidad por Enfermedad Respiratoria Aguda en menores de 5 años, se redujo 47,5% en los últimos 10 años.

Partiendo de esos beneficios que, es necesario resaltarlos, para que sean el punto de partida del mejoramiento que necesita el sistema, construir sobre los construido, en beneficio de todos los colombianos, planteamos estos ajustes al sistema, no en su forma de funcionamiento sino en la materialización del derecho a la salud para todos los colombianos, hacerlo mas extensivo a toda la población.

Resaltando los beneficios y avances del sistema de salud colombiano, pretendemos que este proyecto de ley mejore la remuneración del talento humano de salud, se garanticen incentivos y condiciones de trabajo dignas. Así mismo que el buen sistema de salud llegue a las zonas rurales dispersas, se fortalezca la salud preventiva y se aumente en la promoción de actividades que le brinden una buena prestación del servicio de salud para los colombianos, y para lograr esto es necesario exigirles a las Entidades Promotoras de Salud una acreditación de excelencia que redunde en atención eficiente, oportuna y de calidad para los usuarios del sistema.



3. Impacto fiscal

Para analizar este aspecto de la presente iniciativa, es necesario basarnos en los diferentes pronunciamientos de la Corte Constitucional, entre ellos la Sentencia C- 911 de 2007 en la cual puntualizó que el impacto fiscal de las normas no puede constituirse en óbice para que las corporaciones públicas ejerzan su función legislativa y normativa:

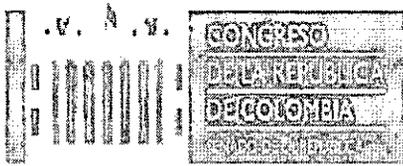
“En la realidad, aceptar que las condiciones establecidas en el art. 7° de la Ley 819 de 2003 constituyen un requisito de trámite que le incumbe cumplir única y exclusivamente al Congreso reduce desproporcionadamente la capacidad de iniciativa legislativa que reside en el Congreso de la República, con lo cual se vulnera el principio de separación de las Ramas del Poder Público, en la medida en que se lesiona seriamente la autonomía del Legislativo”.

“Precisamente, los obstáculos casi insuperables que se generarían para la actividad legislativa del Congreso de la República conducirían a concederle una forma de poder de veto al ministro de Hacienda sobre las iniciativas de ley en el Parlamento”

“Es decir, el mencionado artículo debe interpretarse en el sentido de que su fin es obtener que las leyes que se dicten tengan en cuenta las realidades macroeconómicas, pero sin crear barreras insalvables en el ejercicio de la función legislativa ni crear un poder de veto legislativo en cabeza del ministro de Hacienda” (Negrilla fuera del texto).

Así mismo la Honorable Corte Constitucional quien en la Sentencia C-625 de 2010 con ponencia del Honorable Magistrado Nilson Pinilla estableció que:

“Las obligaciones previstas en el artículo 7° de la Ley 819/03 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que está encaminado a cumplir propósitos constitucionalmente valiosos, entre ellos el orden de las finanzas públicas, la estabilidad macroeconómica y la aplicación efectiva de las leyes. Esto último en tanto un estudio previo de la compatibilidad entre el contenido del proyecto de ley y las proyecciones de la política económica, disminuye el margen de incertidumbre respecto de la ejecución material de las previsiones legislativas. El mandato de adecuación entre la justificación de los proyectos de ley y la planeación de la política económica, empero, no puede comprenderse como un requisito de trámite para la aprobación de las iniciativas legislativas, cuyo cumplimiento recaiga exclusivamente en el Congreso.



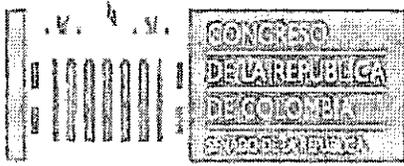
Ello en tanto (i) el Congreso carece de las instancias de evaluación técnica para determinar el impacto fiscal de cada proyecto, la determinación de las fuentes adicionales de financiación y la compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo; y (ii) aceptar una interpretación de esta naturaleza constituiría una carga irrazonable para el Legislador y otorgaría un poder correlativo de veto al Ejecutivo, a través del Ministerio de Hacienda, respecto de la competencia del Congreso para hacer las leyes. Un poder de este carácter, que involucra una barrera en la función constitucional de producción normativa, se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático.

Si se considera dicho mandato como un mecanismo de racionalidad legislativa, su cumplimiento corresponde inicialmente al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez el Congreso ha valorado, mediante las herramientas que tiene a su alcance, la compatibilidad entre los gastos que genera la iniciativa legislativa y las proyecciones de la política económica trazada por el Gobierno. Así, si el Ejecutivo considera que las cámaras han efectuado un análisis de impacto fiscal erróneo, corresponde al citado Ministerio el deber de concurrir al procedimiento legislativo, en aras de ilustrar al Congreso sobre las consecuencias económicas del proyecto. El artículo 7º de la Ley 819/03 no puede interpretarse de modo tal que la falta de concurrencia del Ministerio de Hacienda y Crédito Público dentro del proceso legislativo afecte la validez constitucional del trámite respectivo.

Como lo ha resaltado la Corte, si bien compete a los miembros del Congreso la responsabilidad de estimar y tomar en cuenta el esfuerzo fiscal que el proyecto bajo estudio puede implicar para el erario público, es claro que es el Poder Ejecutivo, y al interior de aquél el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el que dispone de los elementos técnicos necesarios para valorar correctamente ese impacto, y a partir de ello, llegado el caso, demostrar a los miembros del órgano legislativo la inviabilidad financiera de la propuesta que se estudia.

De allí que esta corporación haya señalado que corresponde al Gobierno el esfuerzo de llevar a los legisladores a la convicción de que el proyecto por ellos propuesto no debe ser aprobado, y que en caso de resultar infructuoso ese empeño, ello no constituye razón suficiente para tener por incumplido el indicado requisito, en caso de que las cámaras finalmente decidan aprobar la iniciativa cuestionada."

De ahí que, para efectos de esta iniciativa, máxime que lo que pretende es fortalecer y garantizar un derecho



fundamental en favor de los ciudadanos colombianos se debe hacer prevalente la garantía del derecho a la salud por encima de limitantes o barreras económicas.

No obstante, le corresponde al gobierno nacional ajustar la aplicación de las leyes el marco fiscal de mediano plazo para que no quede en palabras las buenas propuestas que, desde el legislativo, estamos impulsando en favor de los colombianos.

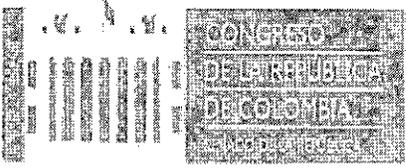
4. Conflicto de intereses

Teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 3° de la Ley 2003 del 19 de noviembre de 2019, por la cual se modifica parcialmente la Ley 5ª de 1992 y se dictan otras disposiciones, que modifica el artículo 291 de la Ley 5ª de 1992, que establece la obligación al autor del proyecto presentar la descripción de las posibles circunstancias o eventos que podrán generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, siendo estos criterios guías para que los congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento. Frente al presente proyecto, se considera que no genera conflictos de interés, puesto que no trae beneficios particulares, actuales y directos, conforme a lo dispuesto en la ley, dado que, el objeto del proyecto versa sobre el mejoramiento de las condiciones para que más personas puedan acceder al sistema de seguridad social en salud, en condiciones de calidad.

Sin embargo, si algún familiar dentro de los grados enunciados por la ley pertenece a la población que pueda impactar la presente iniciativa, el Congresista deberá presentar un conflicto de interés, frente del cual se presume su improcedencia por considerar que esta ley cobijará a toda la población objeto del mismo por igual y sus efectos regirán para el futuro.

Finalmente, se recuerda que la descripción de los posibles conflictos de intereses que se puedan presentar frente al trámite del presente proyecto de ley no exime del deber del Congresista de identificar causales adicionales.

En los términos anteriores, en nuestra condición de miembros del Congreso de la República y en uso del derecho consagrado en el artículo 152 de la Constitución Política de Colombia, reconociendo la existencia de la necesidad de la garantía del Derecho al mínimo vital y el deber del Estado de garantizar el mismo a través de políticas públicas en beneficio de la población objeto de esta iniciativa, nos permitimos poner a consideración del honorable Congreso, este proyecto de ley con fundamento en los motivos ya expresados y habida cuenta de la necesidad y conveniencia pública del mismo; para que el Honorable Congreso de la República considere su texto, inicie el trámite legal y democrático pertinente, para obtener su aprobación y sea ley de la república.



Honorio Enriquez Senador

De los honorables congresistas,

HONORIO MIGUEL ENRIQUEZ PINEDO
Senador de la República
Autor principal

Senador de la República
Coautor

Senador de la República
Coautor

Andes Surra H.

Senador de la República
Coautor

Senador de la República
Coautor.

SENADO DE LA REPÚBLICA

Secretaría General (Art. 139 y ss Ley 5ª de 1.992)

El día 23 del mes Agosto del año 2023

se radicó en este despacho el proyecto de ley
Nº 110 Acto Legislativo N° _____, con todos y
cada uno de los requisitos constitucionales y legales
por: HS: Alirio Barrera, Honorio Miguel Henríquez



SECRETARIO GENERAL