

PRONUNCIAMIENTO DE LOS GREMIOS MÉDICOS, ORGANIZACIONES SINDICALES Y ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL SOBRE EL PROYECTO DE LEY MEDIANTE EL CUAL SE EXPIDE EL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2018-2022, PACTO POR COLOMBIA, PACTO POR LA EQUIDAD (PL 227/19 Senado, 311 Cámara de Representantes)

Las organizaciones médicas, sindicales y de la sociedad civil abajo firmantes, manifestamos públicamente nuestras observaciones a la propuesta del Plan Nacional de Desarrollo (PND), especialmente a los artículos relacionados al componente de Salud.

El siguiente análisis se presenta desde el enfoque de derecho en el marco de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, regulado mediante la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de la Salud, el enfoque de determinantes sociales articulado del Plan Decenal de Salud Pública y el modelo de atención primaria propuesto en la implementación de la Política de Atención Integral en Salud establecida en la Ley 1753 de 2015.

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”, no incluye un diagnóstico actualizado del impacto que ha producido el Modelo de Aseguramiento Comercial de la ley 100 de 1993 sobre la población colombiana durante 26 años de vigencia. Sin analizar la situación actual de la salud de los colombianos, el gobierno dice que su objetivo es sentar las bases de legalidad, emprendimiento y equidad que permitan lograr la igualdad de oportunidades para todos los colombianos. Sin embargo, en materia de salud el PND: 1. No se ajusta a la legalidad, pues desconoce la Ley Estatutaria de Salud y la Sentencia C 313 /2014 y el bloque de constitucionalidad consagrado en la Observación General 14 del Comité del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de la Organización de Naciones Unidas (ONU), que establece la salud como derecho fundamental y autónomo y 2. No es equitativo, pues no contempla los principios de universalidad, solidaridad y progresividad para garantizar la cobertura en salud a toda la población en condiciones de igualdad de acceso a los servicios de salud sin supeditarla a su capacidad de pago. Si la hoja de ruta para cuatro años de gestión fuera la equidad, era de esperarse que se avanzara en un modelo que se centre en los más vulnerables.

¿Como desconoce el PND la Ley Estatutaria de Salud?

Manteniendo en su articulado los regímenes contributivo y subsidiado con sus correspondientes coberturas de prestación de servicios, los modelos POS, No POS, hoy PBS y No PBS, que no tienen sustento legal ni constitucional, pues no están contemplados en la Ley Estatutaria de salud por resultar contrarios a la garantía del Derecho Fundamental a la Salud.

No se propone realizar y divulgar la evaluación anual de resultados del goce efectivo del derecho a partir de lo ordenado en la ley estatutaria (artículo 7°), como punto de partida para la promulgación de políticas públicas, como el PND, con la mira de mejorar las condiciones de salud de los colombianos y en función de los elementos esenciales.

El articulado del PND relativo a salud profundiza un sistema cuyo núcleo es el negocio y la extracción de renta, pues:

1. Pretende resolver el problema de las deudas acumuladas del sector sin tener en cuenta el componente estructural del sistema de salud, que es su verdadera causa.

2. Omite el componente del Derecho Fundamental y los determinantes sociales de la salud.

3. Admite que en las zonas dispersas el modelo de la Ley 100/93 ha fracasado en la solución de los problemas de salud que aquejan a sus habitantes, pero insiste en el modelo de aseguramiento en dichas zonas.

En materia de inversión el PND ignora nuevamente la Ley Estatutaria de Salud 1751/15 al dejar de lado la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), herramienta fundamental para preservar y recuperar la salud mediante la promoción, prevención de la enfermedad y la disminución de la carga de la misma, con lo cual se avanzaría significativa y progresivamente hacia la optimización eficaz de los recursos con la consecuente reducción de costos y mejoramiento de los indicadores de salud.

El abordaje intersectorial con participación interinstitucional y de gestión sobre los determinantes de la salud como parte de un PND para la equidad están a la orden del día. Si no es ahora, ¿cuándo?

A cambio de ello, el proyectado PND en discusión, fortalece la medicalización del concepto de salud al destinar presupuestos dirigidos primordial y mayoritariamente a la compra de nuevas tecnologías y a la construcción de centros de alta complejidad que se traducirán en un aumento en la capacidad de facturación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Propone fortalecer el IETS (Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud), entidad mixta que sería adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), sin ánimo de lucro, encargada de permitir o no el ingreso de nuevas tecnologías al sistema o de retirar las existentes que considere obsoletas o adversas a la salud de las personas, propósito que compartimos. Sin embargo, no existe en ninguno de sus artículos la intención de fortalecer la Estrategia de APS, ya sea en las instituciones existentes, como el Instituto Nacional de Salud (INS) o creando un instituto de similares características a las del IETS, que se dedique a estudiar los determinantes de salud causantes de enfermedad en las diferentes regiones, para construir políticas públicas y definir acciones concretas territoriales y nacionales.

Es la oportunidad de sentar las bases del modelo de salud para el desarrollo de la ley estatutaria, diseñar una política para el Talento Humano en Salud (THS) y garantizar la calidad de la atención, fortaleciendo los hospitales públicos, pero promoviendo los demás elementos esenciales, entre otros, accesibilidad y aceptabilidad.

En materia de la política pública de salud el PND presenta 17 artículos contenidos en tres secciones. Nos referiremos a cuatro asuntos que, en nuestra opinión, constituyen el centro de las modificaciones del PND en esta materia.

Desde la vigencia de la ley 100 de 1993, los Gobiernos se han ocupado en cumplir la finalidad de la ley que es solucionar los problemas FINANCIEROS del negocio, para garantizar su rentabilidad. Olvidando su compromiso de velar por alcanzar en forma equitativa el más alto nivel de salud para toda la población residente en el país, especialmente para los más vulnerables.

Por otro lado, en la búsqueda de casos de corrupción hay barreras que limitan la posibilidad de dilucidarla porque al operar como negocios entre privados con recursos públicos, no permitieron que fueran conocidos por los entes de control del Estado, con lo que se negó en la práctica el carácter

público de los dineros de la salud y su destinación específica; razón por la cual, no pueden considerarse patrimonio de las EE PP SS, pues su origen es fiscal o parafiscal.

La creciente negación de servicios de atención médica, inaccesibilidad y mala calidad, entre otras cosas, generaron más de 200.000 tutelas anuales; para el año 2018 el 30.5% se refiere a procedimientos no dispensados, 22% a no entrega oportuna de medicamentos –la mayoría del llamado Plan Básico- y un 86% de tutelas concedidas en primera instancia, se relacionan con la conclusión que desde 1993 más de la mitad de las muertes ocurridas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se debieron a causas prevenibles, según el Instituto Nacional de Salud (INS).

Teniendo en cuenta las anteriores consideraciones, podemos decir que el PND no es un pacto social, ni mucho menos un pacto para la equidad, pues no hay nada que garantice el goce efectivo del derecho a la salud, en cambio, sí es un pacto entre el sector privado y el gobierno.

A continuación, analizaremos a la luz de los artículos pertinentes, lo que encontramos como ejes fundamentales del PND en materia de salud.

1. COMPETENCIAS EN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD RESPECTO A LA COMPOSICIÓN ACCIONARIA O PARTICIPACIÓN SOCIETARIA DE LAS EE PP SS.

El artículo 55 del PND está en consonancia con la ley 1949 de 2019, que busca el fortalecimiento institucional de la Superintendencia Nacional de Salud entregándole herramientas que le permitan adelantar el proceso de liquidación de EE PP SS (EPS) que no cumplan con márgenes de solvencia financiera.

En ese sentido, mientras existan las EE PP SS (EPS) y para los otros agentes del sistema, consideramos que el artículo es correcta porque entrega herramientas decisorias al Estado colombiano en cabeza de la Supersalud, e igual, debe ampliarse a la Superintendencia de Sociedades y de Industria y Comercio, para intervenir en transacciones con empresas de capital extranjero y clarifica que las operaciones de los distintos agentes, ya sean nacionales o extranjeros, se rijan por la normatividad colombiana. Por otra parte, establece más exigencias para la habilitación y autorización de todas las transacciones.

2. PROTECCIÓN SOCIAL

2.1 PISO MÍNIMO

El artículo 113 aborda el tema de equidad en el trabajo creando un piso mínimo de protección social con mínimas garantías para acceder a la seguridad social, un esquema de servicios complementarios para protección de la vejez y un seguro para la cobertura de riesgos de salud y laborales denominado Programa de Beneficios Económicos Periódicos en Salud (BEPS). Esta medida pretende establecer un régimen diferente de seguridad social para personas sin capacidad de pago y trabajadores dependientes o independientes que ganen menos de un salario mínimo. En realidad, es otra manera de financiar el sistema a costa de aquellos con menor capacidad adquisitiva y de restringirles el acceso a la seguridad social, pues lo supedita a su capacidad de pago. Así, ignora la universalidad, la equidad y la solidaridad como principios fundamentales del sistema, según los cuales la capacidad de pago

del trabajador no debe condicionar su acceso a servicios de salud, y rompe el pacto social expresado en la Ley Estatutaria de Salud.

Por otra parte, el proyecto de ley del PND en sus bases, castiga los estilos de vida al establecer un copago obligatorio para el tratamiento de enfermedades derivadas de ellos. Es decir, que un Estado que tolera el juego, el alcoholismo y el tabaco para obtener rentas por su consumo, de las que buena parte es destinada al sector salud, y no regula férreamente las campañas publicitarias para desincentivarlo, se desentiende de su papel y le carga exclusivamente a los consumidores toda la responsabilidad por los efectos negativos en la salud individual.

2.2 BASE DE COTIZACIÓN

El artículo 140 aumenta la base de cotización a un 55% al sistema de seguridad social, a los trabajadores independientes que son contratados por orden de prestación de servicios. En resumen, se trata de una estrategia dirigida a incrementar el recaudo para la financiación del sistema a partir de los trabajadores independientes. Es el retorno a los subsidios parciales, eliminados hace años del SGSSS por inequitativos.

Ese artículo resulta inaceptable frente a la legislación colombiana vigente en esta materia y la progresividad que debe tener una política social garante del Derecho Fundamental a la Salud.

2.3 INEQUIDAD

El artículo 138 alude de nuevo a este punto bajo el encabezado de Solidaridad en el Sistema de Salud y obliga a que la población subsidiada participe de su financiación. Es todo lo contrario al principio de solidaridad de los sistemas de seguridad social, en donde la población de mayores ingresos contribuye a subsidiar a la población pobre. Ante la fallida ley de financiamiento o reforma tributaria, que no logró el cometido de obtener recursos para financiar la política social gravando las grandes rentas de capital, el gobierno busca obtener estos recursos desde la población con menores ingresos; práctica regresiva y de carácter alcabalero.

3. EQUIDAD EN SALUD Y MEDIDAS CONDUCENTES A ESTABLECER EL ACUERDO DE PUNTO FINAL

Deben eliminarse los recobros, mecanismo de corrupción que ha desangrado las finanzas del sistema, contrario a la garantía del derecho a la salud bajo el concepto integral de la atención y suministrar lo que las personas necesitan, como lo establece la Ley Estatutaria; que de acuerdo con el modelo que se defina, se aplique con cargo al pago directo a los prestadores por parte del ADRES.

Los médicos y demás profesionales de la salud asumimos el compromiso de decidir con ética, responsabilidad, autonomía y autorregulación, sobre la base de la pertinencia y uso racional de las tecnologías. Igual compromiso solicitamos a nuestros pacientes, a demandar lo que realmente necesitan y apoyar el fortalecimiento de la relación médico-paciente, evitando la incitación a peticiones por fuera de la salud o la recuperación de la misma.

El Proyecto de Ley del PND incluye un articulado encaminado hacia el Acuerdo de Punto Final, sólo que los artículos 133 y 134 lo restringen al pago de deudas relacionadas con los tratamientos y tecnologías no financiadas por la UPC.

El Artículo 131 consolida la orientación de recursos para subsidiar la oferta de servicios por incapacidad para prestarlos, pues no producen rendimientos financieros y, lo que es más grave, promueve la tercerización institucional, especialmente de la infraestructura pública y entre todas las entidades operativas, lo cual encarece la operación y va en contra del criterio de que los servicios misionales no pueden ser tercerizados. Además, la política de disponibilidad financiera restringe los gastos en servicios personales, lo que dificulta cualquier acción de salud y obliga a formas de contratación turbias e insanas para el sistema y el goce del derecho a la salud.

El Artículo 132 establece el requisito de afiliación para el goce efectivo del derecho a la salud. Esta exigencia es inconstitucional e ilegal, pues la única condición prevista en la Ley Estatutaria de Salud, para gozar del derecho a la salud, es ser residente en Colombia.

El artículo 133 presenta los requisitos para sanear las deudas en el régimen contributivo y las deudas vigentes de CAPRECOM (Régimen Subsidiado) y el FOMAG (magisterio) mediante emisión de bonos y títulos valor. Pero no aclara ni garantiza el pago de las deudas contraídas con los médicos y demás profesionales de la salud. De otra parte, no se especifican los mecanismos de reconocimiento y pago de las deudas que las entidades liquidadas y declaradas en quiebra tienen con los profesionales de la salud.

En el articulado no aparecen los trabajadores como uno de los agentes a quienes el sistema les adeuda dinero, pues el precio de su trabajo yace invisibilizado y amalgamado con el de los demás eventos a cobrar, sean PBS o No PBS. Es imprescindible que en un nuevo tipo de informes financieros de las II PP SS (IPS) y EE PP SS (EPS) ante la ADRES se desagreguen dichos costos y se prioricen los pagos al recurso humano en lo público y lo privado, como lo exige la normatividad que rige a las Empresas Sociales del Estado y a los prestadores privados que manejen recursos públicos de la salud.

Reconocemos como un avance importante el giro directo de la ADRES a las instituciones prestadoras de servicios de salud (Art.135), lo que permitirá un manejo visible del flujo de los recursos y demuestra lo innecesario de las EE PP SS; es necesario avanzar rápidamente hacia la centralización de los recaudos en la ADRES como medida efectiva para eliminar por completo la intermediación financiera en el sistema.

Proponemos la aplicación inmediata de la legislación internacional y nacional sobre trabajo decente, la definición de sanciones por incumplimientos laborales y el retiro y prohibición de normas que los favorecen, como la que campea en las condiciones de Suficiencia Patrimonial y Financiera para habilitación en el punto de Obligaciones Laborales, que permiten hasta un 50% de deudas laborales mayores de 360 días.

Concluimos, enfatizando que el Acuerdo de Punto Final debe hacerse abiertamente, con participación amplia de la sociedad civil e insistiendo que, antes que nada, se debe saldar la deuda laboral, teniendo en cuenta las deudas con las EE PP SS ya liquidadas para desglosar de ellas lo correspondiente a

sus trabajadores. El Acuerdo De Punto Final debe incluir investigaciones y sanciones penales no solo a las instituciones y sus gerentes sino a sus propietarios, directivos y a todos los defraudadores.

4. SALUD PÚBLICA, SUBSIDIO A LA OFERTA PARA EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ZONAS DISPERSAS

En cuanto a salud pública consideramos que el plan tiene un enfoque netamente de riesgo y administrativo, desconociendo el principio de integralidad y concepto de salud contenido en la Ley Estatutaria.

El Artículo 128 autoriza el subsidio a la oferta, con lo cual reconoce que el modelo de aseguramiento comercial fracasó no solo en las zonas con población dispersa (urbana y rural) de bajos recursos, pues la esencia del modelo privilegia la rentabilidad financiera sobre la atención en salud. Esto se evidencia en zonas alejadas y en los entes territoriales en donde la operación no ofrece la rentabilidad esperada por los proveedores, según las propias palabras del gobierno cuando, en el documento Bases del PND dice: “En zonas aisladas no existen los incentivos para que el sector privado provea la oferta, dejando a cargo de esta función a la red pública lo que genera un desequilibrio en las condiciones de prestación asociadas al territorio”.

“Se redefinirá el modelo integral de atención en salud con calidad y enfocado en el paciente. Los parámetros del modelo de salud deberán estar vinculados al territorio, las condiciones de oferta, las intervenciones y la gestión de la atención; así como la articulación de actores de acuerdo con las necesidades regionales. En particular, se evaluará la necesidad de establecer un único operador del aseguramiento en zonas con población dispersa.” Es decir, que mediante incentivos en dinero, diferentes a lo que normalmente produzca la operación, el Estado se compromete a garantizarles ganancias extra a las instituciones privadas que presten servicios en zonas dispersas.

Proponemos la implementación de una política de Atención Primaria con gestión del riesgo en salud, de ejecución inmediata en zonas dispersas y apartadas, como esta establecido en el artículo 2 de la Ley Estatutaria, con evaluación estatal de resultados en salud.

Igualmente, en los artículos 128 y 129 del Proyecto de Ley del PND disminuye la asignación de recursos financieros a Salud Pública del 25% al 10%, y los destina para el pago de servicios en salud (NO-PBS), desconociendo el enfoque integral de la promoción y prevención.

Es decir, que es demagógico el subsidio a la oferta de los hospitales y el impacto en infraestructura en las zonas dispersas (rural y urbana), que son territorios donde habitan cerca de la mitad de la población colombiana, pues los recursos así destinados son menos que insuficientes.

El Artículo 137 establece una filosofía ajena a la equidad en un Sistema de Salud al incentivar económicamente a los actores que se lucran del sistema por facturación de servicios y gestión del aseguramiento y no a los resultados en salud, estrategias de promoción, prevención y educación. Esto promueve intervenciones innecesarias en salud y atención médica de calidad variable según los incentivos monetarios que se otorguen, lo que no corresponde a la concepción de los sistemas equitativos como lo establece la Ley Estatutaria. La equidad en salud universalmente aceptada es la

que establece que, en las sociedades, a cada quien debe participar con la contribución de acuerdo a su capacidad, y a cada quien darle los servicios según lo requiera. Este artículo debe excluirse del PND, pues está en contravía del goce efectivo del derecho a la salud.

Artículo 138. La concepción neoliberal fue evidente en los Decretos de la Emergencia Social, declarados inconstitucionales. Este artículo habla de solidaridad entre géneros, edades, personas sanas y enfermas, ricos y pobres, pero invoca la solidaridad en el sentido de disminuir los beneficios e ingresos a los más débiles en pro de los más pudientes y disminuir los subsidios de los más vulnerables para favorecer a los de mayores oportunidades, pues la operatividad del sistema está concebida según la capacidad de pago. Así pasa con las pensiones y los impuestos, como se observó en la ley de financiamiento en la cual, entre otras cosas, se grava la canasta familiar y se disminuye el impuesto de renta a las grandes empresas. El sector salud no escapa a esta forma de entender la solidaridad y desde la época de la llamada “EMERGENCIA SOCIAL”, se viene promoviendo esta alternativa para disminuir el gasto en salud a los privilegiados.

El país requiere que se desarrolle plenamente la Ley Estatutaria para que se garantice el goce efectivo del derecho a la salud, como lo ordenan la Constitución Política de Colombia; es decir, una política desarrollada y ejecutada para mantener sana a la población y a las personas sanas, una ley que sea capaz de evitar que enfermen aquellas gentes en riesgo de enfermar y de tratar integral y eficazmente a las personas enfermas. Una ley que promueva la creación y funcionamiento de un sistema de salud conformado por operadores públicos, privados o mixtos, presentes en todo el territorio nacional, según las condiciones de cada región y en la que todos ellos respondan plenamente a su normatividad para garantizar el goce efectivo del derecho en todo el país.

Ver anexo observaciones en el articulado del PND.

Suscriben:

CESAR BURGOS ALARCON

Presidente

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS- ACSC

ROBERTO BAQUERO HAEBERLIN

Presidente

COLEGIO MEDICO COLOMBIANO- CMC

SERGIO ISAZA VILLA

Presidente

FEDERACION MEDICA COLOMBIANA- FMC

JULIANA MORENO

Presidente

ASOCIACIÓN NACIONAL DE INTERNOS Y RESIDENTES-ANIR

ESTEFANIA MEJIA

Presidente

ASOCIACION COLOMBIANA MÉDICA ESTUDIANTIL-ACOME

PEDRO CONTRERAS

Presidente

ASOCIACIÓN MÉDICA SINDICAL -ASMEDAS

JORGENRIQUE ENCISO SANCHEZ

Presidente

FEDERACIÓN COLOMBIANA DE SINDICATOS MÉDICOS-FECOLMED

MIGUEL MORANTES

Presidente

CONFEDERACIÓN DE TRABAJADORES DE COLOMBIA-CTC

EDY YULIETH GONZALEZ

Presidente

GREMIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

NELSON CONTRERAS
PEDRO SANTANA RODRIGUEZ
CAROLINA CORCHO MEJIA
LUZ MARINA UMBACÍA
GERMAN HERNANDEZ

Integrantes

**COMISION DE SEGUIMIENTO DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008- POR UNA REFORMA
ESTRUCTURAL AL SISTEMA DE SALUD-CSR**

NESTOR ALVAREZ

Vocero

ORGANIZACIÓN DE PACIENTES DE ALTO COSTO

FELIX LEON MARTINEZ

Presidente

FEDESALUD

FRANCISCO ROSSI

Director

FUNDACIÓN IFARMA

MARCO AURELIO MARTINEZ

Vocero

VEEDURÍA RENAL NACIONAL

ALMA PATRICIA RAMÍREZ CÓRDOBA

Presidente

COLEGIO MÉDICO DEL TOLIMA

CESAR PRIETO

Presidente

COLEGIO MÉDICO DEL VALLE DEL CAUCA

LINIBETH CRUZ

Presidente

COLEGIO MÉDICO DE YOPAL Y CASANARE

FERNANDO SUAREZ

Presidente

COLEGIO MÉDICO DE BOYACÁ

MANUEL SANTIAGO ORDOÑEZ

Presidente

COLEGIO MÉDICO DEL CAUCA

IDRIS LONDOÑO

Presidente

COLEGIO MÉDICO DE ANTIOQUIA

PATRICIA ELVIRA ARRIA

Presidente

COLEGIO MÉDICO DE SANTANDER

JOAQUIN MAESTRE VEGA

Presidente

COLEGIO MÉDICO DEL CESAR

JUAN CARLOS FREILY

Presidente

COLEGIO MÉDICO DE LA GUAJIRA

ADAM MUÑOZ

Presidente

COLEGIO MÉDICO DE NORTE DE SANTANDER

JORGE PALOMINO TRUJILLO

Presidente

ASOCIACION MEDICA SINDICAL DE CUNDINAMARCA- ASMEDAS CUNDINAMARCA

GERMAN REYES FORERO

Presidente

ASOCIACION MEDICA SINDICAL DE ANTIOQUIA

HERNANDO GOMEZ SANIN

Presidente

ASOCIACION COLOMBIANA DE PREVENCION DE LA CEGUERA- ASOPREC

PAULO CESAR CAMACHO

Presidente

UNION GREMIAL DE PSIQUIATRAS DE COLOMBIA

FABIO SERNA

Director

OCTAVA PAPELETA POR LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL COMO DERECHOS FUNDAMENTALES

BETSY RUEDA CUERVO

Directora

FUNDACIÓN FECONVIDA

JAVIER MORENO
CLAUDIA POLIANDRA
GABRIEL RIAÑO
Integrantes
MESA REGIONAL POR LA SALUD DE BOYACÁ

FERNANDO GAONA ALBERTO
Director
INSTITUTO PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO PROCASYS.
El Banco Magdalena

ASTRID CASTELLANOS
Docente Facultad de Medicina de la UPTC
Directora de la Casa de la Mujer

MAURICIO CASTRO SILVA
Presidente
CENTRAL UNITARIA DE TRABAJADORES DE BOYACA- CUT Boyacá

DIEGO ARISTÓBULO RODRÍGUEZ
Integrante
RED DEPARTAMENTAL DE LA VEEDURÍA DE SALUD EN BOYACÁ

GRACIELA RAMIREZ MONROY
Presidente
ANTHOC TUNJA

DANIEL POSADA
Representante
ORGANIZACIÓN SALUD AL DERECHO

BLANCA JIMENEZ
Integrante
MESA LOCAL DE SALUD DE TUNJUELITO-BOGOTÁ

ALBERTO POSADA
Representante
ASOCIACIÓN DE ABOGADOS EN DEFENSA DEL DERECHO A LA SALUD

ESTEFANÍA JIOMAR BOHÓRQUEZ
Vocera
CLUBES DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA

BRUNHY BROWN LLANOS
Representante
CONSOLIDADO 3C COLECTIVA

JAIME RENDON
FRANCISCO TABORDA
Director Ejecutivo y Presidente
CORPORACIÓN LATINOAMERICANA SUR

YADIRA E. BORRERO RAMÍREZ
Docente de la Facultad Nacional de Salud Pública
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

JORGE DIEGO ACOSTA CORREA
Presidente de la Asociación Nacional de Profesiones de la Salud
ASSOSALUD

ANEXO

SUGERENCIAS Y OBSERVACIONES ARTICULADO PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2018-2022, PACTO POR COLOMBIA, PACTO POR LA EQUIDAD.

<p>ARTÍCULO 55°. COMPETENCIAS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, RESPECTO DE LA COMPOSICIÓN ACCIONARIA O PARTICIPACIÓN SOCIETARIA DE LAS EPS.</p> <p>Todo acto jurídico unilateral o bilateral sin consideración a su naturaleza, de nacionales o extranjeros que tenga por objeto o efecto la adquisición directa o indirecta del diez por ciento (10%) o más de las acciones suscritas de una Entidad Promotora de Salud, ya sea que se realice mediante una o varias operaciones de cualquier naturaleza, simultáneas o sucesivas o aquellas por medio de las cuales se incremente dicho porcentaje, requerirá, so pena de ineficacia de pleno derecho, la aprobación del Superintendente Nacional de Salud, quien examinará la idoneidad, responsabilidad y carácter de las personas interesadas en adquirirlas. El Superintendente, además, se cerciorará que el bienestar público será fomentado con la transparencia de las acciones.</p> <p>El Superintendente Nacional de Salud, mediante acto administrativo motivado, negará la autorización de que trata el presente artículo cuando la solicitud no cumpla los requisitos normativos, o cuando a su juicio, no haya acreditado satisfactoriamente el carácter, responsabilidad e idoneidad. En todo caso</p>	<p>Se sugiere aprobar este artículo con modificaciones, dado que permite establecer una matriz legal clara para las inversiones extranjeras en el sector salud, sujetando la operación de estos agentes en el marco de la normatividad vigente en Colombia dado por la ley estatutaria en salud. Sujeta las transacciones de compra y venta de las EPS a la autorización de la Supersalud. Se podrían precisar la necesidad de motivación pública, verificable, y constatable que la superintendencia haga de esto. Que esto sea sujeto de publicación regular. Y que sea para todos los actos jurídicos, no sólo aquellos que comprometan el 10% o más de la EPS. Por tanto, sugerimos quitar "efecto la adquisición directa o indirecta del diez por ciento (10%) o más de las acciones suscritas de una Entidad Promotora de Salud. Se sugiere que esta autorización esté a cargo de la Superintendencia de Salud, Superintendencia de Sociedades, y Superintendencia de Industria y Comercio. Debe quedar expreso que dentro de la normatividad</p>
---	---

se abstendrá de autorizar, cuando el interesado o potencial adquirente, se encuentre incurso en alguna o varias de las siguientes situaciones:

1. Haber sido sancionado disciplinaria o fiscalmente o condenado en materia penal por temas relacionados con el manejo de recursos públicos o privados o los relacionados con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Cuando los socios hayan sido condenados por delitos contra el patrimonio económico, lavado de activos, enriquecimiento ilícito y los establecidos en los capítulos segundo del título X, primero del título XV y segundo del título XIII del Libro Segundo del Código Penal y las normas que los modifiquen o sustituyan.
3. Haber sido objeto de declaración de extinción de dominio, por incurrir en las causales previstas en el artículo 16 de la Ley 1608 de 2014 o disposiciones que la modifican o sustituyan.
4. No acreditar el origen de los recursos objeto del acto o negocio jurídico.
5. Infringir las normas legales o reglamentarias sobre la integración vertical y de la posición dominante en salud.
6. No acreditar un patrimonio equivalente a por lo menos 1.3 veces del valor patrimonial de las acciones que son objeto del negocio o acto jurídico.
7. No acreditar que por lo menos una tercera parte de los recursos con los que se realiza el negocio o acto jurídico, sean propios y no producto de operaciones de endeudamiento u otras análogas.
8. No cumplir con los indicadores de liquidez, de eficiencia, de desempeño, de productividad, de endeudamiento y de diagnóstico financiero, que determine la Superintendencia Nacional de Salud o la Superintendencia de Sociedades.

La Superintendencia Nacional de Salud tendrá un plazo de treinta (30) días hábiles, contados a partir del día siguiente a la fecha de recepción íntegra de la información, para emitir el pronunciamiento correspondiente. Expirado este plazo sin que se haya pronunciado sobre la autorización, se entenderá que la operación no fue autorizada. El interesado o potencial adquirente podrá interponer el recurso de reposición.

PARÁGRAFO 1. La Superintendencia Nacional de Salud deberá verificar el cumplimiento de lo establecido en el presente artículo para determinar la procedencia de la habilitación y de la permanencia

vigente en Colombia que norma el sector salud la máxima jerarquía la tiene la ley estatutaria 1751 de 2015.

<p>de las Entidades Promotoras de Salud y para ello fijará los términos y condiciones.</p> <p>PARÁGRAFO 2. Las Entidades Promotoras de Salud deberán presentar una declaración juramentada en la que identifiquen plenamente a las personas naturales o jurídicas que a título personal o directo sean las beneficiarias reales de la transacción, independientemente de su naturaleza.</p> <p>PARÁGRAFO 3. Teniendo en cuenta que la ejecución del negocio jurídico se realizará en Colombia, las operaciones de inversión extranjera a las Entidades Promotoras de Salud se registrarán por las normas vigentes del derecho colombiano.</p>	
<p>ARTICULO 56°. PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO. Se entiende por Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de Empresas Sociales del Estado, un programa integral, institucional, financiero y administrativo, que tiene por objeto restablecer la solidez económica y financiera de estas Empresas, y asegurar la continuidad en la prestación del servicio público de salud.</p> <p>El Ministerio de Hacienda y Crédito Público definirá los parámetros generales de adopción, seguimiento y evaluación de los programas a que hace referencia este artículo; y tendrá a cargo la viabilidad y evaluación de los mismos.</p> <p>Las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio o alto, deberán adoptar un programa de saneamiento fiscal y financiero, con el acompañamiento de la dirección departamental o distrital de salud, conforme a la reglamentación y la metodología que defina el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.</p> <p>Las Empresas Sociales del Estado cuyos Programas de Saneamiento Fiscal y Financiero se encuentren en proceso de viabilidad o debidamente viabilizados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a la fecha de entrada de la presente Ley, no serán objeto de categorización del riesgo hasta tanto el Programa no se encuentre culminado.</p> <p>Los recursos que destine la Nación, las entidades territoriales, las Leyes 1608 de 2013, 1797 de 2016 y demás disposiciones, se podrán aplicar conforme a</p>	<p>La ley estatutaria dice que las Empresas Sociales del Estado deben responder a la rentabilidad social, por tanto técnicamente se deben reorientar los planes de saneamiento fiscal y financieros, que no solo deben depender del Ministerio de Hacienda, sino además al Ministerio de Salud y Protección Social, en donde se incluyan indicadores de resultados en salud.</p> <p>En ese mismo sentido, se debe clarificar que los planes se orientan a las Empresas Sociales del Estado y debe excluir las instituciones que están siendo administrados por terceros privados, a quienes se les debe exigir aportar un valor agregado en la operación de la infraestructura pública en salud. Esto permitirá optimizar la destinación de recursos públicos de la salud para el fortalecimiento de la red pública hospitalaria.</p> <p>Artículo 24 de ley 1751 de 2015:</p> <p>Artículo 24. Deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas. El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad.</p>

<p>la reglamentación definida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.</p> <p>PARÁGRAFO 1. Las Empresas Sociales del Estado que hayan sido remitidas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público a la Superintendencia Nacional de Salud, antes de la entrada en vigencia de la presente ley y que en virtud de la competencia establecida en el artículo 80 de la Ley 1438 de 2011, sean categorizadas en riesgo medio o alto por el Ministerio de Salud y Protección Social, podrán presentar un nuevo Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.</p> <p>PARÁGRAFO 2. Las fundaciones que sean categorizadas en riesgo medio o alto por el Ministerio de Salud y Protección Social, podrán adoptar un Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero en las condiciones establecidas en el presente artículo, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y acceder a los recursos del Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de que trata la Ley 1608 de 2013 y demás normas.</p> <p>PARÁGRAFO 3. El incumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo genera responsabilidad disciplinaria y fiscal para los representantes legales y revisores fiscales, de las entidades territoriales y de las Empresas Sociales del Estado, según corresponda.</p> <p>PARÁGRAFO 4. Las Empresas Sociales del Estado que, de acuerdo con las evaluaciones realizadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, incumplan el programa de saneamiento fiscal y financiero, deberán iniciar ante la Superintendencia Nacional de Salud, la promoción de acuerdo de reestructuración de pasivos. Para todos los casos, sin excepción, la nominación y promoción de los Acuerdos de Reestructuración de Pasivos de las Empresas Sociales del Estado estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.</p>	
<p>ARTÍCULO 113°: PISO MÍNIMO DE PROTECCION SOCIAL. Créase el Piso Mínimo de Protección Social como las mínimas garantías en materia de seguridad social para los trabajadores. Este se encuentra integrado por el Régimen Subsidiado del</p>	<p>Frente a este artículo se debe presentar proposición negativa, dado que rompe con los principios de universalidad, progresividad y solidaridad consagrados en la ley estatutaria de salud y en el bloque de constitucionalidad establecido en el pacto</p>

Sistema General de Salud, en materia de salud, el servicio Social complementario de Beneficios Económicos Periódicos (BEPS) como mecanismo de protección a la vejez y el Seguro Inclusivo que amparará al trabajador de los riesgos derivados de la actividad laboral. El Gobierno reglamentará las condiciones y el sistema operativo del mismo.

Las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización al Sistema Integral de Seguridad Social podrán afiliarse y /o vincularse bajo la modalidad del Piso Mínimo de Protección Social de que trata este artículo.

En relación con el servicio social complementario de los BEPS el aporte será el 15% del ingreso mensual del trabajador, del cual el 1% se destinará a financiar el Seguro Inclusivo. En todo caso el ahorro no podrá ser inferior al tope mínimo anual establecido para los BEPS.

Cuando se trate de trabajadores dependientes o independientes contratistas que perciban un ingreso mensual inferior a un (1) salario mínimo mensual legal vigente (SMLMV) deberán vincularse al piso mínimo de protección social y el aporte al programa BEPS deberá ser asumido enteramente por el empleador o por el contratante, así como el valor de la prima en el seguro inclusivo. Cuando se trate de trabajadores independientes por cuenta propia, serán ellos los responsables del aporte al programa BEPS y el pago del seguro inclusivo.

ARTÍCULO 127°. COMPETENCIAS EN SALUD POR PARTE DE LA NACIÓN. Adiciónese el numeral 42.24 al artículo 42 de la Ley 715 de 2001, así:

42.24. Financiar, verificar, controlar y pagar servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. La verificación, control y pago de las cuentas que soportan los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC de los afiliados al Régimen Subsidiado prestados a partir del 1 de enero de 2020 y siguientes, estará a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud – ADRES, de conformidad con los lineamientos que para el efecto expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

de derechos sociales económicos y culturales de la Observación 14 del año 2000 de Naciones Unidas.

Este artículo se debe aprobar, dado que permite que la nación asuma el denominado No POS del régimen subsidiado que en la actualidad asumen los entes territoriales.

Se debe aclarar que la ley estatutaria y su desarrollo en la sentencia C-313 de 2014 acaba con el Pos y el No Pos, y genera un sistema basado en la inclusión de todos los servicios de salud, con excepciones en

	<p>el pago, mas no en la prestación del servicio, que responden a criterios de exclusión (Art, 15 LES, 1751 de 2015).</p>
<p>ARTÍCULO 128°. COMPETENCIAS DE LOS DEPARTAMENTOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. Adiciónense los siguientes numerales al artículo 43 de la Ley 715 de 2001, así:</p> <p>43.2.9. Garantizar la contratación y el seguimiento del subsidio a la oferta, entendido como la cofinanciación de la operación de la prestación de servicios y tecnologías en salud en zonas alejadas o de difícil acceso, a través de instituciones públicas o infraestructura pública administrada por terceros ubicadas en esas zonas, que sean monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios, de conformidad con los criterios establecidos por el Gobierno Nacional. Los subsidios a la oferta se financiarán con recursos del Sistema General de Participaciones y con los recursos propios de la entidad territorial.</p> <p>43.2.10. Realizar la verificación, control y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC de los afiliados al régimen subsidiado de su jurisdicción, prestados hasta el 31 de diciembre de 2019, para tal efecto podrán utilizar los recursos provenientes de los ingresos corrientes de libre destinación, rentas cedidas, excedentes de las rentas cedidas, saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado en salud, excedentes del SGP de Salud Pública, excedentes y saldos no comprometidos con destino a la prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda del SGP y los recursos de transferencias realizados por el Ministerio de Salud y Protección Social con cargo a los recursos del Fosyga de vigencias anteriores y del Sistema General de Regalías.</p> <p>43.2.11 Financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, los gastos derivados de la atención en salud de la población migrante.</p>	<p>En este artículo se debe insistir en optimizar la destinación de recursos del Estado para el subsidio a la oferta y el desarrollo de infraestructura que corresponde a Empresas Sociales del Estado, aquellas instituciones administradas por terceros particulares deben aportar un valor agregado para la operación de las mismas. Con estas claridades se puede aprobar el artículo.</p>
<p>ARTÍCULO 129°. DESTINACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES PARA SALUD. Modifíquese el artículo 47 de la Ley 715 de 2001, el cual quedará así:</p>	<p>La destinación del 10% para salud pública y para el subsidio a la oferta de las Empresas Sociales, no solo es pírrica, sino demagógica. Con esto no se alcanza a suplir los requerimientos de las zonas dispersas que constituyen casi el 50% del territorio nacional, a la cual responde esta infraestructura, por</p>

<p>ARTÍCULO 47. DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES. Los recursos del Sistema General en Participaciones en salud se destinarán y distribuirán en los siguientes componentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 El 90% para el componente de aseguramiento en salud de los afiliados al Régimen Subsidiado. 2 El 10% para el componente de salud pública y subsidios a la oferta. <p>PARÁGRAFO 1. La información utilizada para determinar la asignación de los recursos será suministrada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE; el Ministerio de Salud y Protección Social; el Departamento Nacional de Planeación -DNP; el Instituto Geográfico Agustín Codazzi -IGAC, conforme a la que generen en ejercicio de sus competencias y acorde con la reglamentación que se expida para el efecto.</p> <p>PARÁGRAFO 2. Los recursos destinados a salud pública que no se comprometan al cierre de cada vigencia fiscal, se girarán a la Administradora de Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud -ADRES para el pago de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Régimen Subsidiado</p>	<p>tanto se debe puntuar la concurrencia de la Nación para asumir el subsidio a la oferta.</p> <p>Se debe anotar que en este artículo además se reducen los recursos para salud pública, en contravía de la ley 715 que norma la destinación de los recursos del sistema general de participaciones.</p>
<p>Artículo 130°. DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD. Modifíquese el artículo 48 de la Ley 715 de 2001, el cual quedará así:</p> <p>ARTÍCULO 48. DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DE ASEGURAMIENTO EN SALUD. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados al componente de aseguramiento en salud del régimen subsidiado serán asignados a distritos, municipios y áreas no municipalizadas así:</p> <p>Los recursos de este componente se dividirán por el total de la población pobre afiliada al régimen subsidiado en el país en la vigencia anterior, con el fin de estimar un per cápita nacional. El valor per cápita resultante se multiplicará por la población pobre afiliada al régimen subsidiado en cada ente territorial. La población afiliada para los efectos del presente cálculo será la del año anterior a aquél para el cual se realiza la distribución. El resultado será la cuantía que corresponderá a cada distrito, municipio o Áreas No Municipalizadas de los departamentos.</p>	<p>El párrafo de este artículo en donde se dice que los recursos de los entes territoriales serían administrados por el fondo ADRES a nombre de aquellos debe ser modificado, en tanto atenta contra el principio constitucional de la descentralización.</p>

<p>La población pobre afiliada al régimen subsidiado de las áreas no municipalizadas de los departamentos de Amazonas, Guainía y Vaupés hará parte del cálculo de los recursos del departamento estos serán asignados sin situación de fondos.</p> <p>PARÁGRAFO. El giro de estos recursos se hará directamente a la Administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social (ADRES) que los ejecutará en nombre de las entidades territoriales.</p>	
<p>ARTÍCULO 131°. DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL COMPONENTE DE SALUD PÚBLICA Y SUBSIDIOS A LA OFERTA. Modifíquese el artículo 52 de la Ley 715 de 2001, el cual quedará así:</p> <p>ARTÍCULO 52. DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL COMPONENTE DE SALUD PÚBLICA Y SUBSIDIOS A LA OFERTA. Este componente comprende dos subcomponentes: el subcomponente de acciones de salud pública y el subcomponente de subsidio a la oferta. Los recursos correspondientes al componente de salud pública y subsidios a la oferta se distribuirán así:</p> <p>52.1 El 75% se destinará al subcomponente de Acciones de Salud Pública, y se distribuirá a cada entidad territorial de acuerdo al resultado de la sumatoria de siguientes criterios: población, porcentaje de pobreza de cada entidad territorial, ruralidad, densidad poblacional y eficiencia administrativa. Se entenderá como eficiencia administrativa el mayor o menor cumplimiento en metas prioritarias de salud pública, medidas por indicadores trazadores.</p> <p>Los departamentos recibirán el 45% de los recursos destinados a este subcomponente para financiar las acciones de salud pública de su competencia, la operación y mantenimiento de los laboratorios de salud pública y el 100% de los asignados a las áreas no municipalizadas. Los municipios y distritos</p>	<p>A este artículo se le debe adicionar la concurrencia de la nación para la financiación del subsidio a la oferta y la dotación e infraestructura hospitalaria en zonas dispersas. Las cifras que despliegan para el logro del objetivo, son inocuas respecto de la magnitud del problema a resolver y debilitan aún más el presupuesto destinado para la salud pública.</p> <p>Se debe eliminar el aparte donde dicen que con recursos de salud pública no se podrá financiar gastos de personal de salud. Esto haría inviable la financiación de los equipos básicos para el desarrollo de actividades de Atención Primaria en Salud (APS) en los territorios.</p>

recibirán el 55% de los recursos asignados a este componente, con excepción del Distrito Capital que recibirá el 100%.

En todo caso, con recursos del subcomponente de salud pública de la asignación de salud del Sistema General de Participaciones no se podrán financiar gastos de funcionamiento como los de personal, generales y otras transferencias.

El Ministerio de Salud y Protección Social deberá diseñar e implementar los sistemas de monitoreo en línea que den cuenta del uso eficiente de los recursos y los resultados en salud, acorde con las acciones de salud pública priorizadas. Para lo cual los departamentos y municipios deberán reportar la información que corresponda.

Los departamentos, distritos y municipios podrán establecer convenios de asociación para la ejecución de los recursos, en función de los planes territoriales de salud pública de intervenciones colectivas, en especial los objetivos y metas priorizadas en el respectivo territorio.

52.2 El 25% se destinará al subcomponente de subsidio a la oferta. Este porcentaje tendrá la siguiente distribución:

El subsidio a la oferta se define como una asignación de recursos para concurrir en la financiación de la operación de la prestación de servicios efectuada por instituciones públicas o infraestructura pública administrada por terceros, ubicadas en zonas alejadas o de difícil acceso que sean monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios.

Los recursos para financiar el subcomponente de subsidio a la oferta se distribuirán entre los municipios y distritos certificados y los departamentos con instituciones de prestación de servicios de que trata el inciso anterior, de conformidad con los siguientes criterios: población total, porcentaje de pobreza de cada entidad territorial, ruralidad y densidad poblacional.

ARTÍCULO 132°. PAGO DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE USUARIOS NO AFILIADOS. A partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, cuando una persona requiera atención en salud y no

<p>esté afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, los Departamentos, Municipios y Distritos, en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas de su jurisdicción, deberán identificar y afiliar al régimen subsidiado a la población pobre no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno nacional. Si la persona tiene capacidad de pago cancelará el servicio y se le establecerá contacto con la EPS del régimen contributivo de su preferencia.</p> <p>Los gastos en salud que se deriven de la atención a población pobre que no haya surtido el proceso de afiliación definido en el presente artículo y en el reglamento, serán asumidos por las entidades territoriales, de acuerdo con el reglamento que expida el Gobierno nacional.</p> <p>En caso de la población migrante el Gobierno nacional podrá cofinanciar los gastos derivados de la atención en salud, de conformidad con el procedimiento que para el efecto se defina.</p>	<p>Este artículo debe ser eliminado. En la Sentencia T-760 de 2008, ratificada por la Sentencia C-313 de 2014, se señala que no deberán existir fragmentación de la población en regímenes diferenciales. Este artículo profundiza brechas que después de 26 años de la ley 100 de 1993 debieron ser eliminadas de manera progresiva.</p>
<p>ARTÍCULO 133°. SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Con el fin de contribuir a la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS el Gobierno Nacional definirá los criterios y los plazos para la estructuración, operación y seguimiento del saneamiento definitivo de las obligaciones relacionadas con los servicios prestados por tecnologías en salud y servicios complementarios no financiados con cargo a la UPC del régimen contributivo. Los servicios y tecnologías en salud objeto de este saneamiento deben cumplir los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Que hayan sido prestados con anterioridad a la entrada en vigor de la presente Ley b) Que en los eventos en que se hubieren prestado con posterioridad a la entrada en vigencia de la Ley 1753 de 2015, la solicitud de pago se haya presentado dentro de los términos a que hace referencia el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015. 	<p>Este articulado corresponde a lo que se denomina el acuerdo de punto final para saldar las deudas del sector salud, que para el PND incluye solo aquello referido a las tecnologías y tratamientos que no están con cargo a la UPC.</p> <p>Se debe adicionar un párrafo o artículo que diga que el Gobierno Nacional establecerá parámetros para saldar el resto de las deudas correspondientes al POS y a las EPS liquidadas. Esto se hará de manera pública, transparente, con criterios precisos, verificables, con veeduría del Ministerio Público, de organizaciones de la sociedad civil y con declaratoria pública de intereses de las partes involucradas en el acuerdo.</p> <p>Respecto al tema de saldar las deudas con los trabajadores de la salud se sugiere adicionar el siguiente artículo o párrafo, en el apartado denominado sostenibilidad financiera del sistema general de seguridad social en salud, de esta manera:</p>

<p>c) Que la obligación derivada de la prestación del servicio o tecnología no se encuentre afectada por caducidad y/o prescripción.</p> <p>d) Que hayan sido prescritos a quien le asistía el derecho, por un profesional de la salud, facturadas por el prestador o proveedor y suministradas al usuario. Para demostrar el cumplimiento de este requisito se podrán utilizar los medios de prueba establecidos en el código general del proceso que sean conducentes y pertinentes para acreditar la efectiva prestación del servicio, de acuerdo a la reglamentación que emita el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>e) Que no se trate de insumos que no observen el principio de integralidad</p> <p>f) Que no se trate de recobros involucrados en investigación por la Contraloría General de la República, la Fiscalía General de la Nación y/o la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>g) Que no correspondan a uno de los criterios definidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.</p> <p>Las obligaciones que cumplan los requisitos enlistados podrán ser objeto de reconocimiento y pago por parte de la Administradora de los Recursos de Sistema de Seguridad Social en Salud –ADRES a través de un acuerdo de pago una vez se cumplan las siguientes condiciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Como requisito indispensable para presentar una solicitud a través de este mecanismo la entidad recobrante y la ADRES suscribirán un contrato de transacción en el que la primera se obligue como mínimo a: <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Aceptar los valores que resulten a su favor, producto del proceso de verificación y control; 1.2 Renunciar a instaurar o desistir de cualquier acción judicial o administrativa relacionada con la solicitud de pago elevada 1.3 Renunciar expresamente al cobro de cualquier tipo de interés y otros gastos, independientemente de su denominación sobre las cuentas presentadas, al momento de radicarlas por este mecanismo 	<p>Artículo: La destinación de los recursos públicos de la salud, cualquiera que sea su origen o fuente, a girar a prestadores públicos, privados o mixtos, deberán obligatoriamente incluir montos con destinación específica y prioritaria al pago de acreencias laborales, sean salariales o prestacionales, adeudadas bajo cualquier modalidad contractual. Se obliga a la entidad prestadora a hacer reportes mensuales obligatorios a la ADRES, sobre los pagos, so pena de que en caso de incumplimiento, le sean suspendidos los siguientes giros, hasta tanto se acate lo estipulado en la presente ley.</p> <p>En lo sucesivo, los incrementos anuales de la UPC, impactaran necesariamente toda la cadena de flujo mínimo de recursos en igual proporción hacia los salarios y prestaciones, respetando los pactos y acuerdos laborales. El no cumplimiento de las obligaciones de remuneración oportuna, violación a la ley laboral o acuerdos pactados con trabajadores, conllevará al no cumplimiento de un requisito básico para la habilitación y la recepción de recursos.</p>
---	--

<p>1.4 No celebrar negocio jurídico alguno asociado a los valores que se reconozcan</p> <p>1.5 Revelar y depurar en sus estados financieros los resultados del proceso de verificación y control</p> <p>2. La entidad interesada deberá someter las cuentas objeto de la solicitud a un proceso de auditoría especial. Los costos de esta auditoría deberán ser sufragados por la entidad. El Ministerio de Salud y Protección Social fijará los términos y condiciones para el cumplimiento de esta obligación.</p> <p>3. El monto a pagar por tecnologías en salud y servicios complementarios no financiadas con cargo a la UPC que resulten aprobados en el proceso de auditoría, serán reconocidos conforme a la metodología de valores que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>4. La ADRES compensará las obligaciones que resulten a favor de las EPS o IPS con las obligaciones que la entidad le adeude como producto del proceso de reintegro de recursos.</p> <p>5. La ADRES aprobará los valores a pagar a la entidad recobrante.</p> <p>Para financiar los valores aprobados por este mecanismo y las deudas reconocidas en el proceso liquidatorio de Caprecom y de los contratos de salud del FOMAG liquidados en la vigencia 2019, el Gobierno Nacional emitirá Títulos de Tesorería que serán administrados por una o varias sociedades fiduciarias públicas o por entidades bancarias públicas. El Gobierno Nacional definirá la operación, reglas de negociación y pago de estos Títulos de Tesorería. La emisión de bonos o títulos no implica operación presupuestal alguna y solo debe presupuestarse para efectos de su redención.</p> <p>PARÁGRAFO 1. La ADRES podrá adelantar directamente o contratar con un tercero la auditoría del presente artículo.</p> <p>PARÁGRAFO 2. El resultado del saneamiento de que trata el presente artículo deberá reflejarse en los estados financieros de las entidades involucradas, dando cumplimiento a las normas de contabilidad, de información financiera y demás instrucciones vigentes sobre la materia, de tal forma que los</p>	
---	--

estados financieros reflejen la realidad económica de estas entidades. La Superintendencia Nacional de Salud implementará un sistema de seguimiento que permita que el saneamiento se vea reflejado en los estados financieros de las EPS y de las IPS. Los responsables de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas que en el marco de este mecanismo apliquen lo dispuesto en el presente párrafo, no incurrirán en falta disciplinaria, fiscal o penal.

PARÁGRAFO 3. Para el pago de los servicios y tecnologías no financiados con recursos de la UPC indicados en el literal c del artículo 73 de la Ley 1753 de 2015, se podrán utilizar los títulos de tesorería emitidos por el Gobierno nacional.

PARÁGRAFO 4. Los beneficiarios de los títulos de tesorería que se emitan a través de este mecanismo cederán su titularidad a otros agentes del SGSSS, entre otros a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con quienes tenga deudas asociadas a la prestación de servicios de salud. Como requisito para la entrega de los títulos a los cesionarios, las EPS deberán acreditar haber surtido la conciliación de las cuentas a pagar.

PARÁGRAFO 5. El Patrimonio Autónomo de Remanentes PAR Caprecom podrá reintegrar las sumas reconocidas a la ADRES por concepto de apropiaciones sin justa causa de conformidad con lo establecido en el Decreto 1281 de 2002, a través de la cesión de la cartera reconocida por las entidades territoriales por recobros de servicios y tecnologías en salud no cubiertas con la UPC y aseguramiento.

ARTÍCULO 134°. SANEAMIENTO FINANCIERO DEL SECTOR SALUD EN LAS ENTIDADES TERRITORIALES. Para efectos de lograr el saneamiento definitivo de las cuentas de servicios y tecnologías en salud no financiadas por la UPC del régimen subsidiado a cargo de las Entidades Territoriales prestados hasta el 31 de diciembre de 2019, deberán cumplirse las siguientes reglas:

1. Para determinar las deudas por servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC de los afiliados al régimen subsidiado, la Entidad Territorial deberá recibir y adelantar el proceso de auditoría

que le permita determinar si es procedente el pago.

En este proceso la Entidad Territorial verificará que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC hayan sido prescritas por parte de un profesional de la salud, facturadas por el prestador o proveedor y suministradas al usuario, para lo cual deberán acogerse a la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social en virtud del literal d) del artículo anterior.

En el proceso de verificación o auditoría las entidades territoriales podrán adoptar lo dispuesto por la Nación para el reconocimiento y pago de las tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen contributivo.

2. No serán objeto de saneamiento las obligaciones caducas o prescritas, aquellas que correspondan a insumos recobrados sin observancia del principio de integralidad, los cobros o recobros que se encuentren involucrados en investigación por la Contraloría General de la República, la Fiscalía General de la Nación y/o la Superintendencia Nacional de Salud o sus referentes territoriales, ni los servicios y tecnologías en salud en los que se advierta alguno de los criterios definidos en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.
3. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con el apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social, identificará los recursos con que cuentan las entidades territoriales para el pago de estos pasivos, provenientes de los ingresos corrientes de libre destinación, rentas cedidas, excedentes de las rentas cedidas, saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado en salud, excedentes del SGP de Salud Pública, excedentes y saldos no comprometidos con destino a la prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda del SGP y los recursos de transferencias realizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social con cargo a los recursos

En el párrafo 1 del artículo 134 se sugiere adicionar lo siguiente, en negrilla:

PARÁGRAFO 1. Los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC que resulten aprobados mediante lo definido en el presente artículo no podrán exceder el valor máximo definido por el Gobierno Nacional. **Esto aplica tanto para el régimen contributivo como subsidiado.** (Esto en el marco del acuerdo de punto final).

del Fosyga de vigencias anteriores y del Sistema General de Regalías.

4. La Entidad Territorial creará un fondo en el cual se administren los recursos mencionados en el numeral 43.2.10 del artículo 43 de la Ley 715 de 2001 que le sean transferidos para financiar las obligaciones de que trata el presente artículo.
5. En el caso de que se agoten las fuentes con que cuentan las entidades territoriales para el pago de las deudas por servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC de los afiliados al régimen subsidiado, las Entidades Territoriales podrán utilizar los excedentes del Fonpet del sector salud financiados con Lotto en línea para el pago de estas obligaciones.
6. La Entidad Territorial deberá ajustar su Marco Fiscal de Mediano Plazo en el curso de la vigencia 2019, en lo referente a la propuesta de ingresos y gastos requerido para dar cumplimiento al saneamiento de las deudas por servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC subsidiada.
7. Cuando se trate de servicios y tecnologías en salud prestados con anterioridad a la entrada en vigencia de la Resolución 1479 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, los recobros por dichos servicios y tecnologías deberán ser radicadas por la Entidad Promotora de Salud ante la entidad territorial, para lo cual tendrán un plazo máximo de 9 meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.
8. Cuando se trate de servicios prestados con posterioridad a la entrada en vigencia de la Resolución 1479 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, los cobros por servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC deberán reconocerse a través de los modelos establecidos en el capítulo I y II de la mencionada resolución. Para ello, las Entidades Promotoras de

Salud tendrán que trasladar todas las facturas a la entidad territorial, antes del 31 de diciembre de 2019, so pena de entenderse subrogado en la posición de la entidad territorial.

9. Los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC prestados con posterioridad a la entrada en vigencia de la presente ley y hasta el 31 de diciembre de 2019, deberán ser recobrados a las Entidades Territoriales dentro de los 6 meses siguientes a su prestación. De lo contrario, no podrán ser objeto del saneamiento dispuesto en este artículo.

Cumplidas las reglas enlistadas en los numerales anteriores, la Entidad Territorial procederá a suscribir los acuerdos de pago con las EPS e IPS de acuerdo con la disponibilidad de recursos del Fondo constituido según lo dispuesto en los numerales 3 y 4 de este artículo. El orden de pagos se definirá de acuerdo con el orden de radicación de las solicitudes de saneamiento presentadas por las entidades acreedoras.

La Nación podrá cofinanciar el pago de las deudas de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado de las entidades territoriales que agoten el procedimiento descrito en este artículo, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- a) Que se hayan agotado las fuentes de financiación con las que cuenta la Entidad Territorial para el pago de estas obligaciones.
- b) Que la entidad territorial suscriba un contrato de transacción con la entidad acreedora que incluya como mínimo:
 - i) la renuncia expresa de la entidad que esté realizando el cobro o recobro a instaurar o desistir de cualquier acción judicial o administrativa relacionada con la solicitud de pago elevada
 - ii) la obligación de la Entidad Territorial y la entidad que está realizando el recobro de revelar y depurar en sus estados financieros los resultados del proceso de verificación y control

iii) la renuncia expresa de la entidad que esté realizando el cobro o recobro a cualquier tipo de interés y otros gastos, independientemente de su denominación sobre las cuentas presentadas, al momento de radicarlas por este mecanismo.

Para cofinanciar el pago de las deudas de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado de las entidades territoriales, el Gobierno nacional emitirá Títulos de Tesorería en las vigencias 2019 y 2020, que serán administrados por una o varias una o varias sociedades fiduciarias públicas o por entidades bancarias públicas y definirá las reglas de negociación y pago de los mismos. El Gobierno nacional reglamentará los términos y condiciones en los cuales operará la cofinanciación de la Nación.

Dentro de los 6 meses siguientes a la fecha de emisión de los títulos de tesorería, la entidad territorial deberá contratar una auditoría forense para validar los pagos efectuados. En el evento que la Entidad Territorial incumpla la obligación de contratar la auditoría forense, la totalidad del valor de la cofinanciación será descontado con cargo a las participaciones a favor de la entidad territorial de la asignación de propósito general. El recobro comprenderá los intereses moratorios causados desde la fecha del pago por parte de la Nación, calculados a una tasa igual al doble del interés bancario corriente.

En el evento en que la auditoría forense concluya que hubo pagos improcedentes, la Nación recobrará el pago de lo no debido descontando el valor correspondiente con cargo a las participaciones a favor de la entidad territorial de la asignación de propósito general.

PARÁGRAFO 1. Los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC que resulten aprobados mediante lo definido en el presente artículo no podrán exceder el valor máximo definido por el Gobierno Nacional.

PARÁGRAFO 2. El resultado de los procesos de saneamiento de que trata el presente artículo deberá reflejarse en los estados financieros de las entidades involucradas, dando cumplimiento a las normas de contabilidad, de información financiera y demás

<p>instrucciones vigentes sobre la materia. La Superintendencia Nacional de Salud implementará un sistema de seguimiento que permita que el saneamiento se refleje en los estados financieros de las EPS y de las IPS.</p> <p>El incumplimiento de esta obligación dará lugar a las sanciones contenidas en la Ley 1949 de 2019. Los representantes legales, administradores, contadores y revisores fiscales que ordenen, toleren, hagan o encubran falsedades cometidas en los balances, incurrirán en las sanciones previstas en el Código Penal para el delito de falsedad en documentos privados y responderán solidariamente de los perjuicios causados.</p> <p>PARÁGRAFO 3º. Los responsables de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas que en el marco de este mecanismo apliquen lo dispuesto en el presente artículo, no incurrirán en falta disciplinaria, fiscal o penal.</p>	
<p>ARTÍCULO 135º. GIRO DIRECTO. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES en nombre de las Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Obligadas a Compensar, realizará el giro directo de los recursos de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) de los regímenes contributivo y subsidiado destinadas a la prestación de servicios de salud, a todas las instituciones y entidades que presten dichos servicios y que provean tecnologías incluidas en el plan de beneficios, así como a los proveedores, de conformidad con los porcentajes y condiciones que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. También se aplicará giro directo de los recursos asociados al pago de los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC para los regímenes contributivo y subsidiado, según lo dispuesto en el presente artículo.</p> <p>PARÁGRAFO 1. La información de este mecanismo será de consulta pública.</p> <p>PARÁGRAFO 2. Sin perjuicio de las funciones de Inspección Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de</p>	<p>Este artículo sugerimos que sea aprobado y si es preciso que se universalice el mecanismo del giro directo. No obstante se puede ir más allá con la adición de un párrafo que plantee:</p> <p>Parágrafo 1: El recaudo de todos los recursos públicos parafiscales de la salud estará a cargo de La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES.</p>

<p>Salud y Protección Social realizará el seguimiento permanente a la oportunidad del giro de los recursos, así como a su programación, destinación y ejecución por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, instituciones prestadoras y proveedores de tecnologías en salud, últimos responsables de estos procesos.</p> <p>PARÁGRAFO 3. Lo dispuesto en el presente artículo en lo referente a los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado comenzará a operar a partir del 1 de enero de 2020.</p>	
<p>ARTÍCULO 136°. EFICIENCIA DEL GASTO ASOCIADO A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO Y TECNOLOGÍAS NO FINANCIADOS CON CARGO A LOS RECURSOS DE LA UPC. El reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC se harán teniendo en cuenta los valores máximos y techos, estableciendo incentivos al ahorro, así como otras medidas que busquen la eficiencia en el gasto, de conformidad con lo que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES no podrán hacer reconocimientos y pagos por valores superiores a los establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, de igual forma, ajustará sus procesos administrativos, operativos y de verificación para implementar las medidas señaladas en el presente artículo.</p> <p>ARTÍCULO 137°. INCENTIVOS A LA CALIDAD Y LOS RESULTADOS EN SALUD. Con el fin de obtener una mejor calidad y mayores resultados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Gobierno Nacional diseñará los incentivos monetarios, de reconocimiento social y empresarial para los distintos actores del sistema de salud. Lo anterior, se hará con cargo a los recursos para desarrollo de las actividades de promoción y prevención proveniente de la cotización de los afiliados al régimen contributivo para aplicar al sistema de salud.</p>	<p>En el artículo 136 se debe excluir las siguientes frases, porque se puede prestar para que el Congreso faculte al Gobierno a establecer medidas de negación de servicios de salud en contravía de la ley estatutaria en salud LES. Se subraya en negrilla lo que se sugiere excluir.</p> <p>El reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC se harán teniendo en cuenta los valores máximos y techos, estableciendo incentivos al ahorro, así como otras medidas que busquen la eficiencia en el gasto, de conformidad con lo que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Este artículo debe ser eliminado, se presta para desviar recursos públicos de la salud a costa de la política de promoción y prevención. Se propone redireccionar estos recursos para la financiación de la nación para el subsidio a la oferta y dotación de infraestructura hospitalaria de las zonas dispersas desarrollado en el artículo 129 de este PND.</p>

ARTÍCULO 138°. SOLIDARIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD.

Los afiliados al Régimen Subsidiado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. La población que sea clasificada como pobre o vulnerable según el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales –SISBEN, recibirá subsidio pleno y por tanto no deberá contribuir. Los afiliados al Régimen Subsidiado de salud que, de acuerdo al SISBÉN, sean clasificados como no pobres o no vulnerables deberán contribuir solidariamente al sistema, de acuerdo a su capacidad de pago parcial, definida según el mismo SISBÉN.

El recaudo de la contribución se efectuará por los canales que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, recursos que se girarán a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, donde harán unidad de caja para el pago del aseguramiento.

La base gravable será la Unidad de Pago por Capitación – UPC del Régimen Subsidiado. El Ministerio de Salud y Protección Social fijará unas tarifas progresivas entre el 1% y el 15%, de acuerdo con la capacidad de pago parcial, las cuales se aplicarán a grupos de capacidad similar.

Cuando se identifiquen personas afiliadas al Régimen Subsidiado con capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización deberán afiliarse al Régimen Contributivo.

Les corresponderá a las alcaldías municipales garantizar que los afiliados al régimen subsidiado en salud cumplan con los requisitos legales para pertenecer a dicho régimen, sin perjuicio de las competencias de la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales -UGPP.

En caso de que se determine que el subsidio en salud se obtuvo mediante engaño sobre las

Este artículo como el 113 deben tener proposición negativa dado que rompe con los principios constitucionales de progresividad, universalidad y solidaridad, concebida la solidaridad del quintil de mayores ingresos con el de menor. No como está concebido acá.

<p>condiciones requeridas para su concesión o callando total o parcialmente la verdad, se compulsará copia del expediente a la Fiscalía General de la Nación.</p> <p>PARÁGRAFO. Los afiliados al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud podrán adquirir un seguro para proteger su ingreso de subsistencia en momentos de enfermedad, según las condiciones que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	
<p>ARTÍCULO 139°. INTEGRANTES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. Adiciónese el siguiente numeral al artículo 155 de la Ley 100 de 1993, así:</p> <p>8. Operadores logísticos de tecnologías en salud y gestores farmacéuticos.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los requisitos financieros y de operación de los agentes de los que trata este numeral. La Superintendencia de Industria y Comercio, en el desarrollo de sus funciones, garantizará la libre y leal competencia económica, mediante la prohibición de actos y conductas de competencia desleal.</p>	<p>Este artículo sugerimos revisarlo.</p>
<p>ARTÍCULO 140°. COTIZACIÓN DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES. Los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a 1 salario mínimo legal mensual vigente que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral, sobre una base mínima del 40% del valor del contrato, sin incluir el valor del Impuesto al Valor Agregado (IVA). Para estos trabajadores la totalidad de los costos y deducciones imputables a la actividad generadora de renta se entiende incluida dentro del porcentaje excluido de la base de cotización.</p> <p>Los independientes por cuenta propia, los rentistas de capital y los trabajadores independientes con contratos diferentes a prestación de servicios personales con ingresos iguales o superiores a 1 salario mínimo legal mensual vigente efectuarán su</p>	<p>Este artículo sugerimos que tenga proposición negativa dado que insiste en vulnerar los principios de universalidad, progresividad, y solidaridad. Los sistemas de salud deben buscar formas de financiación progresivas, no regresivas como insisten en proponer en este articulado.</p>

<p>cotización mes vencido, sobre una base mínima de cotización del 55% del valor de los ingresos, sin incluir el valor del Impuesto al Valor Agregado (IVA). En estos casos será procedente la imputación de costos y deducciones siempre que se cumplan los criterios determinados en el artículo 107 del Estatuto Tributario sin exceder los valores incluidos en la declaración de renta de la respectiva vigencia.</p>	
<p>ARTÍCULO 141°. EXONERACIÓN DE APORTES. Modifíquese el parágrafo 2 del artículo 114-1 del Estatuto Tributario, el cual quedará así:</p> <p>PARÁGRAFO 2. Las entidades del Régimen Tributario Especial, las del artículo 19-2, 19-5 y 23 del Estatuto Tributario estarán obligadas a realizar los aportes parafiscales y las cotizaciones de que tratan los artículos 202 y 204 de la Ley 100 de 1993 y las pertinentes de la Ley 1122 de 2007, el artículo 7 de la Ley 21 de 1982, los artículos 2 y 3 de la Ley 27 de 1974 y el artículo 1 de la Ley 89 de 1988 y de acuerdo con los requisitos y condiciones establecidos en las normas aplicables.</p>	<p>Analizar el significado de este artículo</p>