

Bogotá D.C.

SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO

RAD: 21-99709- -1-0	FECHA: 2021-03-23 16:51:33
DEP: 1007 GRUPO DE TRABAJO DE ABOGACÍA DE LA C	EVE: SIN EVENTO
TRA: 396 ABOGACIA COMPETENCIA	FOLIOS: 12
ACT: 440 RESPUESTA	

Doctor

FERNANDO RUÍZ GÓMEZ

Ministro de Salud y Protección Social

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

fruib@minsalud.gov.co

notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

egutierrezm@minsalud.gov.co

lizquierdo@minsalud.gov.co

grodriguez@minsalud.gov.co

correo@minsalud.gov.co

Asunto: Radicación: 21-99709- -1-0
Trámite 396
Evento:
Actuación: 440
Folios: 12

Referencia: Concepto de abogacía de la competencia (artículo 7 Ley 1340 de 2009) frente al decreto “*Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3, Parte 5, Libro 2 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social 780 de 2016 que regula las relaciones y acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago y los prestadores de servicios de salud y gestores farmacéuticos*” (en adelante el “**Proyecto**”).

1

Respetado Doctor Ruíz:

En respuesta a la comunicación del asunto radicada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social (en adelante “**Minsalud**”) el pasado 8 de marzo de 2021, esta Superintendencia rinde concepto de Abogacía de la Competencia sobre el Proyecto de la referencia en los siguientes términos: primero, se describirá el fundamento legal de la función de abogacía de la competencia; segundo, se expondrán los antecedentes normativos; tercero, se describirá el articulado del Proyecto en los términos en los que lo entiende esta Superintendencia; cuarto, se llevará a cabo el respectivo análisis desde la perspectiva de la libre competencia económica y, finalmente, se presentarán algunas conclusiones.



1. FUNDAMENTO LEGAL DE LA FUNCIÓN DE ABOGACÍA DE LA COMPETENCIA

De acuerdo con el artículo 7 de la Ley 1340 de 2009, modificado por el artículo 146 de la Ley 1955 de 2019:

"(...) la Superintendencia de Industria y Comercio podrá rendir concepto previo, a solicitud o de oficio, sobre los proyectos de regulación estatal que puedan tener incidencia sobre la libre competencia en los mercados. Para estos efectos las autoridades deberán informar a la Superintendencia de Industria y Comercio los actos administrativos que pretendan expedir. El concepto emitido por la Superintendencia de Industria y Comercio en este sentido no será vinculante. Sin embargo, si la autoridad respectiva se apartara de dicho concepto, la misma deberá manifestar de manera expresa dentro de las consideraciones de la decisión los motivos por los cuales se aparta."

De igual manera, la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado indicó el efecto jurídico que podría tener sobre los actos administrativos de las autoridades regulatorias el incumplimiento de las obligaciones del citado artículo en los siguientes términos:

"El efecto jurídico que podría traer para la autoridad de regulación el no remitir un proyecto regulatorio a la Superintendencia de Industria y Comercio para su evaluación dentro de la función de abogacía de la competencia, o el de apartarse del concepto previo expedido por la Superintendencia de Industria y Comercio, sin manifestar de manera expresa los motivos por los cuales se aparta, en principio, sería la nulidad del acto administrativo y violación de las normas en que debe fundarse, causales que deberán ser estudiadas y declaradas, en todo caso, por la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo"¹. (subrayado fuera del texto original)

Adicionalmente, es importante mencionar que los conceptos de abogacía cumplen labores preventivas de protección de la libre competencia. El Consejo de Estado ha indicado que el objeto de abogacía de la competencia es que el Estado no obstaculice las dinámicas del mercado con su actividad regulatoria. También pretende evitar que a través de actuaciones normativas se generen externalidades o se incremente el costo social de la regulación. La abogacía de la competencia no interfiere en la autonomía de los reguladores y su objetivo no es sugerir medidas regulatorias. Dentro de las facultades de la Superintendencia de Industria y Comercio (en adelante "**SIC**") se encuentra la de formular recomendaciones que esta autoridad considera pertinentes de cara a los proyectos de regulación. En este

¹ Consejo de Estado, Sala de Consulta y Servicio Civil. Concepto del 4 de julio de 2013.



sentido, el regulador mantiene la decisión final de expedir el acto administrativo acogiendo o no las recomendaciones de esta Superintendencia².

Finalmente, el artículo 2.2.2.30.7 del Decreto 1074 de 2015 indicó la obligación de las autoridades de regulación de dejar constancia del análisis de abogacía de la competencia en la parte considerativa del acto administrativo con posible incidencia en la libre competencia económica. En este sentido, la autoridad regulatoria correspondiente deberá consignar expresamente si consultó a la Superintendencia y si esta entidad emitió recomendaciones o no.

2. ANTECEDENTES NORMATIVOS

A continuación se relacionan algunos de los antecedentes normativos que resultan directamente aplicables al Proyecto.

2.1. Ley 100 de 1993

Mediante esta Ley se creó el sistema de seguridad social integral. De allí se destaca el Artículo 154, literal c) que establece que:

“El Estado intervendrá en el servicio público de Seguridad Social en Salud, conforme a las reglas de competencia de que trata esta Ley, en el marco de lo dispuesto en los artículos 48, 49, 334 y 365 a 370 de la Constitución Política. Dicha intervención buscará principalmente el logro de los siguientes fines:

(...)

c) Desarrollar las responsabilidades de dirección, coordinación, vigilancia y control de la Seguridad Social en Salud y de la reglamentación de la prestación de los servicios de salud.”

2.2. Ley 715 de 2001

A través de esta Ley se establecen competencias presupuestales a cargo de diferentes autoridades del Estado colombiano. Se destaca el numeral 42.1 del artículo 42 el cual señala que:

“Corresponde a la Nación la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional, de acuerdo con la diversidad regional y el ejercicio de las siguientes competencias, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:

² Consejo de Estado, Auto del 30 de abril de 2018 mediante el cual se decreta la suspensión provisional de los efectos de la Resolución 2163 de 2016 “Por la cual se reglamenta el Decreto 2297 de 2015 y se dictan otras disposiciones”, expedida por el Ministerio de Transporte e identificada con el radicado No.: 11001-03-24-000-2016- 00481-00.

(...)

42.1. Formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud y coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación.”

2.3. Ley 1122 de 2007

A través de esta Ley se introdujeron algunas modificaciones al sistema general de seguridad social en salud, destacándose el parágrafo 1 del artículo 13 que estableció que:

“El Gobierno Nacional tomará todas las medidas necesarias para asegurar el flujo ágil y efectivo de los recursos del Sistema, utilizando de ser necesario, el giro directo y la sanción a aquellos actores que no aceleren el flujo de los recursos.”

2.4. Ley 1438 de 2011

En esta norma se introducen nuevas modificaciones al sistema general de seguridad social en salud. Allí se destacan los artículos 56 y 57 de la Ley. En efecto, el artículo 56 de la Ley preceptúa que:

“Las Entidades Promotoras de Salud pagarán los servicios a los prestadores de servicios de salud dentro de los plazos, condiciones, términos y porcentajes que establezca el Gobierno Nacional según el mecanismo de pago, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1122 de 2007.”

En adición a ello, el Artículo 57 de la misma norma estableció que:

“Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

(...)

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago.”

4



2.5. Ley 1751 de 2015

Se conoce como ley estatutaria del sistema de salud por regular el derecho fundamental a la salud. Esta norma se ocupa de regular y garantizar el derecho fundamental a la salud. Allí se disponen entre otros aspectos, que el derecho a la salud es autónomo e irrenunciable tanto en su dimensión individual como colectiva. De acuerdo con el artículo 2 de la Ley, el derecho fundamental a la salud comprende:

“(…) el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.”

A partir de ello, la Ley establece las obligaciones del Estado en la materia, los elementos y principios que componen el derecho fundamental a la salud, los derechos y deberes de los usuarios, y los derechos y deberes de los prestadores de servicios de salud.

5

2.6. Ley 1753 de 2015

Corresponde al Plan Nacional de Desarrollo del cuatrienio 2014-2018. A través de esta norma se expide la denominada “Política de Atención Integral en Salud (PAIS)”. Por tener relación con la materia que nos ocupa, se destaca el artículo 65 el cual preceptúa:

“El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), dentro del marco de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud, así como las demás leyes vigentes, definirá la política en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano, la cual será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.

Para la definición de la política integral en salud se integrarán los siguientes enfoques: i) atención primaria en salud (APS); ii) salud familiar y comunitaria, iii) articulación de las actividades individuales y colectivas y iv) enfoque poblacional y diferencial. Dicha atención tendrá en cuenta los componentes relativos a las rutas de atención para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano, en el marco de la Ley 1164 de 2007, articulación de las



intervenciones individuales y colectivas, el desarrollo de incentivos en salud y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación.

(...)"

2.7. Ley 1955 del 2019

Corresponde al Plan Nacional de Desarrollo para el cuatrenio 2018-2022. A partir del artículo 231 y siguientes se establecieron (i) competencias de las entidades territoriales y de la Nación respecto del sistema general de salud, (ii) distribución de recursos para la atención al sistema de salud, (iii) sostenibilidad financiera del sistema, (iv) manejo de los recursos destinados al sistema, (v) incentivos en la prestación de los servicios de salud, (vi) incorporación de las tecnologías de la información en la gestión del sistema y la prestación de los servicios. Adicionalmente, es preciso señalar que el artículo 243 incluye a los operadores logísticos de tecnologías en salud y gestores farmacéuticos como integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2.8. Ley 1966 de 2019

Por medio de esta Ley se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el sistema de seguridad social en salud. Se destaca el artículo 4 el cual dispone que:

6

“El Ministerio de Salud y Protección Social creará un portal de registro electrónico, en el cual se deberá reportar los intercambios comerciales de prestación de servicios en salud y tecnologías en salud. En los casos donde no medie contrato, como: las atenciones de urgencias y similares, en este caso, el reporte será posterior. Se excluye de esta información, las transacciones que sean con recursos propios de las personas naturales y jurídicas. La información contenida en dicha plataforma será de público acceso cuando involucre recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud.

El Gobierno nacional definirá los estándares de la información requerida y su periodicidad de reporte, que deberán incluir: la modalidad de contratación, información financiera, gastos en salud, pagos por los servicios de salud, número y tipo de prestaciones de servicios y tecnologías en salud contratadas. La operación del sistema de información de registro de contratación estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe.”

2.9. Decreto 4747 de 2007 (incorporado en el Decreto 780 de 2016)

Este Decreto definió los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud a saber: capitación, evento, caso, conjunto integral de atenciones, y paquete o grupo relacionado por diagnóstico. También, fijó las condiciones



mínimas de dichos mecanismos que debían ser incluidas en los acuerdos de voluntades a los que se refiere el Proyecto.

2.10. Decreto 780 de 2016 (Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social)

En este decreto se compilan los decretos del sector salud expedidos a la fecha, y se incorpora gran parte de los expedidos con posterioridad. Entre los decretos compilados se encuentra el 4747 de 2007.

2.11. Resolución 1441 del 2016

Mediante esta resolución se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud. Allí se destaca el capítulo 2 de la norma el cual se ocupa de reglamentar los requisitos que deben cumplir los agentes para obtener la habilitación como prestadores de servicios en el marco del sistema de seguridad social en salud, así como los requisitos para la permanencia de dicha habilitación.

2.12. Resolución 3202 del 2016

A través de esta Resolución, se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, y se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud — PAIS. Lo anterior, implica el establecimiento de directrices para asegurar la integralidad en la atención en salud para las personas, familias y comunidades por parte de los diferentes integrantes del sistema general de seguridad social en salud y demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud. Ello, a efectos de contribuir al mejoramiento de los resultados en salud y reducir la carga de la enfermedad.

7

2.13. Resolución 3280 de 2018

Esta resolución, en líneas generales, complementa el contenido de lo dispuesto en la resolución 3202 de 2016, y en consecuencia, adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal.

3. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El proyecto, con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud a través de una atención integral que permita la debida prestación de los servicios y tecnologías



en salud a la población a su cargo, regula los aspectos generales de las relaciones contractuales (acuerdo de voluntades o contrato) y los pagos entre los siguientes actores del Sistema de Salud colombiano:

- **Entidades Responsables de Pago – ERP:** Entidades Promotoras de Salud (en adelante “EPS”), Entidades Adaptadas, Entidades Territoriales y ARL.
- **Prestadores de servicios de Salud – PSS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (en adelante “IPS”), profesionales independientes de salud, entidades con objeto social diferente y el transporte especial de pacientes habilitados conforme a la norma.
- **Operadores logísticos de tecnologías de salud y gestores farmacéuticos:** Cadenas de droguería, cajas de compensación y/o establecimientos de comercio cuando realicen la dispensación ambulatoria en establecimientos farmacéuticos o el suministro de dispositivos médicos e insumos directamente a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud por encargo contractual de las EPS, IPS y de otros actores del sistema.

Particularmente, cuando las ERP que administren regímenes especiales o de excepción, suscriban acuerdos de voluntades con PSS, deberán cumplir los siguientes términos establecidos en el Proyecto frente a la suscripción de acuerdos de voluntades o contratación de la prestación de servicios y tecnologías en salud:

8

- a) Garantizar una atención integral.
 - b) Respetar las libertades para seleccionar: los servicios y tecnologías en salud a contratar; las tarifas y los precios regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos. Lo anterior, en el marco de la Ley Estatutaria en Salud Pública y la Política de Atención Integral en Salud.
 - c) Considerar la identificación del riesgo en salud entre los que se encuentran los siguientes: primario de incidencia, primario de severidad, técnico de utilización de recursos, de morbilidad evitable y sin transferencia de riesgo.
 - d) Respetar las libertades de selección de las modalidades de contratación. El Proyecto establece que esta libertad contractual estará limitada por las reglas de integración vertical y de contratación mínima obligatoria con la red pública de que tratan los artículos 15 y 16 de la Ley 1122 de 2007, respectivamente.
 - e) Respetar las libertades de selección de las modalidades de pago.
 - f) Usar de los elementos mínimos dispuestos para la negociación durante la etapa precontractual:
- **Por parte de los PSS:** El modelo del prestador con sus servicios habilitados en los ámbitos territoriales, urbano, rural y rural disperso.



- **Por parte de las ERP:** El modelo de atención en salud, caracterización de la población objetivo y demás información necesaria para que los PSS identifiquen las condiciones de salud de la población que será atendida de acuerdo con el contrato y la modalidad de pago, la red integral de PSS habilitada o por habilitar, estableciendo la complementariedad de los prestadores para la atención integral en salud para la población a cargo; y el proceso de referencia y contrarreferencia de la red de prestadores de servicios de salud habilitada
 - **De las partes:** Indicadores establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud vigente para los PSS y las ERP; Procesos de autorización integral de los servicios y tecnologías de salud, contratados al interior de la red integral de PSS, cuando aplique; y el modelo de auditoría a aplicar.
- g) Tener en cuenta requisitos que para su celebración se describen en el artículo 2.5.3.4.2.4 del Proyecto.
- h) Contar con soportes de las facturas de venta de prestación de servicios y tecnologías de salud.
- i) Pactar dentro de la gestión de cada modalidad de contratación y de pago, si así lo consideran las partes, el reconocimiento de incentivos por el logro de resultados en salud de tipo económico y no económico, tales como pagos basados en valor. Cuando se pacten, los PSS desarrollarán el respectivo esquema de reconocimiento de tales incentivos.
- j) Buenas prácticas en la negociación, suscripción, ejecución y liquidación para garantizar los servicios y las tecnologías de salud de la población.

9

Finalmente, el Proyecto contempla que la Superintendencia Nacional de Salud adelantará las acciones de inspección, vigilancia y control de lo establecido en el Proyecto y que los actores involucrados en el proyecto deberán implementar las disposiciones contenidas en este a partir del 1 de julio de 2021.

4. ANÁLISIS DEL PROYECTO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA LIBRE COMPETENCIA ECONÓMICA

Una vez revisado el Proyecto y los demás documentos adjuntos a la solicitud de concepto de abogacía de la competencia, a continuación, esta Superintendencia se pronunciará frente a los aspectos generales para la suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios y tecnologías en salud, de cara a la libre competencia económica.



4.1 Sobre considerar una red integral de PSS no habilitada como elemento para la negociación en el marco de la suscripción de acuerdos de voluntades

El Proyecto establece como elementos mínimos para la negociación de los acuerdos de voluntades a suscribir para la prestación de los servicios y tecnologías en salud de las ERP, los siguientes: i. Modelo de atención en salud, ii. Caracterización de la población objetivo y demás información necesaria para que los PSS identifiquen las condiciones de salud de la población que será atendida de acuerdo con el contrato y la modalidad de pago, iii. La **red integral de PSS habilitada o por habilitar**, estableciendo la complementariedad de los prestadores para la atención integral en salud para la población a cargo, y iv. El proceso de referencia y contrarreferencia de la red de prestadores de servicios de salud habilitada.

Vale la pena resaltar que, a juicio de esta Superintendencia, lo descrito en el literal c no trae consigo una hipótesis de tratamiento diferenciado para algunas ERP en el mercado de salud frente a los elementos que pueden utilizar durante la etapa precontractual o de negociación de un acuerdo de voluntades. No obstante, el Proyecto no advierte sobre los posibles efectos que podría tener, de cara al resultado de la negociación del acuerdo de voluntades, el considerar una red integral de PSS no habilitada como elemento negociador.

10

Si bien el permitir que una red integral de PSS sin habilitar cuente como elemento mínimo de negociación amplía la concurrencia y capacidad de negociación para las ERP interesadas en competir en uno o varios mercados del sector salud, la habilitación de dicha red podría ser un requisito de ejecución o un requisito para la celebración de los acuerdos de voluntades. En este sentido, es fundamental que al momento de celebración de los contratos exista certeza en relación con la red integral que será utilizada en el marco de la ejecución contractual. Esto evitará que un elemento potencial presente en la negociación (red integral de PSS sin habilitar) se constituya en fuente de asimetrías de información y expectativas inciertas para las partes contratantes.

4.2 Sobre las restricciones a las libertades para suscribir los acuerdos de voluntades

Como se señaló, el objetivo del Proyecto es consolidar incentivos hacia la implementación de condiciones de contratación y pago justas entre los diferentes actores del sistema de salud, que propicien la correcta prestación de los servicios de salud. Esta Superintendencia quiere resaltar que tales condiciones cuentan con las siguientes características: de un lado, son fijadas por parte del Minsalud como condiciones de carácter general y, del otro, permiten que las partes tengan la libertad para seleccionar los servicios y tecnologías en salud a contratar, así como



las tarifas, los precios, y las modalidades de contratación y de pago en el marco de la Ley Estatutaria en Salud Pública y la Política de Atención Integral en Salud.

Adicionalmente, aunque el Proyecto establece que esta libertad contractual estará limitada por: (i) la integración vertical, (ii) la contratación mínima obligatoria con la red pública y (iii) los precios regulados por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, estas circunstancias no tienen la potencialidad de generar distorsiones en los mercados de salud y obedecen a reglas contenidas en el régimen de salud vigente. En este sentido, permiten que las ERP, los PSS, los Operadores logísticos de tecnologías de salud y los gestores farmacéuticos; tengan la libertad de implementar individualmente las modalidades de contratación y de pago para competir libremente y con ello migrar: *“De las tradicionales formas de contratación basadas en la producción de servicios de salud, hacia Modalidades de contratación y de pagos basadas en valor, que privilegie la integralidad de la atención en salud centrada en el usuario, la transparencia en la relación de los agentes desde el conocimiento mutuo de los riesgos en salud de los afiliados, la búsqueda de resultados en salud”*³, tal y como lo establece el Proyecto.

4.3 Sobre la responsabilidad de los prestadores de servicios de salud respecto al usuario final

11

En el entendido de esta Superintendencia, el Proyecto tiene entre otras repercusiones, la de estandarizar – en el marco de la autonomía de la voluntad de los prestadores de servicios de salud – el relacionamiento contractual. Ello, con miras a dotar de mayor transparencia a la contratación en el sector. Igualmente podría entenderse que, la posibilidad de flexibilizar los estándares de negociación de los contratos para la prestación de los servicios de salud procuran atender la demanda de servicios. Sin embargo, no puede perderse de vista que dichos efectos no pueden ir en contravía de la garantía de una prestación adecuada de los servicios de salud frente a los usuarios finales en los términos de la normatividad aplicable. Así las cosas, resulta de la mayor relevancia que en todo evento las partes involucradas en los acuerdos de voluntades garanticen, no solo la prestación de los servicios de salud conforme a los principios contenidos en el régimen aplicable, sino que adicionalmente, dichos acuerdos de voluntad en modo alguno reflejen esquemas de exoneración de responsabilidades más allá de lo específicamente regulado en las normas.

Entiende esta Superintendencia, de acuerdo con la información suministrada, que dicho escenario se encuentra controlado a la luz de las normas vigentes, de suerte que la situación descrita se encuentra controlada por parte del regulador.

³ Cfr artículo 2.5.3.4.2.2 del Proyecto aportado al expediente 21_99709



5.CONCLUSIÓN:

Con fundamento en todo lo expuesto, esta Superintendencia no encuentra elementos que despierten preocupaciones en relación con la incidencia que pueda tener el proyecto de regulación sobre la libre competencia en los mercados involucrados.

Finalmente, agradecemos al MinSalud que, al momento de expedir la regulación en cuestión, se remita una copia al correo electrónico amperez@sic.gov.co

Cordialmente,

JUAN PABLO HERRERA SAAVEDRA

Superintendente Delegado para la Protección de la Competencia

Elaboró: Carolina Medina Beltrán / Óscar Mauricio Taborda

Revisó: Ana María Pérez Herrán

Aprobó: Juan Pablo Herrera Saavedra

Es importante para nosotros conocer su percepción sobre la atención de su solicitud, por esta razón lo invitamos a evaluar el servicio de la Superintendencia de Industria y Comercio siguiendo el siguiente enlace:

12

