

Bogotá D.C., 29 de septiembre de 2023.

Honorable Senador
GERMÁN BLANCO ÁLVAREZ
Presidente
Comisión Primera Constitucional Permanente
Senado de la República
Ciudad

Asunto: Informe de ponencia para primer debate al Proyecto de Ley Estatutaria No. 05 de 2023 Senado, acumulado con el Proyecto de Ley Estatutaria No. 086 de 2023 Senado.

Reciba un cordial saludo respetado señor Presidente,

En cumplimiento de la designación efectuada por la Mesa Directiva de la Comisión Primera Constitucional del Senado de la República mediante Acta MD-05, y de acuerdo con lo establecido en el Artículo 156 de la Ley 5 de 1992, nos permitimos rendir informe de ponencia para primer debate al **Proyecto de Ley Estatutaria No. 05 de 2023 Senado** *“Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a ajustar y fortalecer el sistema general de seguridad social en salud, garantizar a toda la población el derecho fundamental a la salud consagrado en la ley 1751 de 2015, mejorar los resultados en salud, aumentar la satisfacción del usuario y garantizar la sostenibilidad del sistema de salud”* acumulado con el **Proyecto de Ley Estatutaria No. 086 de 2023 Senado** *“Por la cual se modifica la Ley 1751 de 2015 y se dictan otras disposiciones en materia de salud y seguridad social en salud”*, en los siguientes términos:

I. TRÁMITE DE LA INICIATIVA.

El **Proyecto de Ley Estatutaria No. 05 de 2023 Senado** *“Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a ajustar y fortalecer el sistema general de seguridad social en salud, garantizar a toda la población el derecho fundamental a la salud consagrado en la ley 1751 de 2015, mejorar los resultados en salud, aumentar la satisfacción del usuario y garantizar la sostenibilidad del sistema de salud”*, fue radicado el 20 de julio de 2023 en la Secretaría General del Senado de la República, y es autoría de los H.S. Carlos Fernando Motoa,

David Luna, Jorge Benedetti, José Luis Pérez, Antonio Zabarain, Carlos Julio González, Carlos Abraham Jiménez, Carlos Farelo, Didier Lobo, Edgar Jesús Díaz, Ana María Castañeda; y los H.R. Adriana Arbelaez, Gersel Pérez, Jorge Mendez, Julio Cesar Triana, Rodrigo Campo, Dilson Murcia, Bayardo Betancourt, Carlos Alberto Cuenca, Nestor Leonardo Rico, Javier Sanchez, John Edgar Pérez, Mauricio Parodi, Modesto Aguilera, Jaime Rodríguez, Sandra Milena Ramirez, Hernando González, Lina Maria Garrido, Betsy Judith Pérez, Jairo Humberto Cristo. La exposición de motivos fue publicada en la Gaceta 898 de 2023.

De otra parte, el **Proyecto de Ley Estatutaria No. 086 de 2023 Senado** *“Por la cual se modifica la Ley 1751 de 2015 y se dictan otras disposiciones en materia de salud y seguridad social en salud”*, fue radicado el 8 de agosto de 2023, y es autoría de los H.S. Paloma Valencia Laserna, Esteban Quintero Cardona, José Vicente Carreño Castro, Paola Holguin Moreno, Ciro Alejandro Ramirez Cortes, Andrés Guerra Hoyos, Miguel Uribe Turbay, Josue Alirio Barrera Rodriguez, Carlos Manuel Meissel Vergara, Enrique Cabrales Baquero, Maria Fernanda Cabal Molina; y los H.R. Yenica Sujein Acosta Infante, Cristian Garcés Aljure, Olmes Echeverria De La Rosa, Juan Espinal Ramirez, Oscar Dario Pérez Pineda, Hernan Dario Cadavid Marquez, Hugo Danilo Lozano Pimiento, Edison Vladimir Olaya Mancipe, Eduar Alexis Triana Rincon, Jose Jaime Uscategui Pastrana, Edward Osorio Aguiar. La exposición de motivos fue publicada en la Gaceta 1067 de 2023.

La Mesa Directiva de la Comisión Primera de la Comisión Primera Constitucional Permanente designó como ponentes a los H.S. Carlos Fernando Moota Solarte (Coordinador), Paloma Valencia Laserna (Coordinadora), Juan Carlos García Gómez, Ariel Ávila Martínez, Julián Gallo Cubillos, Fabio Amín Saleme, Clara López Obregón y Julio Elías Chagüi Flórez.

II. OBJETO.

El **Proyecto de Ley Estatutaria No. 05 de 2023 Senado** *“Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a ajustar y fortalecer el sistema general de seguridad social en salud, garantizar a toda la población el derecho fundamental a la salud consagrado en la ley 1751 de 2015, mejorar los resultados en salud, aumentar la satisfacción del usuario y garantizar la sostenibilidad del sistema de salud”*, tiene por objeto realizar ajustes al sistema de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud desarrollando lo consagrado en la Ley 1751 de 2015, y dictar medidas para garantizar a toda la población el derecho

fundamental a la salud, mejorar los resultados en salud, aumentar la satisfacción del usuario y del talento humano en salud, y garantizar la sostenibilidad del Sistema.

A su vez, el **Proyecto de Ley Estatutaria No. 086 de 2023 Senado** “*Por la cual se modifica la Ley 1751 de 2015 y se dictan otras disposiciones en materia de salud y seguridad social en salud*”, tiene por objeto adoptar disposiciones y medidas tendientes a fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando su progresividad y el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de las personas.

III. SOLICITUD DE CONCEPTOS.

Para efectos del análisis de la iniciativa objeto de estudio y para la elaboración del presente informe de ponencia se solicitó conceptos a: Ministerio de Salud, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo, Superintendencia Nacional de Salud, Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales -DIAN-, Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales -UGPP-, ADRES, Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos -ACESI-, Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -ACEMI-, Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas -ACHC-, GestarSalud, ASCOFAME, miembros de la academia, ligas de usuarios en salud y a la ciudadanía interesada.

A continuación se relacionan los conceptos y respuesta recibidas a la fecha de radicación de esta ponencia:

1. ACEMI.

Mediante comunicación del 11 de septiembre de 2023, manifestaron:

“(...) En primer lugar, es preciso anotar que apoyamos aquellas iniciativas que, desde el legislativo, pretendan implementar mejoras a nuestro Sistema de Salud, proponiendo alternativas responsables orientadas a superar los retos actuales, buscando siempre lo mejor para la población colombiana, sin desconocer el camino recorrido y los importantes avances que durante estas tres décadas se han logrado en nuestro país en este sector.

Somos conscientes de la necesidad de preservar un sistema de salud que de manera dinámica se adapte a las nuevas necesidades, en aras de garantizar el adecuado ejercicio y goce del derecho fundamental.

En este sentido, resaltamos que el Proyecto de la referencia, mantiene y fortalece el concepto de aseguramiento en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como mecanismo idóneo para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, mejorar resultados en salud, aumentar la satisfacción del usuario y del talento humano y garantizar la sostenibilidad el sistema.

Igualmente, creemos que es acertado que el proyecto mantiene los conceptos de participación de privados tanto para el aseguramiento como en la prestación, aspectos que han sido fundamentales en el desarrollo y avances de nuestro sistema de salud como uno de los mayores logros sociales de las últimas décadas.

Resaltamos, además:

- La preservación de la denominación de Entidades Promotoras de Salud, como entidades aseguradoras.*
- La corresponsabilidad de todos los actores en la gestión del riesgo en salud, donde cada uno tiene unos compromisos y obligaciones específicas, fundamentales para lograr los mejores resultados.*
- Los modelos de atención atendiendo las necesidades territoriales.*
- El fortalecimiento de los sistemas de información para la gestión, planificación y formación del talento humano en salud, así como la generación de incentivos para la mayor producción de especialistas en el país.*
- La creación del Fondo de Garantías del Sector Salud como instrumento patrimonial y de apoyo financiero en los procesos de intervención, liquidación y reorganización de las entidades del sector salud.*

Adicionalmente, consideramos acertada la creación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el cual consideramos podría funcionar como un órgano consultor y asesor del Ministerio de Salud, en la formulación de políticas públicas, así como su cumplimiento y ejecución.

De otro lado, y de manera paralela a lo anteriormente anotado, respetuosamente nos permitimos elevar los siguientes comentarios y propuestas, en aras de

enriquecer el proyecto, y formular nuevas alternativas que mejoren la operatividad del sistema:

Inconveniencia de la implementación del Giro Directo para todos los recursos de la UPC.

Propone el proyecto de ley, un giro directo desde la ADRES del 90% de los recursos de la UPC destinados para el pago de los servicios de salud.

Al respecto es importante considerar que el giro directo en principio se entiende como un mecanismo contrario al aseguramiento, pues resulta contradictorio el hecho de asignar a entidades privadas o públicas, la gran responsabilidad de asumir el riesgo financiero propio de la gestión del riesgo en salud de los afiliados, y al tiempo quitarle los recursos con los que se efectúa esa gestión.

Lo anterior cobra mayor importancia por cuanto la gestión del riesgo en salud, indudablemente va de la mano con la gestión del riesgo financiero aspectos inseparables en la obtención de mejores resultados de eficiencia y calidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Pese a lo anterior, pueden presentarse situaciones excepcionales, en donde el asegurador EPS, presente problemas que afecten en forma grave su estabilidad financiera y el cumplimiento de sus obligaciones, caso en el cual, el giro directo podría actuar como medida transitoria o temporal a efectos de evitar mayores perjuicios a sus acreedores.

Teniendo en cuenta este escenario, nuestra propuesta es que el giro directo no se aplique a las EPS que se encuentren al día en el pago a sus IPS y que cumplan con los plazos señalados en la Ley 2024 de 2020 artículo 3, de esta manera, sólo se aplicaría en forma excepcional a las EAPB que presenten reales problemas en relación con su cartera.

Conveniencia del Giro directo para aspectos no incluidos en el Plan de Beneficios (Presupuestos Máximos).

Escenario totalmente diferente, se presenta en los pagos de las deudas por los servicios y tecnologías en salud que brindan las EPS, pero que no están incluidos

en el Plan de Beneficios, no son financiados con cargo a los recursos de la UPC y los médicos prescriben y autorizan a través de la plataforma MIPRES.

Desde la Ley 1955 de 2019 (art 240), estos servicios no incluidos en el plan de beneficios son cubiertos o financiados de forma insuficiente a través de la figura de presupuestos máximos, en los cuales, el Estado hace un cálculo anticipado y estimado de lo que en promedio se autoriza por MIPRES.

Los recursos de presupuestos máximos en teoría deben ser suficientes y tienen que ser pagados de forma anticipada por parte del Gobierno a las EPS, pero de un tiempo para acá se ha advertido por parte de estas aseguradoras, demoras en los pagos por parte de la ADRES, así como insuficiencia en su cálculo, situación que ha afectado el flujo de recursos entre los actores del Sistema de Salud. Para citar un ejemplo, y con corte a agosto de 2023, se observa que la ADRES no ha girado los recursos por este concepto desde finales de junio de 2023 a las EPS, debiendo haberlos girado, en forma anticipada.

Lo anterior se suma a una deuda antigua por estos mismos conceptos, que tiene el Estado con las EPS y que a la fecha, en nuestras entidades agremiadas asciende a: 750 mil millones por los meses de julio, agosto y septiembre de 2023 y un ajuste de 2022 de 820 mil millones.

Vale la pena recordar que los dineros recibidos por presupuestos máximos, no hacen parte del concepto de aseguramiento, toda vez que son cubiertos con un dinero diferente de la prima (UPC) que reciben las EPS, y en una gran cantidad, obedecen a servicios que aunque son requeridos por los pacientes usualmente no corresponden a servicios de salud, muchos de ellos son servicios socio sanitarios entre los que encontramos, por citar unos ejemplos: elementos de aseo, pago a cuidadores, etc.

Bajo este escenario, proponemos y consideramos que es importante que una reforma a la salud, establezca el giro directo de la ADRES hacia los proveedores de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios, toda vez que finalmente es una deuda del Estado, en donde la EPS podría seguir brindando apoyo en temas de autorización y temas operativos- administrativos (como auditoría de las cuentas), con un reconocimiento mínimo sobre el costo administrativo que esta gestión conlleva, pero donde se facture directamente a la ADRES y esta pague al proveedor del servicio que no está cubierto con cargo a la UPC (...)"

2. ACESI.

Mediante oficio No. 063-23 de 2023 del 14 de agosto de 2023, manifestaron:

“(…) Acorde con el asunto de la referencia, nos permitimos realizar las siguientes apreciaciones al proyecto de Ley 05 de 2023 Senado:

Artículo 2: *La modificación del artículo 4 de la Ley estatutaria, genera mayor cobertura a las responsabilidades de todas las agencias del Estado, para lograr resultados en salud con el abordaje de los determinantes sociales.*

Artículo 3: *Funciones esenciales del sistema de salud: Por la forma de la redacción, genera la obligación de trato digno en la prestación de servicios de salud, sin embargo, el sistema de salud debe abordar todos sus componentes, las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad e implementación de la estrategia de APS, que no están ligadas a prestar servicios de salud, que se enfocan más hacia la atención de la enfermedad. Consideramos que esta definición se queda corta con el objetivo del sistema de salud.*

(…)

Artículo 7 CNSS: *Consideramos que las decisiones del CNSS deben ser vinculantes y no sólo recomendaciones, de lo contrario, no se tendría diferencia con la actual INSTANCIA ASESORA, la cual, desde pandemia no ha sido citada y cuyas recomendaciones en los diferentes momentos, no son obligantes.*

(…)

Artículo 16 EPS en zona rural y dispersa: *En Guainía, no se demostró impacto al dejar una EPS encargada del territorio con población rural y dispersa. Es necesario empoderar a las Entidades Territoriales para que sea el territorio con la gobernanza establecida por la Ley 715, pero con un claro fortalecimiento de recursos y capacidades técnicas, que permitan la administración de las RIISS.*

Artículo 18 componentes de la UPC: *Celebramos que se establezca una UPC diferencial que incluya una variabilidad en el pago en lo que corresponde a resultados en salud. Es importante que, dentro de la propuesta los recursos o incentivos, no sólo sean para la EPS*

e IPS, sino que llegue hasta los equipos de salud, como una manera de generar estímulos a quienes están de cara al paciente.

Artículo 20 Giro directo: *Celebramos la inclusión de giro directo a prestadores del 90%, situación que evitará el incremento importante de cartera cada vez más creciente.*

(...)

Artículo 28 y 29 Empresas Sociales del Estado: *en estos dos artículos, observamos pocos cambios con relación al funcionamiento de los hospitales públicos, situación que dista mucho del que hacer de las instituciones que son la representación del Estado en el sistema de salud.*

(...)

Artículo 34 Prohibición de tercerización: *Como gremio estamos totalmente de acuerdo con este artículo, sin embargo, esta prohibición está desde sentencias de la Corte constitucional y no se ha logrado su cumplimiento por la situación financiera del sector salud, principalmente de las ESE, de ahí la importancia que sea el Estado quien asuma la nómina y laboralización del talento humano en un proceso gradual (...)"*.

3. ADRES.

A través de comunicación del 29 de agosto de 2023, manifestaron:

"(...) de manera atenta le informamos que su solicitud será remitida por competencia a la Dirección Jurídica del Ministerio de Salud y Protección Social por las razones que se exponen a continuación:

El primer inciso del artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, establece que esta Entidad Administradora hace parte del SGSSS y está adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, por consiguiente, se encuentra dentro del ámbito de aplicación de la Resolución 879 de 2023, a través de la cual el Ministerio de Salud y Protección Social estableció las directrices para el trámite y emisión de conceptos institucionales a los proyectos de ley y de actos legislativos que cursan en el Congreso de la República.

Adicionalmente conforme al numeral 11 del artículo 9 del Decreto 1429 del 2016 la Entidad apoya la elaboración de proyectos de ley y demás normas que guarden relación

con los asuntos de competencia de la Entidad, bajo la dirección del Ministerio de Salud y Protección Social (...)".

4. MINISTERIO DEL TRABAJO.

A través de comunicación del 11 de septiembre de 2023, manifestaron:

"(...) De conformidad con la solicitud de concepto del Proyecto de Ley No. 05 de 2023 "Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a ajustar y fortalecer el sistema general de seguridad social en salud, garantizar a toda la población el derecho fundamental a la salud consagrado en la ley 1751 de 2015, para mejorar los resultados en salud, aumentar la satisfacción del usuario y garantizar la sostenibilidad del sistema de salud", de manera atenta, le informamos que en aplicación de lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley 1437 de 2011, su solicitud fue remitida al Ministerio de Salud y protección social, en aras de adelantar las actuaciones que en el marco de sus competencias correspondan (...)".

5. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

A través de comunicación del 15 de agosto de 2023, manifestaron:

"(...) Es de mencionar que los comentarios que a continuación se exponen versan exclusivamente sobre las competencias que el precitado proyecto legislativo atribuye a esta entidad de inspección, vigilancia y control.

Frente al artículo 16 "Revisado el actual régimen normativo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se observa que la actualización de la autorización de funcionamiento de las EPS se encuentra regulada en el artículo 2.5.2.3.2.7 del Decreto 780 de 2016".

Frente al artículo 35 "Los sujetos, rentas y actividades bajo inspección, vigilancia y control de la Superintendencia se encuentran establecidos en el artículo 121 de la Ley 1438 de 2011 y en inciso segundo del artículo 2 de la Ley 1966 de 2019".

Frente al artículo 37 "Se sugiere revisar el contenido de este artículo bajo el entendido que la competencia para ordenar el desarrollo de algunas de las actividades descritas en la propuesta recaen en esta Superintendencia y las mismas ya cuentan con un procedimiento previamente establecido en la ley para su desarrollo (...) Finalmente, se sugiere considerar que la Superintendencia no puede ordenar la transformación de entidades cooperativas, mutuales, las cajas de compensación y en general las entidades sin ánimo de lucro en sociedades comerciales, toda vez que esa decisión compete de manera exclusiva a los

máximos órganos de esas formas asociativas y obedece a la autonomía de su voluntad”.

Frente al artículo 40 *“Se sugiere considerar que la facultad reglamentaria de segundo grado en el sector salud recae en el Ministerio de Salud y Protección Social y no en la Superintendencia Nacional de Salud. (...) Sobre el particular, el artículo 208 de la Constitución Política, el cual señala que corresponde a los ministerios, bajo la dirección del Presidente de la República, formular las políticas atinentes a su despacho, dirigir la actividad administrativa y ejecutar la ley, así como ser voceros del Gobierno ante el Congreso, y presentar ante este los proyectos de ley a que haya lugar (...)”.*

6. UGPP.

A través de comunicación del 1 de septiembre de 2023, manifestaron:

Frente al artículo 41:

“(...) Aun cuando el título señala “medidas de anti-evasión y elusión”, su contenido no las adopta, dado que solo refiere al deber de la DIAN y la UGPP de articular los sistemas de información con los que cuentan, finalidad que a la fecha se cumple.

*De otra parte, consideramos que la DIAN dentro del marco de sus competencias no tiene a cargo el inicio de medidas persuasivas y/o sancionatorias en contra de los aportantes por incurrir en conductas de evasión o elusión de la contribución parafiscal con **destino al Sistema General de Seguridad Social en Salud**, incluso, la asignación de estas funciones distorsiona su competencia dado que el aporte al subsistema de salud no corresponde a la naturaleza de los tributos que administra (...)”.*

Además, propusieron la inclusión del siguiente artículo:

*“(...) **Artículo xx.** Las Entidades Promotoras de Salud – EPS, las entidades adaptadas en salud – EAS, el programa de salud que administran las cajas de compensación familiar – CCF que reciban los afiliados de las Entidades de la misma naturaleza a las que se les revoque la autorización de funcionamiento para administrar el régimen contributivo, las que sean objeto de intervención para liquidar o se les haya ordenado la supresión o liquidación o se haya dispuesto la liquidación voluntaria deberán cobrar las cotizaciones en mora causadas con anterioridad al traslado efectivo de los afiliados.*

Una vez recaude las cotizaciones en mora tendrá derecho al reconocimiento de las UPC.

Lo anterior, sin perjuicio de las competencias que le otorgan los artículos 2.1.9.1 y ss del Decreto 780 de 2016 (...)”.

IV. DE LA NATURALEZA ESTATUTARIA DE LA INICIATIVA.

Sea lo primero recordar que los artículos 48 y 49 de la Constitución otorgan al derecho a la salud la doble connotación de derecho y servicio público. Por su parte, el artículo 2 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 consagró el derecho fundamental a la salud como autónomo e irrenunciable tanto en lo individual y en lo colectivo, estableciendo que *“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.”*

Si bien es cierto que la reserva de ley estatutaria en materia de derechos fundamentales es excepcional, también es cierto que de acuerdo con los criterios fijados por la jurisprudencia constitucional, debe acudir a la vía estatutaria cuando se regulen los elementos estructurales y los principios básicos del derecho o deber en cuestión.

En el caso específico, estamos frente a unas iniciativas cuyo objeto es asegurar el goce del derecho fundamental a la salud en todas sus formas y a todos los niveles, es decir, pretende regular para ello el derecho fundamental a la salud de manera integral. Materia que definitivamente hace parte del núcleo esencial del derecho fundamental a la salud, pues sin dicha regulación no sería posible hacer efectivo y garantizar el derecho fundamental a la salud. En sentencia T-760 de 2008, la Corte Constitucional manifestó que:

“La primera condición para poder garantizar el derecho de toda persona al acceso a los servicios de salud en los términos constitucionales (art. 49, CP) es, precisamente, que existan un conjunto de personas e instituciones que presten tales servicios. Este Sistema puede ser del tipo que democráticamente decida el legislador, siempre y cuando tenga como prioridad, garantizar en condiciones de universalidad el goce efectivo del derecho a la salud dentro de los parámetros constitucionales.

(...)

Como se indicó, para que efectivamente toda persona pueda acceder a los servicios de salud, al Estado le corresponde, por mandato constitucional (art. 49, CP), cumplir las siguientes obligaciones: (i) organizar, (ii) dirigir y (iii) regular la prestación de los servicios de salud;

(iv) establecer las políticas para la prestación de los servicios por parte de entidades privadas, y ejercer (v) su vigilancia y (vi) control; (viii) establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y (ix) determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Así pues, es obligación del Estado establecer el Sistema; definir qué entidades y personas lo pueden integrar, y qué labores puede desempeñar cada uno; cómo pueden los particulares participar en la prestación de los servicios y en qué términos; así como también, establecer quiénes aportan al Sistema y en qué cantidades, esto es, definir el flujo de recursos del Sistema.

4.1.4. La legislación y la jurisprudencia constitucional han precisado, dentro de sus respectivos ámbitos de competencia, las obligaciones estatales derivadas del derecho a la salud, para garantizar la existencia de un sistema de salud que preste efectivamente, en condiciones de universalidad, eficiencia y solidaridad, los servicios de salud que requieran las personas para alcanzar el nivel más alto de salud posible dadas las condiciones y capacidades existentes”.

Así las cosas, desde nuestra perspectiva y en concordancia con la jurisprudencia y argumentos arriba citados, las iniciativas objeto de estudio corresponden a una ley de carácter estatutario, en los términos del artículo 152 Superior, debido a que a lo largo de su articulado incluye disposiciones que desarrollan contenidos esenciales del derecho fundamental a la salud.

Dada la importancia del proyecto de ley y que las disposiciones contenidas en este último tocan diversos derechos fundamentales debería haber una mayor consenso entre las fuerzas políticas de este Congreso, lo cual se asegura a través de un trámite de ley estatutaria, previsto en el artículo 153 Superior:

“La aprobación, modificación o derogación de las leyes estatutarias exigirá la mayoría absoluta de los miembros del Congreso y deberá efectuarse dentro de una sola legislatura.

Dicho trámite comprenderá la revisión previa, por parte de la Corte Constitucional, de la exequibilidad del proyecto. Cualquier ciudadano podrá intervenir para defenderla o impugnarla”.

Finalmente, es menester recordar que la H. Corte Constitucional, mediante sentencia C-015 de 2020 reiteró los criterios que permiten establecer cuándo una regulación de derechos fundamentales debe someterse al trámite de Ley Estatutaria, a saber:

“Las Sentencias C-204 de 2019 y C-370 de 2019 reiteraron los criterios con los cuales es posible determinar si una regulación debió someterse al trámite cualificado de las leyes estatutarias, estos son: (i) que efectivamente se trate de derechos y deberes de carácter fundamental; (ii) que el objeto directo de la regulación sea el desarrollo del régimen de derechos fundamentales o un derecho fundamental en sí mismo; (iii) que la normativa pretenda regular, de manera integral, estructural y completa, un derecho fundamental; o (iv) que verse sobre el núcleo esencial y los principios básicos del derecho o deber, es decir, que regule los aspectos inherentes al ejercicio del derecho; y (v) que se refiera a la afectación o el desarrollo de los elementos estructurales del derecho, esto es, que consagre límites, restricciones, excepciones y prohibiciones que afecten la estructura general del derecho, como elementos cercanos a su núcleo esencial.”

En conclusión, consideramos que las propuestas incluidas en los proyectos bajo estudio cumplen a cabalidad los requisitos establecidos para requerir ser tramitados como ley estatutaria, y por ende, son competencia inequívoca de la Comisión Primera Constitucional Permanente.

V. DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

Con el fin de establecer la situación actual del Sistema de Seguridad Social en Salud actual, y las modificaciones requeridas, se retoman los siguientes aspectos de la exposición de motivos de los proyectos bajo estudio:

El Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, creado por la Ley 100 de 1993, en desarrollo de lo dispuesto en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política de Colombia de 1991 y modificado en su estructura por las Leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015, entre otras, se encuentra bajo la dirección, coordinación y control del Estado y en éste pueden participar entidades públicas y privadas, tales como Entidades Territoriales, Entidades Promotoras de Salud - EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS. Así mismo, se consideran actores del sistema los individuos, las familias y las comunidades, quienes hacen parte del eje fundamental para el cuidado de la salud.

En Colombia, antes de la Ley 100 de 1993, se contaba con un Sistema de Salud conocido como Sistema Nacional de Salud, el cual se caracterizaba por baja cobertura, poca eficiencia, gastos directos de los particulares, y una enorme desigualdad, pues la población pobre era la más afectada. (Escobar, Giedion, Giuffrida & Glassman, 2010). Para 1992, alrededor del 80% de la población rural y el 45% de la urbana no

estaba cubierta por sistema de salud alguno y dependían únicamente de los servicios prestados por las entidades públicas de salud. (Zapata, 2012).

En este contexto, con la Ley 100 de 1993 se plantearon como objetivos la universalización de la cobertura de sistema y el logro de la equidad en el acceso, mediante unos nuevos esquemas contractuales que alentarían la eficiencia y estimularían la calidad (Londoño y Frenk, 1997 citado en Escobar et al, 2010). Para 1991, sólo se reportaban como beneficiarios de la seguridad social a través del Instituto de Seguros Sociales (ISS) y las cajas de previsión social al 28% de la población (DNP, 2000)¹, mientras que, con corte a septiembre del año 2022, se cuenta con una cobertura del aseguramiento del 98,81% de la población, permitiendo el acceso al Sistema General de Seguridad Social de Salud y al Plan de Beneficios de Salud (MSPS, 2022).

El sistema de salud en Colombia tiene 30 años en construcción. Desde la ley 100 de 1990 se creó un sistema mixto con una red conformada por el Estado, los pacientes, las aseguradoras y las clínicas y hospitales. Los exitosos resultados del sistema de salud son innegables. En 1995 solo el 29,2% de los colombianos tenían acceso a la salud. Para 2021 alcanzó el 99% de la población.[1] La esperanza de vida al nacer pasó de 69 años en la década de los 90 a 76 años en la última década. Los nacidos con personal calificado pasaron del 71% al 99%. Mujeres embarazadas que reciben atención prenatal del 82,60% al 97,20%. Las muertes que se habrían podido prevenir con atención de salud de 383 a 147 por cada 100 mil habitantes. La mortalidad infantil de 20,4 a 1,68 por cada 100 mil habitantes. El número de médicos de 1,0 a 3,8 por cada 1000 habitantes. El tratamiento enfermedades respiratorias del 44,50% al 65,30% de la población.[2]

La ley 100 de 1990 creó las aseguradoras, Entidades Promotoras de Salud-EPS-, unas entidades público, privadas o mixtas que organizan la red para conectar al afiliado con las Instituciones Prestadoras de Salud-Clínicas y hospitales-. Las EPS también garantizan el acceso a citas médicas, procedimientos y medicamentos. El Estado colombiano le da a cada EPS un valor fijo anual aproximado de 252 dólares por colombiano. Somos el segundo país de la OCDE con precios más bajos en el sistema de salud y ocupamos el segundo puesto de en ciudadanos que menos usa gasto de bolsillo en salud.[3] El sistema les da acceso gratuito a los colombianos al 93,6% de los medicamentos listados en el país y al 96,9% de los procedimientos[4]. Entre estos se incluyen desde medicamentos para el dolor, psiquiátricos y hasta retrovirales. De igual manera, desde cirugías ambulatorias,

servicios terapéuticos hasta tratamientos de cáncer. El sistema tiene más de 440 millones de atenciones en salud al año.

La satisfacción con las aseguradoras -EPS- se reflejan en la percepción de los colombianos. El 82,6% de las personas recomendaría su EPS y la satisfacción por el servicio está por encima del 74%[5]. El 63% de los colombianos no está de acuerdo con que se eliminen las EPS para pasar a un sistema público, y el 73% de los colombianos saben que este sistema les permite ser atendidos con prontitud.[6]

Los resultados en salud también son ejemplo internacional. Solo el 1,3% considera que el sistema de salud del país es "mala o muy mala". Somos los que mejor percepción tenemos de nuestro sistema dentro de la OCDE. Ocupamos el séptimo puesto dentro de la OCDE en países que más han aumentado la expectativa de vida, el quinto con menor incidencia del cáncer, y el tercero con menor mortalidad por la misma enfermedad. Nuestra tasa de mortalidad al ingresar al hospital con un infarto está por debajo de la OCDE, y ocupamos también el tercer puesto en menor tasa de homicidio después de hospitalización por trastorno psiquiátrico.[7]

Ocupamos el puesto 22 en el Informe sobre la salud de la OMS (2000), Puesto 16 en la región el Índice de Salud, Acceso y Calidad de la Revista Lancet (1990-2015),Puesto 2 en el Ranking de International Living (2021), puesto 48 en Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (2017) y puesto 58 en el Healthiest Country Index (2017).

El sistema de salud colombiano ha sido reconocido por revistas especializadas del nivel de The Economist, como uno de los mejores del mundo, ocupando la 6ta posición de 40 países incluidos en *The Health Inclusivity Index* del año 2022. Una posición que no sólo le ubica en el top 10 de los países mejor rankeados por el medio británico, sino que le pone delante de referentes como Cuba.

Del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ubicó al sistema sanitario colombiano en el lugar 22 de 191 países evaluados por la entidad. Una posición similar a la obtenida en el *Global Health Security Index* del Johns Hopkins Center for Health Security, donde Colombia ocupó la posición 38 de 195 países evaluados.

Por lo que, sorprende que aunque Colombia no se cuente en el top 3 de países latinoamericanos que más gastan en salud según cifras del Banco Mundial y se encuentre ligeramente por debajo del promedio de los países de la Organización para la

Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), sus resultados sean significativos en materia de cobertura y aseguramiento.

Se trata de todo un éxito si tenemos en cuenta que en países desarrollados como China o los EE.UU., el acceso está condicionado al aseguramiento a través de privados que suelen ofrecer un limitado paquete de servicios que restringen el acceso de la población de ambos países al sistema sanitario.

Hay que recordar que el sistema sanitario de Colombia no sólo enfrentó con éxito la pandemia por COVID-19 durante 2020, también lideró la implementación de un Plan Nacional de Vacunación que hasta finales de octubre del 2022 ya había logrado inmunizar con esquemas de vacunación completos 36.7 millones de personas. Una cifra que fue récord tanto en América Latina como en el resto del mundo, donde países tan avanzados como Japón o Corea del Sur contaban con un ritmo de vacunación menor.

Sin embargo, el sistema actual exige una serie de mejoras que permitan conservar la cobertura (casi universal) al tiempo que se fortalece la calidad del servicio, pues, decenas de EPS han tenido que ser liquidadas y/o intervenidas por problemas asociados a los giros durante la última década, así mismo, no son pocas las IPS que atraviesan una difícil situación financiera por cuenta de las demoras en los desembolsos.

En consecuencia, de 30 EPS que todavía permanecen activas en Colombia, 16 están en procesos de liquidación. Lo que se traduce en traslados masivos, mala atención a los usuarios e impago a las IPS, así como a los profesionales de la salud. De hecho, hasta mediados del 2023 el Gobierno Nacional estimaba que las EPS debían al sistema \$23,3 billones de pesos.

De ahí la necesidad de una Reforma que conserve la naturaleza mixta del sistema, el modelo de aseguramiento y la posibilidad de poder elegir al prestador del servicio, al tiempo que se fortalece la atención primaria -con énfasis en la especialidad de médico familiar- y se prohíbe la tercerización laboral en el sector salud.

Cabe mencionar, que el 80% del talento humano que sirve en clínicas privadas y cerca del 70% de quienes sirven en hospitales públicos están tercerizados según la Federación Colombiana de Sindicatos Médicos y la Asociación Nacional de Trabajadores de Hospitales, Clínicas y Consultorios (ANTHOC). Por lo que, es indispensable mejorar sus condiciones con mayor estabilidad, mejor remuneración y todas las prestaciones de Ley.

Adicionalmente, la lucha contra la corrupción resultará crucial para garantizar la sostenibilidad del sistema en el mediano y largo plazo. De la correcta ejecución del presupuesto público dependerá que los recursos girados por la Nación lleguen a los promotores, prestadores y usuarios.

De acuerdo con Transparencia Por Colombia, tras revisarse 67 casos de corrupción en el sector salud ocurridos entre 2016 y 2020, se pudo establecer que las principales irregularidades son de tipo administrativo, privado y político, con un costo estimado para el sistema de \$1,6 billones COP, donde los servidores públicos fueron responsables del 46,2% de los casos, seguidos de los privados con un 37,3%.

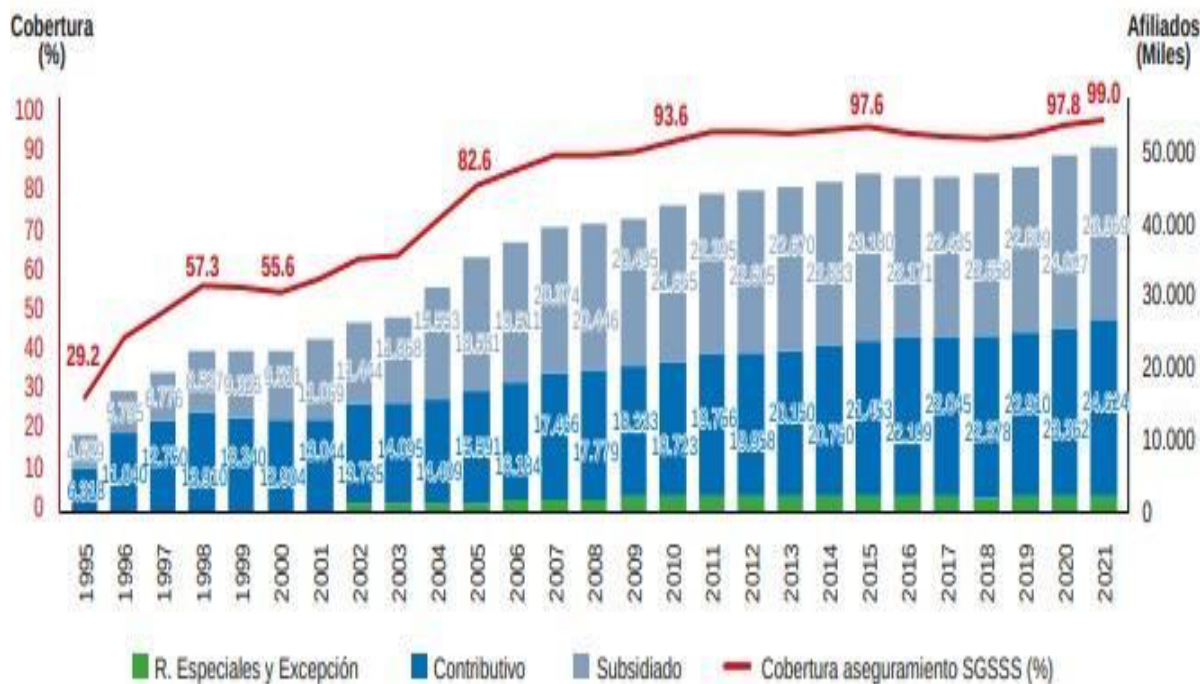
Los delitos más comunes asociados con la corrupción fueron la celebración de contratos sin cumplir los requisitos legales y el prevaricato por omisión. Cerca del 25% de los casos de corrupción estaban relacionados con irregularidades en el suministro de medicamentos, como sobrecostos, beneficiarios ficticios, cobros por medicamentos no entregados, tráfico y falsificación de medicamentos (Transparencia por Colombia, 2023).

El actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, que se basa en el aseguramiento a través de las Entidades Promotoras de Salud - EPS, públicas, privadas y mixtas, cuenta con la participación solidaria de todos sus integrantes y beneficiarios, pues los ciudadanos con capacidad de pago hacen aportes proporcionales a sus ingresos al sistema y están afiliados a éste bajo el régimen contributivo, mientras que los ciudadanos sin capacidad de pago se pueden afiliar mediante el régimen subsidiado, en el cual no realizan cotización y el Estado asume la financiación de los servicios. Actualmente, los afiliados a ambos regímenes tienen derecho a las mismas prestaciones asistenciales que hacen parte del Plan de Beneficios de Salud (ANIF, 2022).

El aseguramiento se ha constituido como la principal estrategia del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la medida que al lograr la ampliación de su cobertura aproximadamente el 99% de la población para el año 2022, se ha hecho notable la obtención de beneficios en salud para la población, lo cual se ha reflejado en el acceso a la prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan de Beneficios.

Con el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el aseguramiento en Colombia ha aumentado de forma sostenida, pasando de menos del 28% de la población para 1991 (DNP, 2000) y llegando a un máximo histórico de 99% en el 2021, como se ve en la siguiente gráfica (ANIF, 2022).

Gráfico 1. Evolución de la afiliación al SGSSS

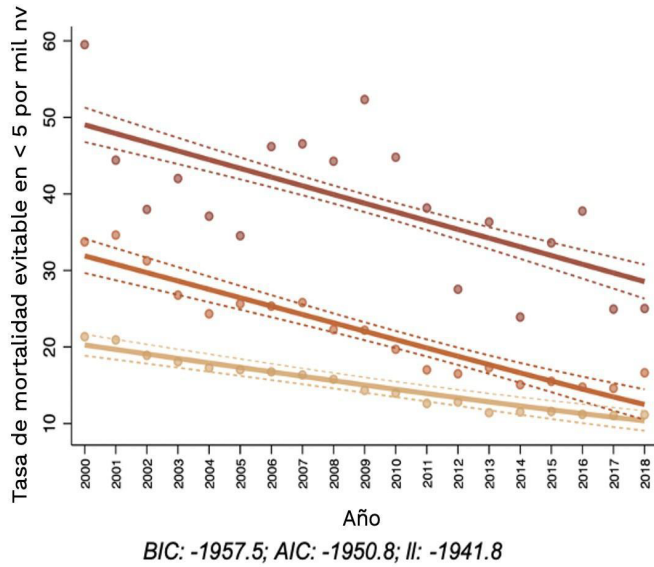


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2021)

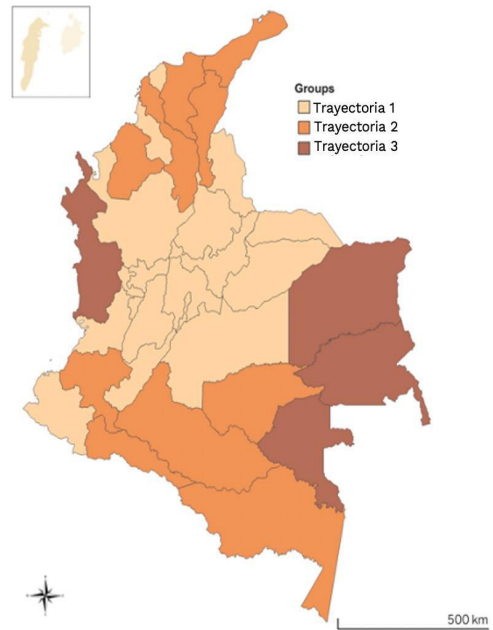
“Ese aumento en el aseguramiento ha permitido a los ciudadanos acceder a servicios de salud en mayor medida y tener mejores resultados en salud, sin enfrentarse a gastos desestabilizantes. Por ejemplo, en los últimos 30 años la expectativa de vida al nacer de los colombianos ha aumentado en más de siete años, pasando de 69 años a 77 años, y la mortalidad infantil se redujo en más del 50%, pasando de alrededor de 26 muertes por 1000 nacidos vivos a 12”. (ANIF, 2022).

En las siguientes gráficas, presentadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en la audiencia de rendición de cuentas del año 2021-2022, se muestran algunos indicadores de salud pública que permiten evidenciar cómo se han disminuido los principales riesgos en salud de la población, desde que se ha implementado la estrategia del aseguramiento y se ha ampliado el acceso a los servicios de salud.

a. Evolución de la tasa de mortalidad evitable en niños menores de cinco años según trayectoria de departamentos

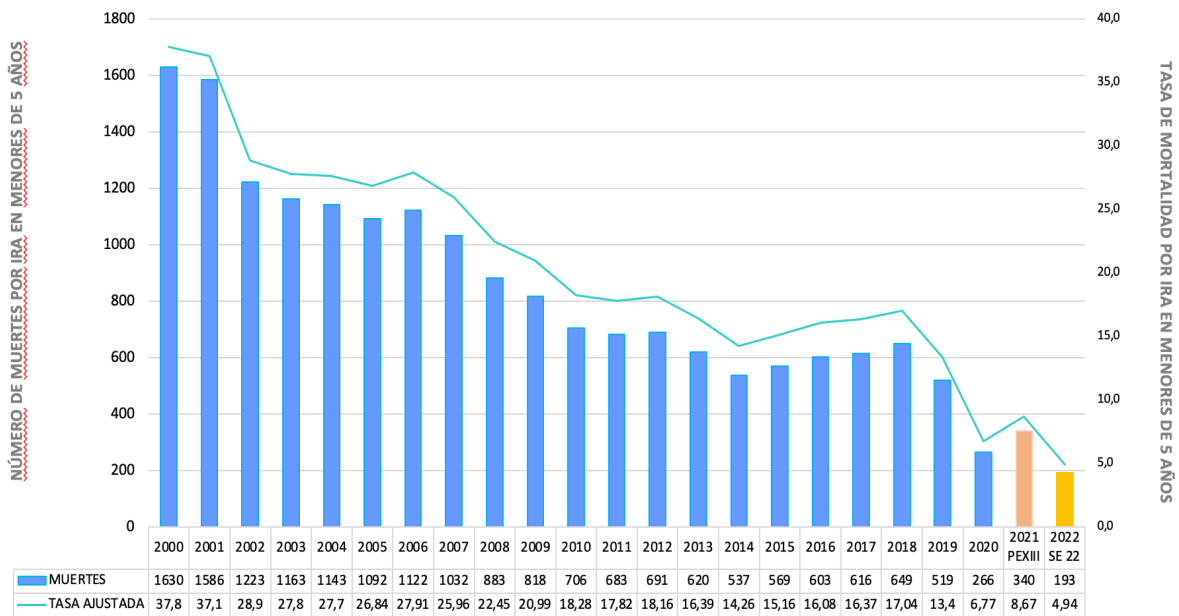


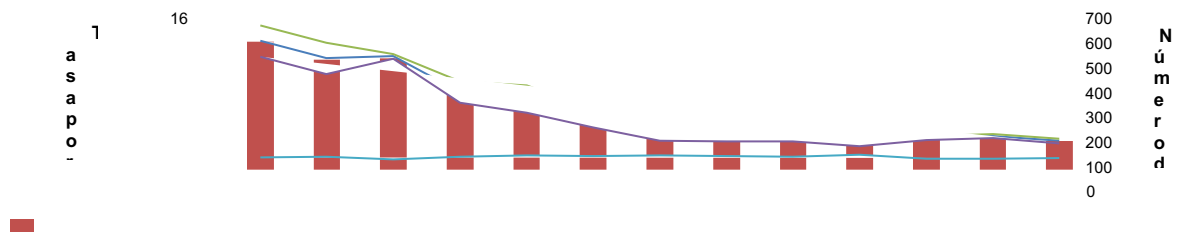
b. Perfiles de departamentos según trayectoria



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2022)

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2022)





Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2022)

Para lograr estos objetivos, el Sistema General de Seguridad Social en Salud ha integrado la participación del Estado, las Entidades Territoriales, las Entidades Promotoras de Salud - EPS, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS-públicas, privadas y mixtas, las comunidades, las familias y los individuos, quienes hacen parte del eje fundamental para el cuidado de la salud, desde las actividades de prevención y mantenimiento hasta la atención de la enfermedad.

No obstante, aún quedan diferentes aspectos que el Sistema debe abordar de forma articulada entre los actores para que la cobertura universal, reflejada en el alto porcentaje de afiliados, se manifieste de igual manera en el acceso efectivo a los servicios, de forma continua e integral.

La promoción y mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad, tiene un deficiente desarrollo debido a la poca resolutivez en los niveles primarios, generando una mayor frecuencia en el uso de servicios de mediana y alta complejidad. Es así como sólo uno de cada dos colombianos asiste a una consulta de prevención al año y la tasa de hospitalización anual es de cerca del 10%, más del doble de la tasa de hospitalización de México o Brasil (Ruiz y Zapata, 2017) y 235 por cada 100.000 personas entre los 30 y 70 años mueren por causas evitables (enfermedades isquémicas del corazón, accidentes cerebrovasculares, EPOC y enfermedad renal crónica). Fuente: EEVV, DANE, IHME.

En este sentido, es preciso que desde la Ley se aborden nuevamente una serie de aspectos relacionados con el modelo de aseguramiento y prestación de los servicios y la financiación del Sistema, con el fin de lograr una mejora continua y medible en el acceso a los servicios y la calidad de los mismos, en iguales condiciones en todo el territorio nacional, contribuyendo con ello a fortalecer la materialización del goce efectivo del

derecho fundamental a la salud desde las lecciones aprendidas y los logros obtenidos en estas tres décadas de evolución del sistema

Han sido varios los avances que se han desarrollado para garantizar el acceso al derecho fundamental a la salud de las personas, permitiendo contar con una cobertura de afiliación al Sistema de aproximadamente el 99% de la población garantizando que los servicios del Plan de Beneficios en Salud se presten con oportunidad y calidad adecuada a las necesidades clínicas de cada persona, indistintamente de su capacidad de pago; en este sentido, han sido varios los beneficios progresivos que se han implementado para garantizar el derecho, por lo que, cualquier cambio estructural que se realice al Sistema General de Seguridad Social en Salud debe soportarse en los logros y beneficios que se han alcanzado y contar con medidas progresivas que busquen mejorar el acceso al derecho fundamental a la salud, teniendo en cuenta que en los derechos fundamentales no es permisible adoptar medidas regresivas que impliquen perder los logros y metas alcanzados o caer en un Sistema que no logre siquiera mantener los niveles de acceso a la salud que actualmente se presentan.

Los derechos fundamentales, dentro de los que se encuentra el derecho a la salud, son de protección especial, debido a que, conforme a la Constitución Política, su prestación debe ser progresiva y sostenible, razón por la cual el Estado no puede adoptar medidas de carácter regresivo que dificulten o impidan el acceso al goce efectivo del derecho fundamental. En este sentido, la Corte Constitucional, M.P. María Victoria Calle Correa, en sentencia T-388 de 2013, manifestó:

“Las facetas prestacionales de un derecho fundamental son, excepcionalmente, de aplicación inmediata y, usualmente, de realización progresiva, en cuyo caso, las personas tienen, por lo menos, el derecho constitucional a que exista un plan escrito, público, orientado a garantizar progresiva y sosteniblemente el goce efectivo del derecho, sin discriminación y con espacios de participación en sus diferentes etapas, que, en efecto, se esté implementando. La violación o la amenaza de las facetas prestacionales de realización progresiva suelen demandar del juez de tutela que se impartan órdenes complejas, que busquen la efectividad de los derechos, respetuosas de las competencias democráticas y administrativas constitucionalmente establecidas, que sean prudente y abiertas al diálogo institucional. La valoración que se haga a partir de los parámetros que se ocupen de la estructura, del proceso y de los resultados de la política pública, de la cual dependa el goce efectivo del derecho fundamental que se busca proteger con la orden compleja, determinarán si hay un nivel de cumplimiento alto, medio, bajo, o, simplemente, de incumplimiento.”

Así las cosas, en la referida jurisprudencia, la Corte Constitucional manifestó que *“El Estado, en virtud de sus obligaciones constitucionales, tiene el deber de contar con políticas públicas escritas, que garanticen progresiva y sosteniblemente, el goce efectivo de las facetas prestacionales de los derechos fundamentales”* (T-388/2013).

En esta justificación del proyecto normativo se identifican los avances que ha tenido el Sistema General de Seguridad Social en Salud desde 1991 hasta el 2022, haciendo énfasis en las medidas que hoy permiten acceder al goce efectivo del derecho fundamental a la salud y proponiendo oportunidades de mejora a través del desarrollo de medidas progresivas, cuya finalidad es avanzar en la garantía de este derecho fundamental.

- **Disposiciones Estatutarias.**

Con la expedición de la Ley 1751 de 2015, se reguló el derecho fundamental a la salud, con el fin de garantizar su acceso a todas las personas y establecer sus mecanismos de protección; en el marco de esto, al ser una Ley Estatutaria, la Corte Constitucional se pronunció, de manera previa a su expedición, sobre el proyecto de ley 209 de 2013 Senado - 267 de 2013 Cámara y en la sentencia C-313 de 2014 analizó el contenido de la regulación estatutaria y estableció ciertas condiciones para su expedición. Dentro de los aspectos revisados por la Corte Constitucional, *“se destacó la importancia de la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, dada su pertinencia para la regulación del derecho a la salud”* (p.538).

Respecto al artículo 4 de la Ley Estatutaria, la Corte Constitucional manifestó:

“Frente al artículo 4, atinente a la definición de sistema de salud, la Corte resolvió declararlo exequible, advirtiendo que la expresión “que el Estado disponga”, contenida en el enunciado legal, leída desde la Constitución, no supone una potestad para disminuir los factores existentes que configuran el sistema de salud y que el conjunto de los mismos es el irreductible punto de partida para la consecución del derecho. Para la Sala, la expresión resaltada, no puede conducir a que todo el conjunto de componentes que involucra el sistema y que son del resorte potestativo y discrecional del Estado, en particular el financiamiento, esto es los recursos del sistema, puedan ser definidos sin parámetros constitucionales, con lo cual resulta inaceptable un adelgazamiento del volumen de recursos orientados a la garantía del derecho, pues ello implicaría un detrimento para su materialización.

La lectura predicada del financiamiento también debe hacerse a propósito de los restantes componentes del sistema, con lo cual, se evita comprometer la garantía del derecho

fundamental a la salud en diversos aspectos e ir en contravía de lo dispuesto por el constituyente.

Para la Sala, el principio de no regresividad que se predica de derechos fundamentales como el que está en estudio, debe orientar el significado de la disposición revisada”.

En este sentido, teniendo en cuenta que uno de los avances más importantes en la garantía del derecho fundamental a la salud es la Gestión Integral del Riesgo en Salud, considerando el principio de no regresividad, es necesario ajustar el artículo 4 de la Ley 1751 de 2015, con el fin de incluir este concepto en la definición del sistema de salud.

La Gestión Integral del Riesgo en Salud es una estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud, que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población (MSPS, 2018).

La estrategia de Gestión Integral del Riesgo en Salud, cuyo diseño ha sido liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social, se ha desarrollado con el objetivo de lograr un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y unos costos acordes a los resultados obtenidos (MSPS, 2016a); para ello, desde un enfoque práctico, la Gestión Integral del Riesgo en Salud se anticipa a las enfermedades y los traumatismos para que éstos no se presenten o se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias (MSPS, 2018).



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Defunciones	581	500	506	340	311	225	160	114	104	113	144	150	111
Tasa	3,4	3,1	3,1	8,1	7,3	5,3	3,7	3,5	3,4	3,1	3,3	3,5	3,0
Tasa hombres	15,0	13,2	12,0	9,2	8,7	6,3	4,4	4,1	3,9	3,8	3,5	3,7	3,2
Tasa mujeres	11,7	9,9	9,1	6,9	5,9	4,4	3,0	2,9	2,9	2,4	3,1	3,3	2,7
Diferencia hombres/mujeres	3,3	3,2	3,0	2,3	2,8	1,9	1,4	1,2	1,2	0,9	0,2	0,2	0,5

En la gráfica se observa que en la Gestión del Riesgo participan los distintos actores del Sistema, cada uno con responsabilidades particulares para lograr un mejor nivel de salud de la población. No basta con que el Sistema General de Seguridad Social de Salud responda correctamente a la enfermedad, se requiere que el sistema la prevea y la evite, por lo que necesita la participación de todos.

Por otro lado, respecto al artículo 5 de la Ley Estatutaria, relacionada con las obligaciones a cargo del Estado, la Corte Constitucional manifestó:

“El inciso 1 al referirse a las obligaciones del Estado, no incorpora todas las indicadas en la Observación 14, por ende, una lectura de la disposición que se acompaña con la Carta y la precitada Observación, debe incorporar las clases de obligaciones en materia de salud faltantes.

(...)

El literal b) fue declarado exequible al encaminarse a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato, advirtiéndose que su lectura desde la Carta, no debe dar lugar a desconocer la obligación de trato diferenciado para grupos discriminados o marginados.

El literal i) fue declarado exequible dada la importancia de la sostenibilidad financiera para la realización del derecho, pero, se advirtió, que de conformidad con el precedente contenido en sentencia C- 459 de 2008 “la sostenibilidad financiera no puede comprender la negación a prestar eficiente y oportunamente todos los servicios de salud debidos a cualquier usuario. Para la Corporación, es un deber social del Estado el asegurar el acceso de las personas a la red hospitalaria y su financiación. Con dichos fundamentos la declaración de exequibilidad de este precepto fue condicionada”.

Conforme a este análisis, es necesario, ajustar el artículo 5 de la Ley Estatutaria, incluir la totalidad de obligaciones enunciadas en la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y adicionar otras para el adecuado funcionamiento del Sistema, es así como se adicionan las obligaciones relacionadas con la garantía de la equidad en la salud, el respeto a la libre elección por parte de las personas de las entidades que gestionan su riesgo en salud y las que le prestan los servicios de salud, como lo ha manifestado la Corte Constitucional en Sentencia C-1041/2007 “La libertad de escogencia de los afiliados, además de ser una garantía conexas al derecho de acceso a prestaciones en materia de salud, guarda estrecha relación con el derecho fundamental de la dignidad humana, dentro de cuyo haz de conductas protegidas se encuentra la autodeterminación del sujeto en la toma de decisiones que lo afectan, entre las que se cuentan la escogencia de las instituciones prestadoras de servicios de salud; al igual que con el derecho al libre desarrollo de la personalidad, entendido como derecho de libertad in nuce, que protege ámbitos de la autonomía individual no protegidos por derechos de libertad específicos.”

- **Enfoque Diferencial - Zonas Marginadas o de Baja Densidad Poblacional**

La Constitución Política, en su artículo 7, establece que el Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana, entendiendo que en materia de salud y de prestación de servicios se debe considerar las particularidades étnicas y culturales de la población al momento de diseñar e implementar políticas, programas y acciones en territorios con estas características.

Por su parte, el Convenio 169 de la OIT, ratificado mediante la Ley 21 de 1991, establece en su artículo 25, entre otros aspectos, lo siguiente:

"1. Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental. 2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales."

Ahora bien, en cuanto al reconocimiento de los enfoques diferenciales que se vinculan a la prestación de los servicios de salud en los distintos territorios, la Corte Constitucional en sentencia T-357 de 2017, M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado, manifestó:

"A pesar de lo anterior, la Sala nota que la Ley 100 de 1993 no establece las herramientas necesarias para adoptar un modelo de manejo del sistema de salud en territorios con población dispersa y prevalentemente indígena para una administración diferenciada que sea financiera y étnicamente sostenible. Así, con fundamento en la Ley 1438 de 2011, el Gobierno diseñó la opción presentada, no obstante, es evidente que el marco legislativo no despliega opciones concretas que puedan abordar los problemas del aseguramiento en las zonas con esas características que sean efectivamente razonables en términos financieros y étnicos. Luego, se advierte un vacío legislativo en cuanto a normas que establezcan un marco que permita desarrollar condiciones efectivas para prestar el servicio de salud en territorios con rasgos específicos (y)) (sic) con desafíos como la densidad de la selva, la dificultad en las vías de acceso y una cultura diferente a la mayoritaria. Lo anterior, hace que sea esencial contar con instrumentos que atiendan esas diferencias, no solo de forma eficiente, sino además que incorporen el elemento de aceptabilidad que está directamente relacionado con la garantía del derecho a la identidad cultura".

La Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de Salud, en sus artículos 1 y 2 establece la garantía del derecho fundamental a la salud y lo define como autónomo e irrenunciable en lo individual y colectivo, así: "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". Así mismo, señala que "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".

Además, en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015 se estableció que:

"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".

De igual forma, en el artículo 30 de la Ley 1438 de 2011 se determinó que "El Gobierno Nacional definirá los territorios de población dispersa y los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades y fortalecerá el aseguramiento". Y en el artículo 79 de la misma Ley, se estableció que:

"(...) se garantizarán los recursos necesarios para financiar la prestación de servicios de salud a través de instituciones públicas en aquellos lugares alejados, con poblaciones dispersas o de difícil acceso, en donde estas sean la única opción de prestación de servicios, y los ingresos por venta de servicios sean insuficientes para garantizar su sostenibilidad en condiciones de eficiencia".

La necesidad de contar con un modelo diferencial de aseguramiento y prestación de servicios se da en respuesta a que Colombia presenta uno de los niveles más altos de desigualdad regional en el PIB per cápita de entre los países de ingreso medio y alto y estas desigualdades afectan precisamente a los grupos más desfavorecidos (OCDE, 2019) y sujetos de especial protección a las que hace referencia el artículo 11 de la Ley 1753 de 2015.

Las minorías étnicas y las personas desplazadas por el conflicto, se concentran de manera desproporcionada en las zonas rurales, el acceso a la educación y los servicios públicos de calidad también es desigual entre las distintas regiones y grupos socioeconómicos, y en la actualidad, el creciente flujo de inmigración procedente de Venezuela que afecta principalmente a las regiones nor-occidentales del país (OCDE, 2019) son elementos que

hacen necesario un abordaje diferenciado de los problemas en salud a lo largo del territorio.

El 70% de la población colombiana se encuentra concentrada en las zonas urbanas, esto es grandes ciudades y ciudades intermedias, y que la capacidad de oferta de los servicios de salud se ha desarrollado en estas, se evidencia la concentración de las actividades de aseguramiento por parte de las Entidades Promotoras de Salud - EPS en estos territorios, observando una insuficiencia en las opciones de prestación de servicios y aseguramiento en zonas rurales y dispersas, lo cual se ve reflejado en la diferencia de cobertura en cuanto a la afiliación y el acceso a los servicios en éstas zonas con relación a los promedios nacionales.

En este contexto, teniendo en cuenta que, si bien el porcentaje nacional de cobertura del aseguramiento es de aproximadamente el 99%, este varía en distintas zonas del país, debido a sus condiciones socioeconómicas, culturales y de dispersión geográfica, pues los porcentajes de cobertura son mayores en las ciudades y centros poblados y menores en las zonas rurales y en las dispersas; en la siguiente tabla se muestra la cobertura del aseguramiento por departamento con corte a septiembre de 2022:

Departamento	Contributivo	%	Excepción & Especiales	%	Subsidio	%	Total general	Cobertura
Amazonas	16.387	21%	1.991	3%	58.142	76%	76.520	93%
Antioquia	4.097.879	60%	106.662	2%	2.650.582	39%	6.855.123	100%
Arauca	52.207	17%	6.040	2%	241.030	81%	299.277	98%
Archipiélago de San Andrés	42.601	68%	950	2%	19.000	30%	62.551	96%
Atlántico	1.199.656	43%	38.814	1%	1.536.861	55%	2.775.331	99%
Bogotá, D. C.	6.190.212	78%	136.698	2%	1.659.600	21%	7.986.510	101%
Bolívar	680.381	29%	42.638	2%	1.583.570	69%	2.306.589	103%
Boyacá	481.461	41%	30.878	3%	670.761	57%	1.183.100	94%
Caldas	480.791	52%	20.642	2%	423.555	46%	924.988	89%
Caquetá	73.037	18%	10.552	3%	331.193	80%	414.782	99%
Casanare	160.605	38%	10.112	2%	252.215	60%	422.932	96%
Cauca	286.546	21%	28.207	2%	1.021.246	76%	1.335.999	88%
Cesar	329.099	26%	24.959	2%	922.193	72%	1.276.251	95%
Chocó	54.963	12%	12.077	3%	379.195	85%	446.235	81%
Córdoba	336.931	20%	41.477	2%	1.329.169	78%	1.707.577	92%
Cundinamarca	1.634.775	63%	33.366	1%	940.164	36%	2.608.305	75%
Guainía	5.868	12%	947	2%	44.117	87%	50.932	98%
Guaviare	19.511	23%	1.998	2%	64.447	75%	85.956	95%
Huila	331.577	28%	25.499	2%	817.951	70%	1.175.027	103%
La Guajira	148.663	14%	17.307	2%	862.304	84%	1.028.274	103%
Magdalena	390.701	28%	30.637	2%	985.598	70%	1.406.936	96%
Meta	448.687	43%	19.090	2%	581.221	55%	1.048.998	97%
Nariño	275.204	19%	33.881	2%	1.176.738	79%	1.485.823	91%
Norte De Santander	457.415	27%	28.504	2%	1.178.100	71%	1.664.019	101%
Putumayo	47.645	15%	9.344	3%	271.021	83%	328.010	89%

Quindío	289.450	51 %	10.606	2%	271.393	47 %	571.449	100%
Risaralda	567.546	55 %	17.029	2%	453.281	44 %	1.037.856	106%
Santander	1.119.821	50 %	68.573	3%	1.069.884	47 %	2.258.278	97%
Sucre	163.883	17 %	22.393	2%	788.388	81 %	974.664	100%
Tolima	508.208	39 %	26.430	2%	778.965	59 %	1.313.603	98%
Valle Del Cauca	2.501.412	54 %	60.610	1%	2.031.440	44 %	4.593.462	100%
Vaupés	4.377	13 %	1.096	3%	28.253	84 %	33.726	69%
Vichada	10.961	13 %	1.416	2%	69.761	85 %	82.138	71%
Colombia	23.408.460	46 %	2.142.985	4%	25.491.338	50 %	51.042.783	99%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2022)

De acuerdo con lo anterior, debido a que la accesibilidad al aseguramiento a través de las Entidades Promotoras de Salud - EPS en las zonas rurales y dispersas, en especial al régimen subsidiado por parte de la población que no tiene capacidad de pago, en desarrollo de la Ley 100 de 1993 y la Ley 715 de 2001, en aras de garantizar el acceso efectivo al derecho fundamental a la salud de la población, se requiere que las Entidades Territoriales del orden Departamental o Distrital también puedan ser responsables del aseguramiento de la en general que habita en zonas marginadas o de baja dispersión poblacional, en los términos establecidos en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015.

Así mismo, otro de los retos del Sistema General de Seguridad Social en Salud es contar con un enfoque territorial y familiar a través de redes que permita la adecuación de la oferta de servicios en las zonas de alta ruralidad, en donde la mayor parte de los proveedores son públicos y tienen muy bajo nivel resolutivo. Allí, donde se dan inequidades en la cobertura y acceso o los tiempos promedio de espera para asignación de cita con especialista son tan disímiles como los que hay entre Vaupés y sus 120 días vs. Atlántico 17 días. (MSPS, 2020).

Es por las razones expuestas que en las zonas marginadas o de baja dispersión poblacional geográfica de la población, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, se deben implantar modelos diferenciados de aseguramiento. La experiencia de Guainía trae resultados alentadores. Cuando comenzó a implementarse el Modelo Integral de Atención en Salud, 2 de cada 10 habitantes tenían acceso a una consulta al año en salud, hoy es 6 por cada 10 y aumentó capacidad

resolutiva y disminuyeron las remisiones totales de 956 en 2014, 648 en 2015, a 480 tras un año del Modelo Integral de Atención en Salud y un 45% de las remisiones se resolvieron en Inírida. (DNP, 2017).

El modelo adoptado en el departamento del Guainía mediante el Decreto 2561 de 2014 establece cuatro elementos que fueron ajustados respecto del modelo en el que opera el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el resto del país, a saber: (i) la habilitación de una sola Entidad Promotora de Salud -EPS con la capacidad presupuestal y administrativa necesaria para atender a toda la población del departamento del Guainía; (ii) la implementación del énfasis en atención primaria en salud con la obligación de la Entidad Promotora de Salud -EPS de desarrollar actividades de visita a las viviendas y la conformación de equipos extramurales para apoyar intervenciones individuales y colectivas; (iii) la conformación de equipos intramurales con la suficiente capacidad resolutiva para reducir al mínimo los traslados innecesarios; (iv) la posibilidad de adaptar las normas de habilitación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social sin disminuir la calidad de los servicios de salud en aras de garantizar la capacidad resolutiva en el departamento.

Debido a las diferencias geográficas, sociológicas, culturales y poblacionales que se presentan en el territorio colombiano, no es pertinente trasladar un modelo de aseguramiento y prestación de servicios desarrollado para centros urbanos e implementarlo satisfactoriamente en poblaciones rurales, zonas marginadas o de baja densidad poblacional, pues las condiciones territoriales y la oferta de servicios varían según las diferencias de cada territorio. Por esto, es necesario contar con un modelo diferencial para estas zonas de Colombia, que permita garantizar la atención en salud en función de las condiciones geográficas, de acceso y capacidad de oferta en los ámbitos territoriales, así como de los diferentes grupos poblacionales que habitan en los mismos, reconociendo la interculturalidad, prácticas tradicionales, alternativas y complementarias.

En este marco, el Gobierno Nacional contaría con distintas posibilidades para desarrollar el modelo de atención, las cuales deberán ser determinadas, ajustadas y definidas de acuerdo con las necesidades y condiciones de cada uno de los territorios. Así mismo, este modelo diferencial debe contar con una fuente de financiación que permita solventar estos enfoques, para ello, se propone contar con:

- i) Una Unidad de Pago por Capitación - UPC especial que se reconozca de acuerdo con las características del modelo que se adopte en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional;
- ii) Canalizar los recursos de cooperación internacional destinados a dicho fin; y,
- iii) Determinar el porcentaje de recursos del Sistema General de Participaciones que las entidades territoriales deben destinar a la financiación de éstos modelos.

Además, para lograr estos objetivos, podría contar con la colaboración del sector privado, quien tiene la posibilidad de ser colaborador del Estado para la prestación de servicios públicos. En el marco normativo general, en el artículo 210 de la Constitución Política de Colombia, se otorgó la facultad a los particulares de cumplir funciones administrativas, lo cual se traduce en el reconocimiento de la capacidad del sector privado para vincularse a proyectos de diferente índole como colaborador de la administración, dentro de los que se encuentra el sector salud, con el fin de, por ejemplo, participar en la construcción y operación de infraestructura y la prestación de servicios propios de la administración, como contratistas de entidades del orden nacional y territorial, para el cumplimiento de las funciones del sector público.

En relación con el Régimen General de la Contratación Estatal, en el artículo 3º de la Ley 80 de 1993 se estableció que al celebrar y ejecutar contratos estatales, las entidades públicas buscan el cumplimiento de los fines del estado, la continua y eficiente prestación de los servicios públicos y la efectividad de los derechos e intereses de los ciudadanos que colaboran en el cumplimiento de los fines; por su parte, los particulares al celebrar los contratos adquieren obligaciones derivadas de la colaboración que prestan a las entidades para el logro de sus fines y cumplimiento de una función pública.

Con base en la necesidad de vinculación de capital privado para el desarrollo de proyectos de interés público, se expidió la Ley 1508 de 2012, que define el mecanismo de asociación público-privada como un instrumento de vinculación de capital privado, que se materializa en un contrato estatal, para la provisión de bienes públicos y de sus servicios relacionados, que involucra la transferencia de riesgos entre las partes y mecanismos de pago sujetos a la disponibilidad, nivel de servicios y estándares de calidad de la infraestructura.

Ahora bien, en cuanto al ámbito de aplicación de la Ley 1508 de 2012, en su artículo 3 se estableció que es “aplicable a todos aquellos contratos en los cuales las entidades estatales encarguen a un inversionista privado el diseño y construcción de una infraestructura y sus servicios asociados, o su construcción, reparación, mejoramiento o equipamiento, actividades todas estas que deberán involucrar la operación y mantenimiento de dicha infraestructura, así como los que versen sobre infraestructura para la prestación de servicios públicos”. De esta forma, en la Ley 1508 de 2012 se estableció un marco normativo general que podría ser aplicable a todos los sectores; sin embargo, se ha dificultado la implementación en proyectos de infraestructura social como los del Sector Salud y Protección Social.

Los mecanismos de asociación público-privada permiten la vinculación de capital privado de forma efectiva y atractiva para que el sector privado diseñe, construya, mejore, rehabilite, equipe, opere y mantenga infraestructura pública, a cambio de una retribución condicionada a la disponibilidad de la infraestructura y al cumplimiento de niveles de servicio y estándares de calidad; los procesos de selección y las reglas para la celebración y ejecución de contratos derivados de esquemas de asociación público-privada se rigen por la Ley 80 de 1993 y la Ley 1150 de 2011, salvo lo regulado en la Ley 1508 de 2012.

En este marco, en aras de promover la inversión privada en el Sector Salud y contar con los particulares para suplir la carga presupuestal del Estado en la disposición de recursos que permitan desarrollar la infraestructura, dotarla y operarla, se hace necesario contar con una disposición normativa que expresamente permita la ejecución de estas actividades a través de mecanismos de asociación público-privada y el Gobierno nacional cuente con la facultad para hacer la reglamentación específica de estos proyectos, como representante del Estado, el cual dirige, coordina y controla la Seguridad Social en el país, incluyendo garantizar la disponibilidad de la infraestructura eficiente para la prestación de los servicios de salud.

- **Unidad de Pago por Capitación.**

El principal mecanismo de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud es la Unidad de Pago por Capitación - UPC, la cual es una prima que se define con base en la edad, el sexo y el territorio donde habita el afiliado. Esta prima cubre en la actualidad el 93.6% de los medicamentos y tecnologías que se prescriben en el país y el 97% de los procedimientos que se practican, junto a los presupuestos

máximos, garantizan, hoy en día, el tratamiento integral establecido en la ley Estatutaria de la Salud.

La ley 1751 de 2015 - Ley Estatutaria en Salud - estableció una modificación a la concepción del Plan de Beneficios que el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a la población al establecer que el mismo es inclusivo, es decir, se cubre y garantiza la prestación y suministro de todos los servicios y tecnologías en salud que requiera la persona, excepto lo que esté expresamente excluido. Así mismo, la ley precitada establece la integralidad como fundamento del Sistema de Salud y conforme a ésta que los servicios deben ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia entre otros aspectos de los mecanismos de financiación. En este sentido, la Unidad de Pago por Capitación - UPC debe ser integral y es con ella que se deben financiar todos los servicios y tecnologías que se garanticen, razón por la cual la fuente de financiamiento de Presupuestos Máximos creada en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 debe ser eliminada.

No obstante, lo anterior se debe tener en cuenta que existen algunos servicios y tecnologías que no resulta técnicamente posible ser financiados por la Unidad de Pago por Capitación - UPC, como es el caso de los servicios y tecnologías necesarios para la atención de enfermedades huérfanas, por cuanto éstos al ser de muy baja frecuencia de uso y muy alto costo, deben ser garantizados y financiados mediante un modelo de atención, prestación y financiación diferente que el Ministerio de Salud y Protección Social debe reglamentar de acuerdo con la Ley 1392 de 2010, por la cual se reconocen las enfermedades huérfanas como de especial interés y se adoptan normas tendientes a garantizar la protección social por parte del Estado colombiano a la población que las padece.

De igual forma, frente a los servicios sociales que hasta hoy se han reconocido y pagado por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en atención a fallos de tutela o por el mecanismo de Presupuestos Máximos, tampoco resulta técnico incluirlos en la Unidad de Pago por Capitación - UPC, dado que estos corresponden a servicios que deberían estar asumiendo otros sectores con sus propios presupuestos, bajo un esquema de intersectorialidad.

De otra parte, es importante precisar que la Unidad de Pago por capitación - UPC se define con base en la información remitida a través de varias fuentes, que permiten establecer las necesidades específicas en términos de costos de los servicios y tecnologías de salud garantizados mediante el aseguramiento por afiliación, de

acuerdo con los cálculos actuariales, de modo que el valor per cápita fijado a reconocerse por cada afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud sea suficiente para su atención en salud. En este sentido, se incluye la Unidad de Pago por Capitación - UPC por Gestión de Riesgo en Salud Integral, que contempla la integración de las tecnologías en salud que se convierten en asegurables desde Presupuestos Máximos hacia la Unidad de pago por Capitación - UPC, cuya inclusión tiene en cuenta las frecuencias de uso observadas de estas tecnologías durante los últimos años, en cada uno de los regímenes, así como su incremento esperado al pasar a ser financiado por la misma.

Como fuentes de información que sirven para el cálculo de la Unidad de pago por Capitación - UPC, en los artículos 112 y 114 de la Ley 1438 de 2011, se determinó que el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Plataforma PISIS del Sistema Integrado de Información de la Protección Social - SISPRO, administra, articula y maneja la información que provean las Entidades Promotoras de Salud - EPS, los Prestadores de Servicios de Salud, las Direcciones Territoriales de Salud y los demás agentes del Sistema, de forma confiable, oportuna y clara; la cual resulta necesaria para la operación del sistema de monitoreo de los sistemas de información del Sector Salud y la elaboración de los respectivos indicadores.

Así mismo, se cuenta con el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS, definido como "el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control (...)", que se origina en los Prestadores de Servicios de Salud y que se transfieren a la entidad administradora de planes de beneficios, a quien compete reportar la información a su vez al Ministerio de Salud y Protección Social.

Con base en lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social define el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para el Régimen Contributivo y Subsidiado, de conformidad con lo previsto en los numerales 34 y 36 del artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011. Dichas decisiones, deben propender por el equilibrio financiero del Sistema de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo, así como su compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo.

En este sentido, para fijar el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC, el Ministerio de Salud y Protección Social realiza un estudio de suficiencia y los análisis técnico actuariales que permiten actualizar estos valores; adicionalmente, dicha entidad tiene en cuenta los cambios en la estructura demográfica de la población

relevante, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del Sistema para la protección integral de las familias, la maternidad y la enfermedad general en las fases de promoción y fomento de la salud, y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad.

Con fundamento en lo anterior y considerando la constante variación de las condiciones que son tenidas en cuenta para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación - UPC, es necesario que el Ministerio de Salud y Protección Social monitoree permanentemente, durante cada vigencia, la suficiencia del valor establecido para la Unidad de Pago por Capitación - UPC en el respectivo año, y pueda ser revisada en caso de ser necesario, sea ajustada conforme a los resultados del monitoreo, las veces que sea necesario durante el año, pues las condiciones analizadas y las variables económicas del estudio actuarial, pueden variar, incluso por factores externos al Sector Salud; en este sentido, para que el Ministerio de Salud y Protección Social puede hacer el monitoreo permanente de la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación - UPC, requiere contar con fuentes de información actualizadas periódicamente. Por lo anterior, en aras de contar con estas herramientas, es necesario contar con una norma que obligue al Ministerio de Salud y Protección Social a monitorear permanentemente la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación - UPC durante la correspondiente vigencia y se habilite para definir la periodicidad y los mecanismos de envío de los reportes de información que le permitan realizar esta actividad, pues el cálculo de la UPC debe responder a la variación de las condiciones que son tenidas en cuenta para su definición.

Además de esto, teniendo en cuenta que la fijación de precios de los servicios y tecnologías en salud son afectados directamente por la variación del Índice de Precios al Consumidor y, además, son incrementados de acuerdo con las variaciones específicas de los precios en el Sector Salud, tanto nacional como internacional; se requiere que el Ministerio de Salud y Protección Social tenga en cuenta el Índice de Precios al Consumidor y el Índice de Precios al Consumidor en Salud para fijar el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC, así como el aumento en frecuencia de uso, la mayor severidad y el costo de los servicios, debido a que estas variables determinan si los valores asignados por la prima son suficientes para cubrir el aseguramiento de la población.

Conforme al esquema actual, “la UPC no refleja muy bien el costo esperado de los afiliados, de modo que las EPS no necesariamente están recibiendo los recursos

adecuados para gestionar las prestaciones que necesitan sus afiliados” (ANIF, 2022); lo que hace necesario contar con disposiciones normativas que permitan gestionar adecuadamente los recursos que se destinan al aseguramiento de la población y que respondan al mejoramiento de las condiciones de salud.

“En el caso colombiano, se podría desarrollar un modelo más extenso, que no incurra en sobre ponderar los reclamos presentados por los proveedores de atención primaria para pacientes crónicos y no sub pondere ciertas especialidades dentro del modelo de regresión que genera puntajes de riesgo de los afiliados. Lo anterior, de la mano, con un esquema de incentivos que priorice el enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por encima de una atención excesivamente orientada al cuidado y tratamiento” (ANIF, 2021).

- **Giro Directo.**

Para efectos de profundizar la transparencia y garantizar la oportunidad en el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre las entidades responsables del aseguramiento y Prestadores y Proveedores de servicios y tecnologías en salud, se han adoptado distintas decisiones relacionadas con el giro directo a quienes prestan o proveen servicios y tecnologías.

En este marco, en el artículo 29 de la Ley 1438 de 2011 se estableció que, en el régimen subsidiado, el Ministerio de Salud y Protección Social girará directamente, a nombre de las Entidades Territoriales, la Unidad de Pago por Capitación - UPC a las Entidades Promotoras de Salud - EPS o podrá hacer pagos directos a las Instituciones Prestadoras de Salud. Dicho mecanismo fue reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 1587 de 2016, modificada por la Resolución 4621 de 2016.

Además, en el artículo 10 de la Ley 1608 de 2013, se estableció que las Entidades Promotoras de Salud - EPS que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte del organismo de control y vigilancia competente, girarán como mínimo el 80% de la Unidad de Pago por Capitación - UPC reconocida a los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud, directamente desde la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES o desde el mecanismo de recaudo o giro creado en desarrollo del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011.

Por otro lado, mediante el artículo 239 de la Ley 1955 de 2019 se dispuso que la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, en nombre de las Entidades Promotoras de Salud - EPS y de las Entidades Obligadas a Compensar, realizará el giro directo de los recursos de la Unidad 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.

Finalmente, en el artículo 12 de la Ley 1966 de 2019 se estableció que los recursos corrientes de la Unidad de Pago por Capitación - UPC será girado por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, en nombre de las Entidades Promotoras de Salud - EPS, al prestador de Servicios de Salud o proveedores de tecnologías en salud.

En este marco, con el fin de garantizar la eficiente prestación y provisión de los servicios y tecnologías en salud, es necesario contar con un Sistema General de Seguridad Social en Salud que fortalezca los instrumentos que otorguen un flujo ágil de recursos y permita a los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud un flujo de caja que corresponda a la prestación y provisión de estos, así como a la atención de sus obligaciones laborales y financieras.

Con el fin de lograr el adecuado flujo de recursos financieros, es necesario contar con una disposición normativa que permita al Gobierno Nacional determinar el porcentaje mínimo de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que debe ser girado directamente por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES a los Prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud, de acuerdo con la concentración de cartera de las Entidades Territoriales y las Entidades Promotoras de Salud - EPS. teniendo en cuenta que se requieren de recursos para realizar la Gestión Integral del Riesgo en Salud y contar con recursos de administración que permitan su funcionamiento, cuyos porcentajes son del 8% para el régimen subsidiado y del 10% para el contributivo, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011.

Para que la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES pueda realizar los giros directos se requiere contar con reportes de información con los detalles de las facturas pagadas para que, tanto prestadores y

proveedores como las Entidades Territoriales y las Entidades Promotoras de Salud – EPS tengan registros contables que correspondan a los giros que han sido realizados a través de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, sin que estos puedan ser modificados con posterioridad a su realización y reporte. Además, teniendo en cuenta que se trata de recursos públicos, dicha información debe ser publicada por la ADRES en un sistema de información unificado¹.

¹ Bibliografía

- Ministerio de Salud de Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubdiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsubdiado.aspx>
- Banco Mundial y Ministerio de Salud de Colombia
- Health at a Glance 2021 OCDE statistics. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312
- Ministerio de Salud, ACEMI, INVIMA
- Estudio Nacional de Evaluación de las EPS 2021
- Encuesta INVAMER 2022. Disponible en: <https://www.andi.com.co/Home/Noticia/17388-gran-encuesta-de-salud-andi---invamer-7>
- Health at a Glance 2021 OCDE statistics. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312
- ANIF (2021). Propuestas para la financiación del Sistema de Salud en Colombia en la próxima década. 2021, septiembre. Bogotá D.C., Colombia
- ANIF (2022). Fortalecer el aseguramiento para preservar los logros del sistema de salud colombiano. Comentario económico del día. 2022, mayo 25. Bogotá D.C., Colombia
- Bardey, D., & Buitrago, G. (2016). Integración vertical en el sector colombiano de la salud. *Revista Desarrollo Y Sociedad*, 1(77), 231–262. <https://doi.org/10.13043/dys.77.6>
- Castañón, Ramón Abel (2004). Integración vertical entre empresas promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud. *Revista Pontificia Universidad Javeriana*, volumen 3, número 6 (2004).
- Corte Constitucional de Colombia (1992). Sentencia C-457 de 1992 [Exp. T.1376]. Bogotá D.C., Colombia
- Corte Constitucional de Colombia (2014). Sentencia C-313 de 2014 [Exp. PE-040]. Bogotá D.C., Colombia
- Corte Constitucional de Colombia (2017). Sentencia T-357 de 2017 [Exp. T-5.674.866]. Bogotá D.C., Colombia
- DNP. (2000). Gasto Público en Salud 1990-1999. Claudio René Karl. Unidad de Análisis Macroeconómico
- DNP (2017). Evaluación de procesos y resultados de la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) en el Guainía. Recuperado de https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Evaluacion_Modelo_Integral_Atencion_Salud_MIAS_Guainia%20informe.pdf
- Escobar, Giedion, Giuffrida & Glassman (2010). “Colombia: una década después de la reforma del sistema de salud”. *Salud al alcance de todos: Una década de expansión del seguro médico en Colombia*. [ed. Glassman et al]. BID, Washington D.C.
- Organización Mundial de la Salud – OMS (2018). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>
- Organización Panamericana de la Salud – OPS (2008). Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Recuperado de: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31333/9789275332627-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de Salud – OPS (2022). Redes integradas de servicios de salud. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/redes-integradas-servicios-salud>
- Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS (2016). Redes Integrales de prestadores de servicios de salud. Lineamientos para el Proceso de Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/Redes-Integrales-prestadores-servicios-salud.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. MSPS (2016a). Política de Atención Integral en Salud. “Un sistema de salud al servicio de la gente”.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2016b). Resolución 1441 de 2016. “Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones”.
- Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS (2018). “GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD. Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud”. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-perspectiva-desde-aseguramiento.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2022). Audiencia Pública de Rendición de Cuentas 2021-2022” Es con hechos que le cumplimos a Colombia”. Bogotá D.C., Colombia.
- OCDE (2019). Estudios Económicos de la OCDE. Colombia. Recuperado de <https://www.oecd.org/economy/surveys/Colombia-2019-OECD-economic-survey-overview-spanish.pdf>

VI. AUDIENCIA PÚBLICA 18 DE SEPTIEMBRE DE 2023.

Por solicitud de los senadores Carlos Fernando Mota y Paloma Valencia, se convocó Audiencia Pública Mixta surtida el día 18 de septiembre del 2023 a las 2:00pm en el recinto de la Comisión Primera del Senado de la República.

La Audiencia fue presidida por el Senador Germán Blanco y contó con la participación de otros miembros de la Comisión, así como miembros del sector público, privado y no gubernamental, académicos y ciudadanía en general.

INTERVENCIONES CONGRESISTAS:

Nombre completo: Paloma Valencia Laserna

Cargo: Senadora de la República, miembro Comisión Primera y coordinadora ponente

Método: Presencial

- La Senadora Valencia cuestionó el trámite de la iniciativa del Gobierno Nacional por la Comisión VII de la Cámara de Representantes, pues debió tramitarse como proyecto de ley estatutaria.
- Describe a grandes rasgos la iniciativa de Reforma a la Salud presentada por el partido Centro Democrático, destacando coincidencias con el proyecto del partido Cambio Radical y diferencias con la iniciativa del Gobierno Nacional. Las principales líneas del proyecto son:
 - Los colombianos tienen el derecho a elegir la salud si es pública, privada o mixta.
 - La UPC diferencial busca que las enfermedades muy costosas las atiendan las EPS, para eso se paga diferenciadamente por un paciente enfermo que por uno sano.
 - Giro directo, pero solo cuando las EPS no cumplen las obligaciones.
 - Piso mínimo para salarios de enfermeras y médicos, para incentivar a que haya más personas que trabajan en la salud, pues hoy se tiene un déficit en médicos, enfermeras y sobre todo de especialistas.
 - Crear un régimen especial para la población rural dispersa.

- Redes integrales de salud a cargo de las aseguradoras, con el fin de que las aseguradoras digan a los pacientes donde los van a atender de manera rápida y eficiente, pero teniendo en cuenta que el paciente esté de acuerdo y que en cualquier momento los pacientes deciden si se quieren ir.
 - Cuenta de riesgo de salud y financiero.
- La Senadora Valencia hizo una defensa del modelo de aseguramiento que existe en el país y la necesidad de construir sobre lo construido, en lugar de eliminarlo (para crear uno nuevo).

Nombre completo: Carlos Fernando Motoa

Cargo: Senador de la República, miembro Comisión Primera y coordinador ponente

Método: Presencial

- El Senador Motoa describe a grandes rasgos la iniciativa de Reforma a la Salud presentada por su partido, Cambio Radical, especificando coincidencias con el texto de Centro Democrático y diferencias con la iniciativa del Gobierno Nacional, destacando los siguientes aspectos:
 - No propone desmontar el sistema actual, sino modificar algunas cosas, lo que va en contravía de lo que propone el Gobierno que busca borrar y cuenta nueva desmontando el sistema y creando uno 100% público..
 - Un modelo de atención integral diferenciado, preservando el derecho a la libre elección, no elimina las entidades promotoras de salud.
 - Planeación integral de la salud pública, no crea órganos politizados.
 - Integralidad de la gestión de riesgo.
 - Mecanismos de pagos en función de resultados en salud y calidad de la atención.
 - Giro directo
 - Talento humano en salud, que existan garantías laborales para el personal médico y personal asistencial.
 - Sostenibilidad financiera del sistema de salud inspección vigilancia y control.
- Invitó a los presentes a hacer la mayor cantidad de observaciones posibles para mejorar el articulado propuesto.

- Cuestionó que el texto propuesto por el Gobierno Nacional fuese una Ley Ordinaria en lugar de un Proyecto de Ley Estatutaria.

POR ORDEN DE INSCRIPCIÓN:

Nombre completo: Fernando Ruíz Gómez

Cargo: Médico, ex Ministro de Salud y experto en temas sanitarios

Método: Presencial

- El ex Ministro Ruíz cita un informe de la OCDE que establece que en los últimos años, Colombia ha aumentado 7 años la expectativa de vida, es el país con menor tasa de mortalidad general en Latinoamérica, tasa de mortalidad similar a los países desarrollados, y también ha disminuido la tasa de mortalidad de cáncer, diabetes y enfermedades cardiovasculares.
- Recuerda que desde 1993 Colombia buscó un sistema universal, equitativo e integrar lo público y privado en un único sistema de salud con una coordinación determinada por una aseguradora, para que todos los colombianos sean iguales. No todo es perfecto, hay lugares en los que toca trabajar más, pero en general esto se puede llegar a perder si se aprueba la reforma del Gobierno.
- Consideró acertado que Centro Democrático y Cambio Radical presenten Proyectos de Ley Estatutaria, en lugar de Ordinaria, ya que todo lo concerniente a la Seguridad Social está relacionado con derechos fundamentales de la ciudadanía.
- Recordó que el sistema de salud colombiano fue capaz de enfrentar dificultades como la pandemia del 2020 y sacar adelante iniciativas de gran calado como el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19 de 2021-2022.

Nombre completo: Iván González

Cargo: Vicepresidente de la ANDI y conocedor del sector salud

Método: Presencial

- Hizo una descripción general de cómo funciona el sistema de salud, expresó varias inquietudes relacionadas con la propuesta del Gobierno Nacional e hizo

énfasis en la necesidad de continuar la discusión sobre la base de los textos propuestos por la oposición.

- Expresó que la sostenibilidad del sistema está en juego debido a la pandemia que por dos años tuvo por fuera de las clínicas y hospitales a las personas y hoy intentan ponerse al día; también por la concentración desigual de los riesgos, el flujo de recursos no se puede cubrir los presupuestos máximos de noviembre y diciembre que es otro roto financiero; explica que el Invima es una entidad relevante y tiene 27.500 trámites demorados, de los cuales el 50% ponen en riesgo la salud pública de los colombianos, motivo por el que pide que se nombre un director en propiedad; sugiere un ajuste excepcional de la UPC para el año 2024, que recoja los desequilibrios del 2023 y 2024.
- Explicó 15 preocupaciones sobre la reforma que cursa en la Cámara de Representantes, entre las que se encuentran: la eliminación de la protección financiera, al darle dinero a entidades públicas de bajos niveles de complejidad; el cambio en el modelo de aseguramiento; interrupción de la evolución del sistema de más de 30 años; o hay capacidades para estatizar el sistema de salud; eliminación de la libre elección; se va poner en riesgo la capacidad instalada de la red privada; entre otras.
- A juicio del Sr. González, las iniciativas de Centro Democrático y Cambio Radical sí contribuyen a la mejoría del sistema porque conservan el modelo de aseguramiento y logran corregir fallas relacionadas con giros, acceso y tratamientos.
- Para González es indispensable que cualquier propuesta de Reforma a la Salud conserve la libre elección de prestador del servicio.
- Sugiere incluir en el artículo 24 no solo la gestión de la red, sino también la conformación de la red. En el artículo 18, propone incorporar las condiciones clínicas asociadas a la UPC, ya que no cuesta lo mismo un paciente con enfermedades crónicas que un paciente que no tiene una condición clínica; mejorar el giro directo amarrado a la habilitación financiera, un fondo de garantías para las EPS que se celebran y un fondo de enfermedades huérfanas.

Nombre completo: Wilson Giovanni Jiménez

Cargo: Consultor en temas de salud de la Universidad Jorge Tadeo Lozano

Método: Presencial

- Hizo énfasis en la necesidad de facilitar la formación del talento humano en salud, en crear incentivos para que los mejores profesionales también presten servicios en las regiones más apartadas y en fortalecer la información que hace operativo al sistema.
- Recordó que se debe garantizar la atención en salud para toda Colombia; quizás un error de la ley 100 fue pensar en la salud para las grandes ciudades, pero no se puede caer en el error de una reforma que haga lo inverso y enfocar la salud en zonas rurales, porque el 75% de la población en Colombia está en zona urbanas y el 25% en zonas rurales, cada una de ellas tiene particularidades a las que se debe responder y por tanto, un sistema y una reforma no pueden homogeneizar la atención de la manera que se ha venido haciendo.
- Sugirió incluir la inteligencia artificial y telemedicina.

Nombre completo: Leonardo Huerta

Cargo: Defensor Delegado para el Derecho a la Salud y la Seguridad Social

Método: Presencial

- Habla de las dificultades que enfrentan los colombianos para acceder al servicio de salud en Colombia, dificultades que no sólo se presentan en zonas apartadas del país, sino en las propias ciudades donde la infraestructura hospitalaria a veces se queda corta para atender la demanda.
- Recalcó la importancia de entidades como la Defensoría o la Superintendencia de Salud para garantizar el acceso al servicio. Asegura que sin su intermediación muchos usuarios del sistema verían violados sus derechos en el día a día.

Nombre completo: Álvaro Mesa Garnica

Cargo: Delegado de la Procuraduría General de la Nación

Método: Presencial

- Habló de la importancia de descentralizar la gestión de los recursos en salud y la designación de responsabilidades (claras) respecto del usuario. En la

actualidad si un servicio no se presta el responsable suele ser la EPS, ¿quién hará sus veces en un modelo distinto?

- Considera que el tema de Invima también es muy preocupante, porque han sido víctimas de ciberataques.
- Concluye que la idea es construir un sistema que beneficie a todos, no solo por el periodo de un gobierno, sino que sea para mantenerlo bajo la premisa de construir sobre lo construido.

Nombre completo: Juan Pablo Rueda

Cargo: Presidente EPS Sanitas

Método: Presencial

- Consideró que el proyecto tiene aspectos relevantes y hay que rescatarlo con acciones inmediatas; sin embargo, dice que es fundamental que se garantice la cobertura adecuada y financiación del sistema para que no persistan los problemas.
- Cualquiera que sea el modelo que corrija las imperfecciones, debe ser uno que materialice el deseo que tenemos en términos de cobertura de salud, ligado a la financiación, dado que existen dos cuestiones fundamentales que actualmente se debaten con el gobierno: i) los costos reales de la atención médica para los colombianos después de la pandemia y ii) las diferencias en los perfiles epidemiológicos de los actores que operan en la actualidad. Al comparar los costos con los de otros países y con los que se tenían antes de la pandemia, queda claro que se enfrenta una situación particular.
- Hay presiones económicas sobre el sistema de salud, por cuestiones coyunturales e intensificadas después de la pandemia, así como estructurales que afectan la equidad en el acceso a la atención médica. Estas presiones se hacen evidentes a través de fenómenos como la migración de pacientes con cargas de accidentes entre diferentes EPS.
- Si se tiene un periodo de transición, que se conserven factores que tienen buen desempeño.

Nombre completo: Ana María Vesga

Cargo: Presidente Ejecutiva de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - ACEMI

Método: Presencial

- Llamó a la medida durante la discusión de la Reforma a la Salud y a la conservación de la protección financiera del usuario para acceder a los servicios de salud.
- Hizo una defensa del modelo de aseguramiento actual, que ha permitido que el 98.8% de la población cuente con cobertura de salud durante las últimas tres décadas. También destacó la participación del privado en el sector. Señaló que es esencial mejorar el acceso efectivo en todo el territorio colombiano, teniendo en cuenta las consideraciones políticas y geográficas en un país tan diverso como el nuestro.
- Sin embargo, reconoció que debe mejorarse la calidad en la prestación del servicio y todo lo relacionado con el talento humano del sector salud, no solo en términos de remuneración, sino también en cuanto a incentivos y desarrollo de proyectos de vida, para garantizar que el talento humano llegue de manera equitativa a todas las regiones del país es esencial.
- Hizo una comparación del Plan de Beneficios de Salud (PBS antes POS) con los planes que existen en otros países del mundo. Tras lo cual, afirmó que el de Colombia es superior en monto, tratamientos y medicamentos a los que tienen derecho los usuarios.
- Mencionó la necesidad de abordar la innovación y las nuevas tecnologías en el sistema de salud, así como la importancia de un sistema socio-sanitario que funcione en paralelo y se ocupe de determinantes sociales de la salud, como el acceso al agua potable y la alimentación adecuada.
- Concluye que la conversación sobre la reforma de salud debe basarse en el reconocimiento de los logros del sistema actual y la preservación de su modelo de aseguramiento, abordando los desafíos financieros y de acceso de manera equitativa y enfocándonos en mejorar la calidad de la atención en todo el territorio colombiano.

Nombre completo: Carlos Augusto Chacón

Cargo: Director del Instituto de Ciencias Políticas (ICP), académico y experto

Método: Virtual

- Afirma que en Colombia no sólo las EPS están encargadas de mantener funcional la prestación del servicio de salud, sino el Estado, quien no sólo es socio del privado, sino el encargado de investigar y sancionar cuando un actor dentro del sistema falla.
- Por lo anterior, considera inadecuado que la mayor parte de las críticas al sistema de salud recaiga sobre las EPS y el componente privado del modelo.
- Advierte que estatizar el sistema (como pretende la iniciativa de gobierno) podría acrecentar incentivos perversos, burocratizar la estructura del sistema y dar más cabida a la corrupción.
- Destaca la necesidad de superar la fragmentación del sistema a través de canales de comunicación y articulación sólidos entre prestadores y promotores de salud, pues la ineficiente comunicación entre las EPS y las IPS genera fragmentación en el sistema.
- Hace unas recomendaciones relacionadas con la forma como se calcula la UPC, la necesidad de integración vertical oportuna y de reducir los trámites relacionados con los giros.
- Expuso la necesidad de establecer mecanismos de valoración de la satisfacción del paciente, pues es importante medir la satisfacción del paciente frente a la atención recibida en las consultas externas y en los diferentes niveles de atención en el sistema de salud.
- Indica que se puede permitir la integración vertical en donde sea oportuna, es decir, donde se reduzcan los costos y se muestre que es más eficiente permitirla.
- Adicionalmente, propone crear incentivos tributarios (como obras por impuestos) para crear hospitales, facilitar la llegada de nuevas EPS e IPS a las regiones apartadas (para mejorar en cobertura), etc.

- Indica que actualizar la UPC también contribuye a resolver problemas como el desabastecimiento de medicamentos. Es un componente importante en la financiación de los servicios de salud, incluyendo la adquisición de medicamentos.
- Expresa la necesidad de reforzar todas las protecciones y garantías de protección a los derechos de propiedad intelectual. Ven con preocupación que desde el gobierno se pretenda utilizar la figura de las licencias obligatorias para desconocer los derechos de propiedad intelectual, vulnerando incluso la normativa de la comunidad andina en este sentido y arriesgando la disposición de los medicamentos en el largo plazo.
- Insistió en la necesidad de despolitizar el sistema, de evitar que el Estado se convierta en el único prestador del servicio de salud y de fortalecer los derechos de propiedad intelectual relacionados con temas como las patentes médicas.

Nombre completo: María Clara Escobar

Cargo: Presidente Ejecutiva de la Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo - AFIDRO

Método: Virtual

- Hizo una defensa de la industria farmacéutica de Colombia, y que el sistema de salud le ha permitido a todos los colombianos acceder a tecnologías farmacéuticas de punta sin importar su nivel socioeconómico, su condición social o su ubicación geográfica. Recordó la importancia de este sector para la prestación del servicio de salud y la lucha contra diferentes patologías.
- Recalcó que la iniciativa del Gobierno Nacional pretende destruir la arquitectura del sistema de salud actual, no sólo sacando de la operación a las EPS, sino atomizando alrededor del Estado la prestación de un servicio tan complejo como el sanitario. El sistema cuenta con una arquitectura que permite poner a los pacientes en el centro, y es por eso que preocupa mucho que se puedan generar alteraciones en la prestación de servicios y en la ruta del medicamento por todo el sistema, poniendo en riesgo la seguridad y el bienestar de los usuarios.

- Advirtió que no está claro cuál será el futuro del INVIMA, qué entidad se encargará de cuestiones como la compra de medicamentos para la atención de los colombianos, los tiempos de aprobación para la comercialización de medicamentos en el país, etc.
- Expresó que el país definitivamente debe mejorar en la medición de los resultados en salud, que no es otra cosa diferente a entender cuáles son los logros que se están teniendo como país con la inversión que hacemos. El país debería comenzar a ver el medicamento innovador como una inversión en el sistema de salud, pues impactan positivamente no solamente al paciente, sino a toda su familia, a los cuidadores, e incluso en el mediano y en el largo plazo generan ahorros para nuestro sistema.
- Enunció que otro gran reto es ampliar el acceso a la salud en las regiones apartadas.
- Valora aspectos como un sistema mixto con libertad de elección de la aseguradora por parte de los ciudadanos, una UPC diferencial por condiciones de salud y geografía, el giro directo sin que se desnaturalice la función del aseguramiento, el contar con redes integrales de salud a cargo de los aseguradores, un sistema de salud que tenga en cuenta el riesgo en salud y el riesgo financiero, el fortalecimiento y la necesidad de fortalecer el talento humano en salud, la garantía de la autonomía médica que, según la ley estatutaria de salud, le permite a los profesionales tomar las mejores decisiones para sus pacientes basados en su criterio médico.

Nombre completo: Juan Carlos Giraldo

Cargo: Presidente de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

Método: Presencial

- Reconoció que hay fortalezas y debilidades dentro del sistema actual, pero muchas más debilidades que fortalezas. Por ejemplo la cobertura alcanza el 99%, pero la cobertura efectiva es solo del 74%, lo que indica que existen desafíos en acceso, continuidad y coordinación. También, aunque se gasta el 7.7% del PIB en salud, hay problemas persistentes como enfermedades crónicas y crecientes, que afectan a los proveedores de servicios de salud. Esto muestra que hay problemas en la administración de recursos.

- Consideran que es necesario reformar el sistema de salud, pero es importante destacar algunas áreas que necesitan mejora. Proponen una "ruta lógica hacia una salud progresiva" que incluye cuatro pasos: formulación inteligente, redefinición de fronteras, transformación de roles de los actores y cambios en el relacionamiento y el poder en el sistema. Advirtió que dejaría un pliego de propuestas a la Secretaría de la Comisión Primera.
- Reconocen la importancia del aseguramiento y creen que debe mantenerse como un esquema que involucre impuestos generales, cotizaciones, plan de beneficios en salud y una red integrada de servicios.
- Hizo una serie de recomendaciones que serán analizadas para incluir en el informe de ponencia para primer debate. Entre los cuales destacan cuestiones relacionadas con los giros, el pago de las UPC o la naturaleza misma del sistema.
- También recomendó sacar del articulado temas que por la naturaleza de las iniciativas (Estatutarias) serían difíciles de modificar hacia futuro, como es el caso del método de selección de los gerentes de la red hospitalaria pública y reconsiderar el tema de la integración vertical, para evitar zonas grises.
- Concluyó con que debe haber un plan de choque: crisis-transiciones (reservas técnicas, giro directo universal, ampliación de líneas de crédito) y avanzar en una reforma.

Nombre completo: David François Georges Bardey

Cargo: Profesor Universidad de Los Andes

Método: Virtual

- Habló de los problemas de liquidez del sistema actual, criticó el modelo de integración vertical que existe en el país y recomendó revisar cuestiones relacionadas con los procesos de licitación que existen en el país.
- La UPC es insuficiente y mal distribuida, lo que genera inequidad, ya que algunas EPS reciben más de lo que deberían; esto crea un problema, ya que algunas EPS pueden ofrecer mejores servicios para ciertas enfermedades y atraer a más usuarios, pero no reciben una UPC suficiente. En la propuesta del proyecto de ley, es fundamental considerar nuevas variables para ajustar el

riesgo y reducir la concentración de riesgos. Incrementar la UPC de manera global es crucial para mejorar la liquidez de las EPS.

- Es necesario repensar el sistema de salud para que sea efectivo en zonas de baja densidad poblacional, se puede abordar este problema con soluciones específicas, como equipos móviles y puestos de salud. También se debe considerar si la competencia entre EPS es conveniente en estas zonas o si sería más efectivo optar por un modelo de licitación, como se hizo en Guainía.
- La integración vertical en el sector salud no es necesariamente mala, pero puede generar distorsiones de competencia. Se necesita una supervisión más sólida por parte de las entidades correspondientes para evitar distorsiones.
- Hizo énfasis en la necesidad de mejorar las condiciones laborales del talento humano en salud, de incrementar el tamaño de la planta de personal del sector para incrementar la disponibilidad de citas y revisar el rol de las EPS como agentes encargados de contener el gasto. La idea de establecer pisos mínimos de salarios para los médicos es excelente, ya que puede aliviar la escasez de especialistas y reducir los tiempos de espera. Sin embargo, se debe considerar cómo se implementará y cómo se ajustará a los diferentes esquemas de pago de los profesionales de la salud, teniendo en cuenta que algunos trabajan en múltiples instituciones.
- Es importante considerar la posibilidad de establecer indicadores de calidad que influyan en la UPC, de modo que las EPS que ofrecen servicios de mayor calidad reciban una mayor financiación.

Nombre completo: Luis Fernando Gamboa

Cargo: Delegado del Director General de la DIAN

Método: Presencial

- Habló de la sostenibilidad financiera del sistema de salud y de la necesidad de implementar un esquema de lucha contra la evasión.
- El artículo 41 trata sobre la conexión entre la DIAN y la UGPP. Estos mecanismos garantizarán que estos esfuerzos se traduzcan en una fuente de financiamiento más sólida para el sistema de salud.

- La calidad de este sistema tributario depende en gran medida de la calidad del sistema de información del sistema de salud.

Nombre completo: Jesús Botero García

Cargo: Consultor Universidad EAFIT

Método: Pendiente

- El problema más crítico que tiene el sistema es la sostenibilidad financiera, el envejecimiento general de la población, y hay cuatro causas fundamentales que están incidiendo tremendamente en la forma como crece el gasto: envejecimiento de la población, una demanda creciente de servicios, la aparición de nuevos procedimientos médicos y nuevas tecnologías con costos crecientes. causan mucha presión sobre el sistema de salud. Todo ello exige mayor inversión para atender la demanda.
- Indica que para aliviar esa presión de recursos se necesita eficiencia en la asignación, evitando malversación de fondos, mejorando los procesos de contratación y de gestión de riesgo. Pero, ¿cómo generamos incentivos para la eficiencia? Aquí es donde entra en juego el diseño del sistema. Un sistema eficiente de gestión de riesgos, respaldado por contratos orientados a resultados, es esencial. Esto significa que debemos crear un entorno en el que las entidades de salud tengan un fuerte incentivo para mejorar la atención y mantener a los pacientes saludables.
- Se debe abordar problemas como el acceso y la atención primaria, ya que son áreas críticas. La prevención y el tratamiento oportuno de enfermedades pueden ayudar a "doblar la curva" en el crecimiento de los costos de atención médica.
- Indica que se debe aprovechar lo positivo de nuestro sistema actual mientras abordamos sus deficiencias. Es un enfoque que puede mantener la calidad de la atención y mejorar el acceso para todos los colombianos.

Nombre completo: Patricia Guzmán

Cargo: Gerente Cámara de la Salud de la Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar - ASOCAJAS

Método: Presencial

- Al igual que otros actores que la precedieron, considera que la iniciativa de gobierno no debió haberse tramitado por la Comisión VII de Cámara, ni haberse presentado como un Proyecto de Ley Ordinaria, ya que existen elementos que consideramos deberían haber sido tratados en un proyecto de ley estatutario debido a su carácter esencial para el derecho a la salud.
- Consideran que la mejora del sistema de salud en Colombia debe abordar cinco elementos fundamentales: i) reducir las brechas regionales en los indicadores de salud en contextos urbanos y rurales, así como entre unas u otras regiones del país; ii) garantizar un mejor acceso en zonas rurales y dispersas; iii) resolver los temas relacionados con la disponibilidad y competencias del talento humano; iv) abordar los determinantes sociales de la salud es otra prioridad; v) sostenibilidad financiera, puesto que sin recursos suficientes, será difícil garantizar el derecho a la salud.
- Es fundamental prestar atención a dos indicadores de los determinantes sociales de la salud: seguridad alimentaria y acceso al agua.
- El enfoque de la Reforma debe comenzar por reconocer los avances que hemos logrado en capital de conocimiento y experiencia en los últimos treinta años.
- Es crucial evaluar tanto la oferta de servicios de salud como la demanda, y esto implica una planificación cuidadosa que determine las competencias y necesidades del talento humano.
- El sistema de salud debe responder a una planificación que permita acordar como país lo que deseamos resolver a corto, mediano y largo plazo. Esto incluye asignar los recursos necesarios, realizar una planificación adecuada de la oferta y la infraestructura de servicios, y fortalecer el sistema de información.

Nombre completo: Carmen Eugenia Dávila

Cargo: Directora Ejecutiva de la Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento en Salud - GESTARSALUD

Método: Presencial

- Habló de la necesidad de mejorar el acceso al sistema, en especial, a los servicios de mayor complejidad, así como del acceso a los medicamentos de alto costo.
- No estamos de acuerdo con la estigmatización y los calificativos a la gestión importante que han hecho las entidades EPS y las entidades de aseguramiento. Si bien algunas de estas entidades han tenido algunos dirigentes con problemas, nunca se puede generalizar, al igual que no se puede generalizar en el caso de los hospitales públicos y privados las malas prácticas.
- Reiteró que hay una creciente demanda de salud en territorio colombiano, que se expresa tanto en frecuencias de uso (asociado con el envejecimiento de la población) como en tipos de tratamientos (nuevos procedimientos, medicamentos y/o patologías).
- Recalcó la importancia que tiene el cálculo correcto de la UPC, pues fenómenos como la inflación (mes a mes) inciden en los costos del sistema y todos sus eslabones. De ahí que muchos actores presten servicios a pérdida durante el año.
- El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es un ente que funcionó, aunque nunca entendieron las razones por las que se eliminó. Considera que se puede rescatar, ojalá con facultades decisorias para que esto tenga un rol importante dentro del sistema de salud y que los actores se encuentren en un espacio donde se congreguen y sean responsables de las decisiones participativas, como lo hacía en su momento el Consejo.
- Indica que hoy en día existe un Fondo de Garantías, existen estatutos de salvamento que están en la ADRES. El problema está en el fondeo, pues no hay recursos. Es muy difícil que la ADRES pueda plantear estrategias; en algunos momentos se usó, había recursos asignados, como por ejemplo, las compras de cartera o los créditos de tasas blandas.
- En general, comparten varios de los elementos que se plantean en estos proyectos de ley. No obstante, no nos vamos a pronunciar sobre los temas legales de si se debe tramitar por esta comisión o por otra, eso será un tema que tendrá que revisar y definir el honorable Congreso de la República.

Nombre completo: Diego Fernando Gil

Cargo: Director Ejecutivo de la Federación Colombiana de Enfermedades Raras - FECOER

Método: Presencial

- Explicó que las enfermedades raras afectan al 4,5% de la población. Se trata de enfermedades sin un diagnóstico claro que desafían al sistema de salud.
- Indica que hay más de 9.000 enfermedades raras que están descritas e identificadas en la literatura médica y alrededor del 70% tienen un origen genético. Sin embargo, menos del 10% cuenta con una oferta terapéutica, por eso los esfuerzos en investigación son esenciales. Aunque son enfermedades poco frecuentes, cuando las consideramos en conjunto, afectan a una población importante a nivel global. A nivel mundial las enfermedades raras afectan aproximadamente a 300 millones de personas, lo que equivale a la población de Estados Unidos.
- En Colombia se tarda más de 5 años en diagnosticar a pacientes con enfermedades raras, y hay casos de pacientes que se demoran incluso 10, 15 o 20 años en obtener un diagnóstico. Se requiere atención integral y diferencial debido a la diversidad de estos diagnósticos.
- Son enfermedades que adicionalmente cuestan mucho al sistema de salud, no sólo por tratamientos (de dudosa efectividad) sino por investigación, que suele ser escasa.
- Las enfermedades huérfanas en Colombia tienen una prevalencia inferior a 1 por cada 5.000 personas, y más de 2 millones de personas pueden estar conviviendo con este tipo de diagnósticos, muchas de ellas sin acceso a las pruebas necesarias para la confirmación.
- La investigación es un desafío, ya que invertir en investigación para enfermedades raras no es rentable. Siempre enfrentan retos financieros y los consideran costosos debido a la rareza.
- Colombia tiene una legislación sólida en el ámbito de las enfermedades raras, y somos un referente internacional en este sentido. Aunque existe una Ley marco de enfermedades raras o “huérfanas” y todo un marco legislativo para

quienes sufren algún tipo de estos padecimientos, la implementación de la norma es limitada. Se requiere mejorar el tamizaje neonatal, establecer centros de referencia para atención integral y diferencial, contar con un Registro Nacional de Pacientes y abordar los desafíos financieros.

- Buscan que cualquier proyecto de reforma a la salud garantice la protección especial de esta población. El enfoque debe ser progresivo y centrado en el fortalecimiento de la atención primaria en salud y la prevención. Necesitan atención integral y diferencial, que considere la diversidad de estas condiciones, dando claridad sobre los mecanismos de transición y gestión de pacientes.
- Cuestionó la demora para aprobar el ingreso de nuevos medicamentos al país. Lamentó que es un proceso que puede tomar hasta 3 años, tiempo en el que muchos pacientes de enfermedades raras pierden la vida.
- El acceso oportuno a medicamentos y tecnologías innovadoras que generen valor para el paciente es crucial, ya que menos del 10% de las enfermedades raras tienen alguna oferta terapéutica.
- También es esencial fortalecer las condiciones del talento humano en salud y contar con el involucramiento de pacientes, cuidadores y familias en la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas en salud.

Nombre completo: Félix León Martínez

Cargo: Director de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES

Método: Presencial

- Es importante destacar que el sistema de salud no puede quedarse estático ni inmutable. La situación actual en muchos aspectos es crítica, lo que hace que sea imperativo que el Estado, en sus diferentes instancias, asuma la responsabilidad de regular y ajustar el sistema de salud que ha perdurado durante los últimos 30 años. Esto implica abordar los problemas relacionados con el aseguramiento, la atención primaria y la financiación.
- La regulación actual está conduciendo a una separación cada vez mayor entre aquellos que tienen un mayor acceso y demandan más recursos, generalmente

poblaciones urbanas con un poder adquisitivo medio o alto, y aquellos que tienen un acceso limitado y demandan menos recursos, lo que está creando una brecha significativa en la financiación.

- Hizo énfasis en la necesidad de destinar más recursos para los sectores de la sociedad que menos recursos demandan al sistema de salud. Se trata de sectores vulnerables que por dificultades para acceder o problemas de cobertura, exigen menos en términos de procedimientos, medicamentos y/o atención médica.
- En cuanto al aseguramiento, indica que no es posible plantear una UPC diferente para cada individuo, ya que se basa en un estudio que integra diversos niveles de riesgo y enfermedades de las personas en un pool común. El Estado tiene la responsabilidad de asegurar que un sistema de seguridad social pueda atender tanto al paciente más costoso como al que demanda menos, manteniendo una mancomunación de recursos para ello. Sin embargo, la fragmentación del sistema debido a la creación de múltiples aseguradoras complica este proceso.
- En lo que respecta a la promoción y atención primaria de la salud, es fundamental comprender que no puede estar sujeta al mercado. La promoción y el cuidado de la salud de la población no pueden depender de un enfoque comercial. Esto incluye la vacunación, el seguimiento de enfermedades, la atención a embarazadas y otros aspectos cruciales de la atención primaria. Estos servicios deben llegar a toda la población, independientemente de si son demandados o no, ya que son una labor activa del Estado.
- Recalcó que la ADRES destina muchos recursos para el sector más privilegiado de la sociedad, que no sólo dispone de mejores condiciones en materia de acceso y cobertura, sino de servicios exclusivos del régimen contributivo (como planes complementarios, prepagadas, etc).

Nombre completo: Luis Alberto Martínez

Cargo: Viceministro de Protección Social

Método: Presencial

- Hizo una defensa del texto propuesto por el Gobierno Nacional y criticó las fallas estructurales del sistema, como la segmentación según la capacidad de

pago y la discriminación, la falta de garantías en las zonas rurales y áreas urbanas desfavorecidas, la fragmentación de los servicios y la competencia entre las instituciones prestadoras de servicios crean barreras adicionales para el acceso, y la mercantilización de la atención médica y la burocracia administrativa.

- Advirtió que si el sistema actual no se reforma, en cinco años no habrá EPS.
- Hizo varias apreciaciones compartidas por el Ministerio de Salud, según las cuales el texto propuesto por el gobierno daría cumplimiento a varios apartados de la Carta Política (sin especificar cuáles).
- Defendió que la iniciativa de gobierno no sea una Ley Estatutaria sino Ordinaria. También defendió que su trámite sea por Comisión Séptima en lugar de Primera.
- Coincidió con muchos de sus predecesores sobre la importancia de fortalecer la atención primaria en salud como eje articulador de todo el sistema.
- Defendió que el componente público del sistema debe tener prelación sobre el privado, alegando que la salud es un servicio público, es decir, una función indelegable del Estado.
- Finalmente, cerró cuestionando la división del sistema de salud en dos regímenes, de acuerdo con la capacidad de pago del usuario. Una división que a su parecer es regresiva y presenta limitaciones importantes en términos de acceso y calidad de la atención médica.
- Expresa que proponen un enfoque que priorice la atención integral y la cooperación entre actores del sistema, y garantice recursos adecuados para una oferta de atención de calidad para todos los colombianos.

VII. PLIEGO DE MODIFICACIONES

Una vez revisadas las iniciativas legislativas, se propone para primer debate el siguiente texto, que a juicio de los ponentes, conjuga lo mejor de ambas iniciativas.

No obstante, debe advertirse y dejar como constancia que no existe consenso absoluto sobre algunas disposiciones de la iniciativa como son: giro directo, creación de territorios sanitarios, Empresas Sociales del Estado y modelo de atención primaria, sobre los cuales los ponentes someterán sus proposiciones en el marco del debate de la iniciativa.

Proyecto de Ley No. 05 de 2023 Senado.	Proyecto de Ley No. 086 de 2023 Senado.	Texto propuesto para primer debate.
<i>“Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a ajustar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizar a toda la población el derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley 1751 de 2015, mejorar los resultados en salud, aumentar la satisfacción del usuario y garantizar la sostenibilidad del sistema de salud”.</i>	<i>“Por la cual se modifica la Ley 1751 de 2015 y se dictan otras disposiciones en materia de salud y seguridad social en salud”.</i>	<i>“Por medio de la cual se modifica la Ley 1751 de 2015 y se dictan otras disposiciones orientadas a fortalecer el Sistema de Seguridad Social en Salud”.</i>
CAPÍTULO I. GENERALIDADES		CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES.
Artículo 1. Objeto y alcance. Por medio de la presente ley se realizan ajustes al sistema de salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se desarrolla lo consagrado en la Ley 1751 de 2015, y se dictan medidas para garantizar a toda la población el derecho fundamental a la salud, mejorar los resultados en salud, aumentar la satisfacción del usuario y del talento humano en salud, y garantizar la sostenibilidad del Sistema.	ARTÍCULO 1. La presente Ley tiene por objeto adoptar disposiciones y medidas tendientes a fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando su progresividad y el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de las personas.	Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto modificar la Ley 1751 de 2015 para garantizar el derecho fundamental a la salud, fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, mejorar sus resultados, aumentar la satisfacción del usuario y del talento humano en salud, así como garantizar la sostenibilidad del sistema.

<p>Artículo 2. Modifíquese el artículo 4 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:</p> <p>“Artículo 4. Sistema General de Seguridad Social en Salud. Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones públicas, privadas y mixtas; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles, información y evaluación, que el Estado dispone para garantizar el acceso efectivo a servicios de salud. Este sistema deberá coordinarse con el resto de las políticas públicas que afectan o intervienen los determinantes sociales de la salud para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud a toda la población.”</p>	<p>ARTÍCULO 2. Modifíquese el artículo 4 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:</p> <p>“ARTÍCULO 4o. DEFINICIÓN DE SISTEMA DE SALUD. Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; entidades públicas, privadas y mixtas; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación que el Estado disponga para la Gestión Integral del Riesgo en Salud y del riesgo financiero, que permitan garantizar y materializar el derecho fundamental de la salud.”</p>	<p>Artículo 2. Modifíquese el artículo 4 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:</p> <p>“Artículo 4. Sistema General de Seguridad Social en Salud. Es el conjunto articulado y armónico de principios, normas, políticas públicas, instituciones públicas, privadas y mixtas, competencias y procedimientos, facultades, obligaciones, derechos y deberes, financiamiento, controles, información y evaluación que el Estado dispone para garantizar el derecho fundamental a la salud, la gestión integral del riesgo en salud y del riesgo financiero.</p> <p>Este sistema deberá coordinarse con las políticas públicas que afectan o intervienen los determinantes sociales de la salud.”</p>
<p>Artículo 3. Funciones esenciales del sistema de salud. El Sistema de Salud tiene como funciones esenciales la rectoría del sistema, la financiación, la investigación, la información, la salud pública, la prestación de los servicios y el aseguramiento, de manera que conduzcan al establecimiento de la salud de las poblaciones a quienes</p>	<p>Artículo 3. Adiciónense los literales k), l) y m) al artículo 5 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:</p> <p>“Artículo 5. Obligaciones del Estado. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:</p>	<p>Artículo 3. Adiciónense los literales k), l), m), n) y o) al artículo 5 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:</p> <p>“Artículo 5. Obligaciones del Estado. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:</p>

<p>protege, la reducción de las inequidades en salud, el trato digno en la prestación de los servicios, la garantía de la protección financiera de los usuarios.</p>	<p>(...)</p> <p>k) Garantizar el derecho de los ciudadanos a elegir libremente entre las diferentes entidades encargadas del aseguramiento y de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, las cuales serán públicas, privadas o mixtas.</p> <p>l) Ajustar el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que reciban las entidades encargadas del aseguramiento y de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, para garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud, para lo cual deberá tener en cuenta, como factores de riesgo, las condiciones en salud de los individuos, los factores socio-demográficos y de zona geográfica.</p> <p>m) Adoptar medidas tendientes a garantizar la equidad en la salud de los habitantes de las zonas marginadas o de baja</p>	<p>(...)</p> <p>k) Garantizar el derecho de los ciudadanos a elegir libremente entre las diferentes entidades encargadas del aseguramiento y de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, las cuales serán públicas, privadas o mixtas.</p> <p>l) Ajustar el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC cada año con fundamento en la información de la vigencia anterior que reciban las entidades encargadas del aseguramiento y de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, para garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud, para lo cual deberá tener en cuenta, como factores de riesgo, las condiciones en salud de los individuos, los factores socio-demográficos y de zona geográfica.</p> <p>m) Garantizar, a las aseguradoras y/o prestadoras, el pago oportuno de los recursos</p>
---	---	---

	<p>densidad poblacional, en cada territorio, de acuerdo con sus condiciones geográficas, socio demográficas, culturales, necesidades en salud, las capacidades de atención y las condiciones de acceso a los servicios de salud.”</p>	<p>derivados de la prestación de los servicios y tecnologías excluidos del Plan de Beneficios en Salud.</p> <p>n) Adoptar medidas tendientes a garantizar la equidad en la salud de los habitantes de las zonas marginadas o de baja densidad poblacional, en cada territorio, de acuerdo con sus condiciones geográficas, socio demográficas, culturales, necesidades en salud, las capacidades de atención y las condiciones de acceso a los servicios de salud.</p> <p>o) Garantizar la atención primaria en salud, entendida como la estrategia transversal que permite lograr el acceso efectivo de todos los colombianos al sistema de salud y una herramienta de la gestión de riesgo que busca garantizar la atención e intervenciones que cada uno requiere o necesita. La atención primaria se desarrollará de manera articulada con los actores del</p>
--	---	--

		<p>sistema, la comunidad y las entidades del territorio con un enfoque de salud familiar y comunitaria y responderá a las características y necesidades del individuo, comunidades, población y el territorio además de las características sociales y culturales de cada uno de ellos.”</p>
<p>Artículo 4. Territorialización del Sistema. El Sistema de Salud, desde las acciones promocionales, pasando por el aseguramiento del riesgo y la operación de redes hasta la prestación del servicio de salud, tendrá como principio la territorialización, esto es, el reconocimiento de las distintas interacciones que se dan entre las personas y comunidades con sus espacios geográficos y determinantes sociales en salud, más allá de las fronteras político-administrativas.</p>		<p>Artículo 4. Adiciónese el literal o) al artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:</p> <p>“Artículo 6. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:</p> <p>(...)</p> <p>o) Territorialización. El Estado deberá garantizar y promover que el Sistema de Salud, desde las acciones promocionales, pasando por el aseguramiento del riesgo y la operación de redes hasta la prestación del servicio de salud, tendrá como principio la territorialización, esto es, el reconocimiento de las distintas interacciones que se dan entre las personas y comunidades con sus espacios geográficos y</p>

		determinantes sociales en salud, más allá de las fronteras político-administrativas”.
<p>Artículo 5. La atención primaria en salud. La atención primaria es la estrategia transversal que permite lograr el acceso efectivo de todos los colombianos al sistema de salud y una herramienta de la gestión de riesgo que busca garantizar la atención e intervenciones que cada uno requiere o necesita. La atención primaria se desarrollará de manera articulada con los actores del sistema, la comunidad y las entidades del territorio con un enfoque de salud familiar y comunitaria y responderá a las características y necesidades del individuo, comunidades, población y el territorio además de las características sociales y culturales de cada uno de ellos.</p>	<p>ARTÍCULO 5. Modifíquese el artículo 15 de la ley 1122 de 2007, el cual quedará así:</p> <p>“ARTÍCULO 15. REGULACIÓN DE LA INTEGRACIÓN VERTICAL PATRIMONIAL Y DE LA POSICIÓN DOMINANTE. Las Empresas Promotoras de Salud - (EPS) no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con IPS de mediana y alta complejidad en las cuales sean propietarias de más del 30% de su capital social, directamente o por intermedio o con el concurso de sus subordinadas o de las subordinadas de éstas, para la prestación de servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.</p> <p>Dese un período de transición de tres (3) años, para que se ajusten a este porcentaje las Entidades Promotoras de Salud - EPS que lo sobrepasen.</p> <p>PARÁGRAFO PRIMERO. Se exceptúan de esta limitación los servicios y</p>	Se propone su eliminación.

	<p>tecnologías en salud que se presten en virtud del programa preventivo y predictivo de atención primaria en salud y los servicios de baja complejidad, así como los casos en que, por una situación certificada por el Ministerio de Salud y Protección Social, se presente oferta insuficiente de prestadores o de servicios de salud que pueda afectar la garantía de continuidad del derecho fundamental a la salud para la población.</p> <p>PARÁGRAFO SEGUNDO. Las EPS garantizarán la inclusión en sus redes de Instituciones Prestadoras de Salud de carácter público.”</p>	
<p>CAPÍTULO II. GOBERNANZA Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.</p>		<p>CAPÍTULO II. GOBERNANZA Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.</p>
<p>Artículo 6. Gobernanza. La gobernanza del Sistema general de seguridad social en salud estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social quien contará con el Consejo Nacional de Seguridad Social como órgano asesor del Ministerio.</p>		<p>Se propone su eliminación.</p>

<p>Artículo 7. Consejo Nacional de Seguridad Social. Créase el Consejo Nacional de Seguridad Social que tendrá por objeto recomendar la adopción e implementación de las políticas públicas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, acompañar la evaluación de las políticas de salud pública, aseguramiento, atención en salud, talento humano, calidad e investigación en salud y proponer los ajustes de la política pública en salud que considere pertinentes.</p> <p>El Consejo Nacional de Seguridad Social, estará conformado por quince (15) miembros, así:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Un representante designado por la Academia Nacional de Medicina.2. Un representante de la Asociación de Sociedades Científicas.3. Un representante de las facultades de medicina, elegido por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.4. Un representante designado por las Asociaciones de Pacientes5. Un representante designado por las Asociaciones de Usuarios.6. Un representante de las Entidades territoriales del		<p>Artículo 5. Consejo Nacional de Seguridad Social <u>en Salud.</u> Créase el Consejo Nacional de Seguridad Social <u>en Salud</u> que tendrá por objeto recomendar la adopción e implementación de las políticas públicas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, <u>definir</u> la evaluación de las políticas de salud pública, aseguramiento, atención en salud, talento humano, calidad e investigación en salud y proponer los ajustes de la política pública en salud que considere pertinentes.</p> <p>El Consejo Nacional de Seguridad Social, estará conformado por quince (15) miembros, así:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Un representante designado por la Academia Nacional de Medicina.2. Un representante de la Asociación de Sociedades Científicas.3. Un representante de las facultades de medicina, elegido por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.4. Un representante designado por las Asociaciones de Pacientes
--	--	---

<p>orden departamental, distrital y municipal</p> <p>7. Un representante de las Direcciones Municipales de Salud.</p> <p>8. Un representante de los Prestadores y Proveedores de Servicios y Tecnologías de Salud públicos y mixtos.</p> <p>9. Un representante de los Prestadores y Proveedores de Servicios y Tecnologías de Salud privados, designado por las agremiaciones y asociaciones que los congreguen.</p> <p>10. Un representante de las Entidades Promotoras de Salud.</p> <p>11. Un representante de los trabajadores de la salud elegido por las organizaciones sindicales.</p> <p>12. Un representante de los empleadores elegido por las asociaciones que los agrupa</p> <p>13. El Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quién lo presidirá.</p> <p>14. El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.</p> <p>15. El Director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado.</p> <p>Parágrafo 1. El Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente Ley definirá las funciones y el</p>		<p>5. Un representante designado por las Asociaciones de Usuarios.</p> <p>6. Un representante de las Entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal</p> <p>7. Un representante de las Direcciones Municipales de Salud.</p> <p>8. Un representante de los Prestadores y Proveedores de Servicios y Tecnologías de Salud públicos y mixtos.</p> <p>9. Un representante de los Prestadores y Proveedores de Servicios y Tecnologías de Salud privados, designado por las agremiaciones y asociaciones que los congreguen.</p> <p>10. Un representante de las Entidades Promotoras de Salud.</p> <p>11. Un representante de los trabajadores de la salud elegido por las organizaciones sindicales.</p> <p>12. Un representante de los empleadores elegido por las asociaciones que los agrupa</p> <p>13. El Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quién lo presidirá.</p>
---	--	--

<p>mecanismo de designación de los delegados señalados.</p>		<p>14. El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.</p> <p>15. El Director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado.</p> <p>Parágrafo. El Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente Ley definirá las funciones y el mecanismo de designación de los delegados señalados.</p>
<p>CAPÍTULO III. SALUD PÚBLICA Y DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD</p>		<p>Se propone su eliminación.</p>
<p>Artículo 8. Función esencial de la Salud Pública. La función esencial de la salud pública comprende el monitoreo, vigilancia, evaluación y análisis del estado de salud de la población, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la gestión del riesgo en salud, la investigación en salud pública, el fortalecimiento de las capacidades institucionales del sector y la participación social en la salud con el propósito de permitir el diseño de planes, programas, políticas, lineamientos, protocolos, intervenciones y estrategias</p>		<p>Se propone su eliminación.</p>

<p>dirigidas a mantener la salud individual y colectiva de la población.</p>		
<p>Artículo 9. Plan Decenal de Salud. Modifíquese el artículo 06 de la Ley 1438 de 2011 en su inciso 2 el cual quedará así:</p> <p>El Plan Decenal definirá los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento y los mecanismos de evaluación del Plan a nivel nacional, regional, departamental, distrital y municipal de acuerdo con el modelo de atención.</p> <p>Parágrafo primero. El Plan Decenal deberá coordinarse de manera articulada con los actores del sistema y demás sectores que participan en la atención en salud a nivel nacional y territorial.</p> <p>Parágrafo segundo. El Ministerio de Salud y Protección Social coordinará el seguimiento y evaluación del cumplimiento de las metas propuestas en Plan para las entidades territoriales y los sectores involucrados al finalizar el periodo de gobierno de la nación, departamentos y municipio y realizará sus</p>		<p>Se propone su eliminación.</p>

ajustes de acuerdo con el comportamiento epidemiológico y prioridades en salud.		
<p>Artículo 10. Planes Territoriales de Salud. Las entidades territoriales, a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, de forma articulada con las Empresas Promotoras de Salud - EPS, sus Redes y demás actores del SGSSS. tendrán la responsabilidad de caracterizar los principales riesgos epidemiológicos de la población y definir las acciones promocionales, preventivas y de alta externalidad que deberán efectuarse en el respectivo territorio.</p>		Se propone su eliminación.
<p>Artículo 11. Coordinación Intersectorial de Salud Pública. La Comisión Intersectorial de Salud Pública, a que se refiere la Ley 1438 de 2011 coordinará los sectores y las actividades y metas que intervengan en los determinantes sociales en salud en concordancia con los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública - PDSP.</p>		Se propone su eliminación.
<p>CAPÍTULO IV. GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD - GIRS.</p>	N/A	<p>CAPÍTULO III. GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD - GIRS Y ASEGURAMIENTO.</p>

<p>Artículo 12. Gestión Integral del Riesgo en Salud. La Gestión integral de riesgo en salud es la estrategia por la cual se identifican, analizan, y clasifican los riesgos para la salud de los individuos, familias y comunidades, con el fin de intervenirlos de forma integral, desde la prevención hasta la paliación, o mitigación de sus efectos.</p> <p>La gestión integral del riesgo en salud corresponde a la articulación y coordinación de los diferentes actores del sistema, dentro de sus competencias, en torno a las intervenciones individuales y colectivas que se deben realizar a las personas y su entorno para mitigar, contener y atender los riesgos en salud.</p>	<p>N/A</p>	<p>Artículo 6. Gestión Integral del Riesgo en Salud. La gestión integral de riesgo en salud corresponde a la articulación y coordinación de los diferentes actores del sistema para identificar, analizar, y clasificar los riesgos para la salud de los individuos, familias y comunidades, con el fin de intervenirlos de forma integral.</p> <p><u>La Nación, las Entidades Territoriales, Entidades Promotoras de Salud - EPS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, Administradoras de Riesgos Laborales - ARL, los individuos y las familias son responsables de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, en aras de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, en los términos establecidos en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, lograr resultados en salud que contribuyan al bienestar de la población, con costos acordes a la sostenibilidad financiera del sistema.</u></p>
<p>Artículo 13. Responsables de la Gestión Integral del Riesgo en Salud. Las Entidades Territoriales, Entidades Promotoras de Salud - EPS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, Administradoras</p>		<p>Se propone su eliminación, pues su contenido se incluyó en el artículo anterior.</p>

<p>de Riesgos Laborales - ARL, los individuos y las familias son responsables de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, en aras de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, en los términos establecidos en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, lograr resultados en salud que contribuyan al bienestar de la población, con costos acordes a la sostenibilidad financiera del sistema.</p> <p>13.1 La Nación y las Entidades Territoriales tienen a su cargo la dirección, coordinación y vigilancia del Sistema General de Seguridad Social en Salud en la jurisdicción de su territorio, de acuerdo con la normativa nacional; su obligación en el marco de la Gestión Integral del Riesgo en Salud es coordinar la agenda sectorial e intersectorial requerida para cumplir con las necesidades y prioridades establecidas en el plan territorial de salud.</p> <p>13.2 Las Entidades Promotoras de Salud - EPS a través de los diferentes prestadores de servicios de salud que hacen parte de su red, son responsables de la gestión del riesgo Individual de la población afiliada a ellas, en coordinación y articulación con los demás</p>		
--	--	--

<p>actores del sistema y con fundamento en la caracterización, identificación, clasificación y agrupación de los riesgos que éstas realizan.</p> <p>A partir de la caracterización e identificación de los riesgos, las Entidades Promotoras de Salud - EPS deben determinar las acciones a realizar para manejar de forma integral las necesidades de salud, minimizar la mayor incidencia y severidad no evitable de la enfermedad, así como minimizar los riesgos que se pueden derivar de la propia atención y serán responsables de la implementación y monitoreo de dichas acciones.</p> <p>Las Entidades Promotoras de Salud - EPS responden por el riesgo financiero derivado del manejo integral de las necesidades en salud de la población a su cargo.</p> <p>13.3 Las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud - IPS participan en la Gestión Integral del Riesgo en Salud a partir de su gestión clínica, lo cual se refleja en la obtención de los resultados en salud, la adecuada aplicación de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS, guías o protocolos que defina</p>		
---	--	--

el Ministerio de Salud y Protección Social y el uso eficiente de los recursos, garantizando el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado soportado en la evidencia científica y bajo los principios de pertinencia.

13.4. Las ARL deberán reportar al Ministerio de Salud y Protección Social, los riesgos laborales de sus afiliados, las prestaciones recibidas y conceptos. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá establecer en un máximo de 6 meses un mecanismo de recepción de la información y reportes de información a las EPS para la consolidación del riesgo individual de la población.

13.5. Los individuos, familias y comunidades, en sus entornos, tienen el deber de seguir los lineamientos del autocuidado establecidos en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud al igual que las recomendaciones dadas por el personal de salud, la adopción de hábitos saludables, el adecuado y oportuno uso de los servicios de la salud, la adherencia a los tratamientos, el cumplimiento de citas y otras que puedan afectar la salud.

<p align="center">CAPÍTULO V. ASEGURAMIENTO</p>		<p>Se propone su eliminación.</p>
<p>Artículo 14. Función esencial del aseguramiento individual. Son funciones esenciales del aseguramiento, realizado por las Empresas Promotoras de Salud - EPS, la representación del afiliado ante los prestadores de servicios en salud y los demás actores del SGSSS, la gestión integral del riesgo en salud, la garantía del acceso efectivo en la prestación de los servicios de salud, la gestión de la red de servicios y la administración del riesgo financiero.</p>		<p>Se propone su eliminación.</p>
<p>Artículo 15. Afiliación al Sistema. Todas las personas que residan legalmente en el territorio nacional, con excepción de quienes se encuentran afiliados a los regímenes especiales y/o de excepción, estarán afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud por intermedio de una empresa promotora de salud, quien contará para su operación con redes integradas e integrales de prestación de servicios de salud, de la cual harán parte los centros de atención primaria a los cuales el usuario deberá adscribirse.</p>		<p>Se propone su eliminación.</p>
<p>Artículo 16. Territorialización de la operación del aseguramiento. Con el fin de</p>		<p>Se propone su eliminación.</p>

garantizar el derecho fundamental a la salud y el acceso efectivo de la población a los servicios de salud, las entidades promotoras de salud operarán por territorios sanitarios definidos por el Gobierno nacional. En la reglamentación se determinarán las condiciones de actualización del ámbito territorial de operación en el que se encuentran autorizadas. Dicha reglamentación, deberá incluir un régimen de transición para la actualización de las autorizaciones para operar, emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud y la redistribución de la asignación de afiliados entre las entidades promotoras de salud.

Parágrafo primero. El presente artículo se reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente Ley.

Parágrafo segundo. Hasta tanto el Gobierno nacional no expida la reglamentación de actualización del ámbito territorial de operación del aseguramiento en salud, las EPSs continuarán operando en los territorios donde hayan sido autorizadas por la

<p>Superintendencia Nacional de Salud con anterioridad a la expedición de la presente Ley.</p>		
<p>Artículo 17. Entidades promotoras de salud en zona rural y zona dispersa. En las zonas rurales y zonas dispersas, el aseguramiento podrá ser administrado por una única empresa promotora de salud, la cual recibirá una Unidad de Pago Por Capitación UPC de manera diferencial para cada territorio ajustado al riesgo, las condiciones de dispersión, y condiciones de oferta de servicios.</p>	<p>ARTÍCULO 6. Modifíquese el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:</p> <p>“ARTÍCULO 24. DEBER DE GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS EN ZONAS MARGINADAS O DE BAJA DENSIDAD POBLACIONAL.</p> <p>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. El Gobierno Nacional determinará el modelo de aseguramiento y prestación de servicios de salud para las zonas marginadas o de baja densidad poblacional,</p>	<p>Artículo 7. Modifíquese el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:</p> <p>“ARTÍCULO 24. DEBER DE LA GARANTÍAZAR DE LA DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS <u>DE SALUD EN ZONAS MARGINADAS, O DE BAJA DENSIDAD POBLACIONAL O DIFÍCIL ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA</u> . El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en <u>las zonas marginadas, de baja densidad poblacional o difícil accesibilidad geografica</u> .</p> <p>La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas, <u>En estas zonas</u> 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 <u>necesidad</u>.</p>

	<p>teniendo en cuenta los siguientes principios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocimiento de las condiciones geográficas, de acceso y capacidad de oferta en los ámbitos territoriales y de los diferentes grupos poblacionales que habitan en los mismos; así como la interculturalidad, prácticas tradicionales, alternativas y complementarias. 2. El modelo de atención deberá ser implementado por las Entidades Territoriales y podrá hacer uso del mecanismo de Asociaciones Público Privadas para la gestión del riesgo y prestación de servicios en salud en los términos de la Ley 1508 de 2012; en ellas podrán participar Instituciones de Educación Superior, con el fin de aportar a la formación y educación del Talento Humano en Salud y la transferencia de conocimientos. 3. El Gobierno Nacional reglamentará las condiciones operativas, administrativas, técnicas y financieras bajo las cuales se regirán estas opciones. Para efectos de la financiación del modelo, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá establecer el valor de la Unidad de Pago por 	<p>El Gobierno Nacional determinará el modelo de aseguramiento y prestación de servicios de salud para las zonas marginadas o de baja densidad poblacional, teniendo en cuenta los siguientes principios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocimiento de las condiciones geográficas, de acceso y capacidad de oferta en los ámbitos territoriales y de los diferentes grupos poblacionales que habitan en los mismos; así como la interculturalidad, prácticas tradicionales, alternativas y complementarias. 2. Un El modelo de atención deberá ser implementado por las Entidades Territoriales y que podrá hacer uso del mecanismo de Asociaciones Público Privadas para la gestión del riesgo y prestación de servicios en salud en los términos de la Ley 1508 de 2012; en ellas podrán participar Instituciones de Educación Superior, con el fin de aportar a la formación y educación del Talento Humano en Salud y la transferencia de conocimientos. 3. Unas El Gobierno Nacional reglamentará las condiciones operativas, administrativas, técnicas
--	--	--

	<p>Capitación - UPC especial; así mismo, canalizará los recursos de cooperación internacional destinados a dicho fin y determinará el porcentaje de recursos del Sistema General de Participaciones que las Entidades Territoriales deben destinar a la financiación de estos modelos.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá incentivos para el talento humano en salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS que presten sus servicios en éstas zonas”.</p>	<p>y financieras bajo las cuales se registrarán estas opciones.</p> <p>4. Para efectos de la financiación del modelo, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá establecer el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC especial; así mismo, canalizará los recursos de cooperación internacional destinados a dicho fin y determinará el porcentaje de recursos del Sistema General de Participaciones que las Entidades Territoriales deben destinar a la financiación de estos modelos.</p> <p>5. Establecer el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC especial</p> <p>6. El Ministerio de Salud y Protección Social Establecer incentivos para el talento humano en salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS que presten sus servicios en éstas zonas”.</p>
<p>Artículo 18. Componentes de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Hacienda definirá el valor anual de la UPC, la cual tendrá un componente fijo y uno variable. Para determinar el</p>	<p>ARTÍCULO 7. ACTUALIZACIÓN VALOR UPC. El Ministerio de Salud y Protección Social actualizará como mínimo una vez al año el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC. Si a 31 de diciembre de cada año el Ministerio no ha aprobado</p>	<p>Artículo 8. <u>Unidad de Pago por Capitación (UPC).</u> El Ministerio de Salud y Protección Social actualizará como mínimo una vez al año el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC. Si a 31 de diciembre de cada año el Ministerio no ha aprobado un incremento en el valor de</p>

<p>componente fijo se realizarán estudios actuariales y se reconocerá un monto por cada persona de acuerdo con la clasificación o respectivo ajustador del riesgo. El componente fijo tendrá en cuenta como base mínima las condiciones en salud de la población como factor de riesgo individual, los perfiles epidemiológicos, las condiciones geográficas y demográficas, adicionando indicadores que evalúen la suficiencia de los recursos para la garantía del derecho a la salud como el aumento en frecuencia de uso y los mayores costos que se deriven de esta. Este componente fijo deberá ser suficiente para la adecuada protección integral de la salud de los afiliados y beneficiarios.</p> <p>Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social reconocerá un componente variable de incentivos con base en la gestión y el resultado que se efectúe en el territorio por parte de las entidades promotoras de salud, de acuerdo con el resultado integral en salud, que incluye el resultado de metas de promoción y prevención, cumplimiento de rutas integrales e individuales, satisfacción del</p>	<p>un incremento en el valor de la UPC, dicho valor se incrementará automáticamente en la inflación causada.</p> <p>A partir del año 2024, para efectos del cálculo de la Unidad de Pago por Capitación, se adicionarán las condiciones en salud de la población, perfil epidemiológico, como factor de ajuste de riesgo individual, además de los factores sociodemográficos y de zona geográfica.</p> <p>La Unidad de Pago por Capitación contemplará la financiación de todos los servicios y tecnologías en salud que se utilicen y prescriban en el país, a excepción de los relacionados directamente con la atención de las enfermedades huérfanas y los servicios sociales complementarios, para lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social deberá establecer las fuentes y los mecanismos de financiación.</p>	<p>la UPC, dicho valor se incrementará automáticamente en la inflación causada.</p> <p>A partir del año 2024, para efectos del cálculo de la Unidad de Pago por Capitación, se adicionarán las condiciones de salud de la población, comportamiento perfil epidemiológico, como factor de ajuste de riesgo individual, además de los factores sociodemográficos y de zona geográfica.</p> <p>La Unidad de Pago por Capitación contemplará la financiación de todos los servicios y tecnologías en salud que se utilicen y prescriban en el país, a excepción de los relacionados directamente con la atención de las enfermedades huérfanas y los servicios sociales complementarios, para lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social deberá establecer las fuentes y los mecanismos de financiación.</p> <p>Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social reconocerá un componente adicional de incentivos con base en la gestión y el resultado que se efectúe en el territorio por parte de las entidades promotoras de</p>
---	---	--

<p>usuario, entre otros, según la reglamentación del Gobierno Nacional.</p> <p>Parágrafo primero. Los recursos que se obtengan por el componente variable deberán ser reconocidos de igual forma a la red de prestadores involucrada en la atención de la población.</p> <p>Parágrafo segundo. Con el fin de garantizar la equidad en la prestación de servicio, la Unidad de Pago por Capitación contemplará la financiación de todos los servicios y tecnologías en salud dentro del Plan Básico de Salud del régimen contributivo y subsidiado.</p> <p>Parágrafo tercero. Dentro de los (6) seis meses siguientes a la vigencia de esta la ley, el Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, determinarán la metodología de cálculo de la UPC para el financiamiento del Plan de Beneficios en Salud a partir de un análisis actuarial, así como las fuentes de información, seguimiento y monitoreo a indicadores trazadores que sean necesarios.</p> <p>Parágrafo cuarto. El Ministerio de Salud y</p>		<p>salud, de acuerdo con el resultado integral en salud, que incluye el resultado de metas de promoción y prevención, cumplimiento de rutas integrales e individuales, satisfacción del usuario, entre otros, según la reglamentación del Gobierno Nacional.</p> <p>Parágrafo 1. Los recursos que se obtengan por el componente adicional deberán ser reconocidos de igual forma a la red de prestadores involucrada en la atención de la población.</p> <p>Parágrafo 2. Dentro de los (6) seis meses siguientes a la vigencia de esta la ley, el Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, determinarán la metodología de cálculo de la UPC para el financiamiento del Plan de Beneficios en Salud a partir de un análisis actuarial, así como las fuentes de información, seguimiento y monitoreo a indicadores trazadores que sean necesarios.</p>
---	--	--

<p>Protección Social en conjunto con el Ministerio de Hacienda como mínimo cada dos (2) años deben revisar y ajustar los factores de ajuste de riesgo con los cuales se calcula la Unidad de Pago por Capitación - UPC.</p>		
<p>Artículo 19. Modifíquese el numeral 34 del artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011, modificado por el Decreto 2562 de 2012, el cual quedará así:</p> <p>“(…) ARTÍCULO 2o. FUNCIONES. El Ministerio de Salud y Protección Social, además de las funciones determinadas en la Constitución Política y en el artículo 59 de la Ley 489 de 1998 cumplirá las siguientes:”</p> <p>34. Definir como mínimo una vez al año, a primero de enero el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC tomando en cuenta la metodología de cálculo definida en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.</p> <p>39. Elaborar, publicar y mantener actualizado el estudio de capacidad de suficiencia de los servicios en cada uno de los territorios y habilitar las redes integrales de prestación de servicios en</p>	<p>N/A</p>	<p>Se propone su eliminación.</p>

<p>salud que conformen las Entidades Promotoras de Salud - EPS.</p> <p>Artículo X. Adiciónense los numerales 37 y 38 al artículo 3 del Decreto Ley 4712 de 2008, el cual quedará así: “(…) ARTÍCULO 3. FUNCIONES. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público tendrá, las siguientes funciones:”</p> <p>37. Participar, en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social, en la definición de la metodología de cálculo de la UPC para el financiamiento del Plan de Beneficios en Salud a partir de un análisis actuarial, así como las fuentes de información, seguimiento y monitoreo a indicadores trazadores que sean necesarios.</p> <p>38. Participar, en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social, en la actualización como mínimo una vez al año, a primero de enero, del valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC teniendo en cuenta la metodología de cálculo definida.</p>		
<p>Artículo 20. Giro directo. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud será la entidad que en nombre de las aseguradoras en salud hará el giro del 90% de los</p>	<p>ARTÍCULO 8. Modifíquese el artículo 10 de la Ley 1608 de 2013, el cual quedará así: “ARTÍCULO 10. Giro Directo de EPS. El mecanismo de giro directo se</p>	<p>ARTÍCULO 9. Modifíquese el artículo 10 de la Ley 1608 de 2013, el cual quedará así: “ARTÍCULO 10. Giro Directo de EPS. El mecanismo de giro directo se</p>

<p>recursos de UPC destinados para el pago de servicios de salud.</p>	<p>aplicará a las Entidades Promotoras de Salud - EPS que no cumplan las normas de habilitación financiera, o se encuentren en medidas de vigilancia especial, intervenidas o en liquidación.</p> <p>Con el fin de garantizar el adecuado flujo de recursos financieros bajo el mecanismo de giro directo, el Gobierno Nacional determinará el porcentaje máximo de la UPC que debe ser girado directamente por parte de la ADRES a los prestadores y proveedores de tecnologías y servicios en salud, de acuerdo con la concentración de cartera de la respectiva Entidad Promotora de Salud - EPS y el porcentaje de UPC destinado para gastos de administración.</p> <p>Los recursos objeto del giro directo serán computados dentro de la inversión que soporta la reserva técnica que deben hacer las Entidades Promotoras de Salud - EPS.</p>	<p>aplicará a las Entidades Promotoras de Salud - EPS que no cumplan las normas de habilitación financiera, o se encuentren en medidas de vigilancia especial, intervenidas o en liquidación.</p> <p>Con el fin de garantizar el adecuado flujo de recursos financieros bajo el mecanismo de giro directo, el Gobierno Nacional determinará el porcentaje máximo de la UPC que debe ser girado directamente por parte de la ADRES a los prestadores y proveedores de tecnologías y servicios en salud, de acuerdo con la concentración de cartera de la respectiva Entidad Promotora de Salud - EPS y el porcentaje de UPC destinado para gastos de administración.</p> <p>Los recursos objeto del giro directo serán computados dentro de la inversión que soporta la reserva técnica que deben hacer las Entidades Promotoras de Salud - EPS”.</p>
<p>CAPÍTULO VI. MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS.</p>	<p>N/A</p>	<p>CAPÍTULO VI. MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS.</p>
<p>Artículo 21. Modelo de Atención en Salud. El Sistema de Salud colombiano</p>		<p>Artículo 10. Modelo de Atención en Salud. El Sistema de Salud en el marco</p>

<p>en el marco del SGSS, se desarrollará con base en la estrategia de la Atención integral Primaria en Salud (APS) renovada con enfoque de salud familiar y comunitaria, orientado hacia la promoción de la salud y la gestión integral del riesgo en salud, operativizado por medio de rutas integrales de atención y a través de redes integradas e integrales de servicios en salud.</p> <p>Toda persona estará adscrito a un prestador primario y a un médico con enfoque de familia y comunidad altamente resolutivo, de su libre elección, ubicado cerca al lugar de residencia o trabajo, de acuerdo con la reglamentación que el Ministerio de Salud y Protección expida.</p> <p>Parágrafo primero. Para la población ubicada en los municipios categoría 4-5 y 6 y la población ubicada en zonas de estrato 1 de los demás municipios y distritos, el estado financiará los equipos de atención comunitaria ejercida por un promotor de salud quienes, tendrán como responsabilidad la identificación de las condiciones de salud de la población asignada, la caracterización de la</p>		<p>del SGSS, se desarrollará con base en la estrategia de la Atención integral Primaria en Salud (APS) renovada con enfoque de salud familiar y comunitaria, orientado hacia la promoción de la salud y la gestión integral del riesgo en salud, operativizado por medio de rutas integrales de atención y a través de redes integradas e integrales de servicios en salud.</p> <p>Toda persona podrá adscribirse a un prestador primario y a un médico con enfoque de familia y comunidad altamente resolutivo, de su libre elección, ubicado cerca al lugar de residencia o trabajo, de acuerdo con la reglamentación que el Ministerio de Salud y Protección expida.</p> <p>La coordinación de la atención individual primaria y complementaria estará a cargo de las EPSs y deberá ser ejecutada de manera integrada por los diferentes miembros de su red de servicios.</p> <p><u>Para garantizar la atención primaria en salud se deberá tener actualizada la Historia Clínica Electrónica Interoperable, que trata la Ley</u></p>
---	--	--

<p>población, el hogar y el territorio, la identificación de riesgos, serán el primer contacto de los usuarios, sus familias y la comunidad con el sistema de salud la capacitación y educación de las familias y será responsable de hacer la demanda inducida. En estas zonas se podrá disponer de equipos básicos extramurales en salud que complementarán la atención en territorio que serán financiados por el estado y cofinanciados por las EPSs.</p> <p>Parágrafo segundo. La coordinación de la atención individual primaria y complementaria estará a cargo de las EPSs y deberá ser ejecutada de manera integrada por los diferentes miembros de su red de servicios.</p>		<p><u>2015 de 2020, de cada uno de los afiliados al sistema.</u></p>
<p>Artículo 22. Modelo de atención diferencial. El aseguramiento y la prestación de servicios de salud en zonas territoriales que cuenten con cualquiera de las siguientes características: baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, presencia significativa de poblaciones étnicas, limitado mercado de servicios, difícil accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, se</p>		<p>Se propone su eliminación pues su contenido ya se incluyó en otro artículo.</p>

<p>podrán desarrollar a través de modelos de atención diferenciados que se ajusten a las características territoriales (rural y rural dispersos) y poblacionales.</p>		
<p>Artículo 23. Redes integrales e integradas de prestación de servicios de salud. Las Redes Integrales se conformarán de acuerdo con las necesidades en salud de la población que habita en un territorio específico y los servicios habilitados en el mismo por prestadores de naturaleza pública, privada o mixta con funciones diferenciadas pero integradas bajo un modelo de atención y la interoperabilidad de la información a lo largo del Sistema.</p> <p>Las redes se gestionarán bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, acceso efectivo y calidad en los servicios de salud, con una atención oportuna, continua, integral y resolutiva de las necesidades y contingencias que se puedan presentar en materia de salud.</p> <p>Parágrafo primero. Las EPSs deberán reportar al Ministerio de Salud y Protección Social, a través del módulo de redes del Registro Especial de</p>	<p>ARTÍCULO 4. Modifíquese el artículo 13 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:</p> <p>“ARTÍCULO 13. REDES DE SERVICIOS. La prestación y provisión de los servicios y tecnologías no excluidos del Plan de Beneficios en Salud, será organizada por la respectiva entidad aseguradora, en redes integrales e integradas, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas y estarán organizadas territorialmente de acuerdo con las necesidades de la población y las condiciones geográficas de acceso en cada territorio.”</p>	<p>Artículo 11. Modifíquese el artículo 13 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:</p> <p>“Artículo 13. <u>Redes integrales e integradas de prestación de servicios de salud.</u> La prestación y provisión de los servicios y tecnologías no excluidos del Plan de Beneficios en Salud, será organizada y coordinada por la respectiva entidad aseguradora, en redes integrales e integradas, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas y estarán organizadas territorialmente de acuerdo con las necesidades de la población y las condiciones geográficas de acceso en cada territorio.</p> <p>Las redes se gestionarán bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, acceso efectivo y calidad en los servicios de salud, con una atención oportuna, continua, integral y resolutiva de las necesidades y contingencias que se puedan presentar en materia de salud.</p>

<p>Prestadores de Salud REPS, la información actualizada del Prestador Primario al cual se encuentra adscrito cada uno de sus afiliados, al igual que los prestadores complementarios de servicios de salud y las unidades funcionales que conforman la red integral de prestadores de servicios de salud.</p> <p>Parágrafo segundo. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá indicadores para el monitoreo y seguimiento de las redes integrales e integradas de prestación de servicios de salud, los cuales servirán de insumo para el diseño de estímulos de resultados a dichas Redes.</p>		<p>Parágrafo primero. Las EPSs deberán reportar al Ministerio de Salud y Protección Social, a través del módulo de redes del Registro Especial de Prestadores de Salud REPS, la información actualizada del Prestador Primario al cual se encuentra adscrito cada uno de sus afiliados, al igual que los prestadores complementarios de servicios de salud y las unidades funcionales que conforman la red integral de prestadores de servicios de salud.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá indicadores para el monitoreo y seguimiento de las redes integrales e integradas de prestación de servicios de salud, los cuales servirán de insumo para el diseño de estímulos de resultados a dichas Redes.</p>
<p>Artículos 24. Conformación de las Redes. Corresponde a las Entidades Promotoras de Salud - EPS la conformación, organización y gestión de las redes integradas e integrales de Salud, con las que garantizarán el acceso, la atención adecuada y la obtención de resultados en salud a la población inscrita a ellas.</p>	<p>N/A</p>	<p>Se propone su eliminación.</p>

<p>Las Entidades Promotoras de Salud - EPS deben garantizar la suficiencia de la red para prestar los servicios con calidad, desde la promoción hasta la paliación y dando cumplimiento a lo establecido en las diferentes Rutas de Atención Integral en Salud - RIAS, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social deberá definir, dentro de los (6) seis meses siguientes a la expedición de la presente ley, los procesos, procedimientos y criterios de organización de servicios a nivel municipal, distrital, departamental y nacional que se observarán para la habilitación de redes de servicios de salud.</p> <p>Cualquier modificación a la red inicialmente habilitada deberá ser informada por la Entidad Promotora de Salud - EPS, en los términos y tiempos que establezcan en el procedimiento de habilitación.</p> <p>Parágrafo primero. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá realizar y publicar un estudio de suficiencia de la capacidad de oferta de servicios en cada uno de los territorios, el cual</p>		
--	--	--

<p>deberá ser actualizado como mínimo cada dos (2) años y será la base para los procesos de conformación, habilitación y mantenimiento de las Redes.</p>		
<p>Artículo 25. Prestador Primario. El prestador primario es el componente básico del servicio de salud que velará por la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en individuos, familias y comunidad, con capacidad resolutive para atender la mayor parte de los eventos en salud, para lo cual contará con la capacidad humana, técnica, tecnológica, administrativa y financiera suficiente.</p> <p>Los prestadores primarios en lo ambulatorio, contarán con el apoyo de especialistas en medicina familiar y comunitaria y especialidades básicas, otras profesiones relacionadas con el servicio de salud, apoyo diagnóstico y terapéutico, y tecnologías necesarias para la atención de la población a su cargo y en los servicios de atención extramural contará con servicios de telesalud, equipos móviles de atención, atención domiciliaria tanto ambulatoria como hospitalaria, de manera que</p>	<p>N/A</p>	<p>Artículo 12. Prestador Primario. El prestador primario es el componente básico del servicio de salud que velará por la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación paliación en individuos, familias y comunidad, con capacidad resolutive para atender la mayor parte de los eventos en salud, para lo cual contará con la capacidad humana, técnica, tecnológica, administrativa y financiera suficiente.</p> <p>Los prestadores primarios en lo ambulatorio, contarán con el apoyo de especialistas en medicina familiar y comunitaria y especialidades básicas, otras profesiones relacionadas con el servicio de salud, apoyo diagnóstico y terapéutico, y tecnologías necesarias para la atención de la población a su cargo y en los servicios de atención extramural contará con servicios de telesalud, equipos móviles de atención, atención domiciliaria tanto ambulatoria como hospitalaria, de manera que</p>

<p>se garantice el acceso oportuno de la atención.</p>		<p>se garantice el acceso oportuno de la atención.</p>
<p>Artículo 26. Prestadores Complementarios. Los prestadores complementarios son aquellos prestadores con capacidad para atender el manejo de enfermedades y condiciones que requieran aporte continuo de mediana y alta complejidad, ambulatorio, de internación y ejecución de procedimientos quirúrgicos. Deberán garantizar la integralidad de la atención y su complementariedad a través del sistema de referencia y contrarreferencia dentro de la Red Integrada e Integral de Servicios de Salud definida.</p>		<p>Artículo 13. Prestadores Complementarios. Los prestadores complementarios son aquellos prestadores con capacidad para atender el manejo de enfermedades y condiciones que requieran aporte continuo de mediana y alta complejidad, ambulatorio, de internación y ejecución de procedimientos quirúrgicos. Deberán garantizar la integralidad de la atención y su complementariedad a través del sistema de referencia y contrarreferencia dentro de la Red Integrada e Integral de Servicios de Salud definida.</p>
<p>Artículo 27. Centros de Excelencia. Los Centros de Excelencia son prestadores complementarios que pueden ser prestadores independientes o subredes de atención que se caracterizan por su capacidad de integrar la asistencia, la investigación y la docencia alrededor de la enfermedad o conjuntos de enfermedades que requieran de alto aporte en tecnología y especialización médica.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá y reglamentará, dentro de los seis (6) meses a</p>		<p>Se propone su eliminación.</p>

<p>partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, los grupos de enfermedad o procedimientos que para su manejo requieran la incorporación de Centros de Excelencia, así como los regímenes de transición para su creación y habilitación.</p>		
<p>Artículo 28. Empresas Sociales del Estado. Los hospitales públicos continuarán funcionando como Empresas Sociales del Estado ESE. Los hospitales públicos en territorios no certificados y los certificados que lo consideren pertinente, podrán emprender procesos de integración estructural de varias ESE, en una única razón social a cargo del departamento, distritos, municipios o de asociación de municipios. Los procesos de integración funcional mediante diversos tipos de acuerdos de voluntades podrán mantener la figura de las ESE individuales con diversas razones sociales. En cualquier caso, su configuración corresponderá a redes regionales de salud definidas en la presente Ley. Al interior de cada red regional, existiría una organización por micro territorios y la disposición de redes de prestadores primarios y de estos con</p>		<p>Se propone su eliminación.</p>

<p>prestadores complementarios.</p> <p>Parágrafo primero. Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, y la Ley 1996 de 2019 en su artículo 8, las ESE que no tengan sostenibilidad financiera por dificultades administrativas o técnicas, deberán reestructurarse, fusionarse o adoptar otros mecanismos para alcanzar la viabilidad financiera y de servicios.</p> <p>Parágrafo segundo. Si la venta de servicios por condiciones del mercado no financia la prestación de servicios de salud, las ESEs podrán recibir subsidios de oferta.</p>		
<p>Artículo 29. Tipologías de las Empresas Sociales del Estado. Las características de las ESE deben ser establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social con base en los siguientes elementos:</p> <p>25.1. Modelos tipo de hospitales, de acuerdo con la población a atender, su dispersión geográfica, la oferta de servicios, el portafolio de servicios, la frecuencia de uso, las condiciones de mercados, entre otros.</p> <p>25.2. Determinación de los recursos humanos, físicos y tecnológicos, por tipo de</p>		<p>Se propone su eliminación.</p>

<p>hospital.</p> <p>25.3 Determinación de régimen presupuestal acorde con los ingresos, costos, gastos, recaudo, cartera, inversiones y demás relacionados.</p> <p>25.4. Modelos de evaluación de servicios, financiera de gestión, calidad y resultados en salud por tipo de hospital.</p> <p>25.5. Planta de Cargos.</p> <p>Parágrafo. Los perfiles de los gerentes de las ESEs se definirán según la tipología expuesta en el presente artículo.</p>		
<p>Artículo 30. Modifíquese el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016, el cual quedará así Nombramiento de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado. Los Gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial serán nombrados según el perfil del gerente según la tipología de la ESE, a través de concurso de méritos adelantado por la Comisión Nacional del Servicio Civil, por periodo institucional de cuatro (4) años. El nombramiento se realizará en los términos del artículo 72 de la Ley 1438 de 2011.</p> <p>En el nivel nacional los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por el</p>		<p>Artículo 14. Modifíquese el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016, el cual quedará así Nombramiento de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado. Los Gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial serán nombrados según el perfil del gerente según la tipología de la ESE, a través de concurso de méritos adelantado por la Comisión Nacional del Servicio Civil, por periodo institucional de cuatro (4) años. El nombramiento se realizará en los términos del artículo 72 de la Ley 1438 de 2011.</p> <p>En el nivel nacional los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado</p>

<p>Presidente de la República, dentro de los tres (3) meses siguientes a su posesión, adelantar los nombramientos regulados en el presente artículo, previa verificación del cumplimiento de los requisitos del cargo establecidos en las normas correspondientes y evaluación de las competencias que señale el Departamento Administrativo de la Función Pública. Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados para periodos institucionales de cuatro (4) años, el cual empezará con la posesión y culminará tres (3) meses después del inicio del periodo institucional del Presidente de la República, Dentro de dicho periodo, solo podrán ser retirados del cargo con fundamento en una evaluación insatisfactoria del plan de gestión, evaluación que se realizará en los términos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y las normas reglamentarias, por destitución o por orden judicial.</p>		<p>serán nombrados por el Presidente de la República, dentro de los tres (3) meses siguientes a su posesión, adelantar los nombramientos regulados en el presente artículo, previa verificación del cumplimiento de los requisitos del cargo establecidos en las normas correspondientes y evaluación de las competencias que señale el Departamento Administrativo de la Función Pública. Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados para periodos institucionales de cuatro (4) años, el cual empezará con la posesión y culminará tres (3) meses después del inicio del periodo institucional del Presidente de la República, Dentro de dicho periodo, solo podrán ser retirados del cargo con fundamento en una evaluación insatisfactoria del plan de gestión, evaluación que se realizará en los términos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y las normas reglamentarias, por destitución o por orden judicial.</p>
<p>Artículo 31. Fortalecimiento de las Empresas Sociales del Estado. El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con el</p>		<p>Se propone su eliminación.</p>

<p>ministerio de hacienda y el departamento nacional de planeación, desarrollará y financiará el plan decenal de fortalecimiento y modernización de las Empresas Sociales del Estado.</p>		
<p>CAPITULO VII. TALENTO HUMANO EN SALUD</p>	<p>N/A</p>	<p>CAPITULO VI. TALENTO HUMANO EN SALUD</p>
<p>Artículo 32. Sistema de información para la gestión, planificación y formación del Talento Humano en Salud. El Gobierno Nacional, en un plazo no mayor a un año a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, deberá tener un sistema interoperable de información del Talento Humano en Salud, haciendo uso del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud - ReTHUS, el Servicio Social Obligatorio (SSO) y las residencias médicas, con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), el Sistema de Información para la Protección Social (SISPRO), el Sistema Nacional de Educación Superior (SNIES), Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (SACES) y el Sistema de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (SIET) del Ministerio de Educación Nacional, con el fin</p>		<p>Se propone su eliminación.</p>

<p>de desarrollar la política nacional del Talento Humano en Salud.</p>		
<p>Artículo 33. Oferta de programas de especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina. Las Instituciones de Educación Superior IES que ofrezcan especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio en el marco del Sistema Nacional de Residentes, recibirán incentivos para el establecimiento de compromisos de formación de especialistas de acuerdo con el análisis disponibilidad del Talento Humano en Salud en el territorio nacional. El Gobierno Nacional diseñará los incentivos para las Instituciones de Educación Superior y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio.</p>		<p>Se propone su eliminación.</p>
<p>Artículo 34. Prohibición de tercerización laboral para el Talento Humano en Salud. El personal requerido en toda institución o empresa pública o privada que preste servicios en salud para el desarrollo de actividades misionales permanentes, no podrá estar</p>	<p>ARTÍCULO 9. SALARIOS DEL PERSONAL EN SALUD. El Gobierno Nacional establecerá un piso mínimo de salarios para el personal médico en salud, que tendrá un escalafón por grado de especialización. Cada año el piso aumentará</p>	<p>Artículo 15. Talento Humano en Salud. El Gobierno Nacional establecerá un piso mínimo de salarios para el personal médico en salud, que tendrá un escalafón por grado de especialización. Cada año el piso aumentará como mínimo la inflación de</p>

<p>vinculado a través de figuras que hagan intermediación laboral. Conforme a lo anterior, el personal asistencial, deberá ser contratado bajo un contrato laboral con todos los requisitos contemplados en el Código Sustantivo del Trabajo.</p>	<p>como mínimo la inflación de final de año, y será costeadado con una parte de la Unidad de Pago por Capitación-UPC.</p>	<p>final de año, y será costeadado con una parte de la Unidad de Pago por Capitación-UPC.</p> <p>En todo caso, el personal requerido en toda institución o empresa pública o privada que preste servicios en salud para el desarrollo de actividades misionales permanentes, no podrá estar vinculado a través de figuras que hagan intermediación laboral. Conforme a lo anterior, el personal asistencial, deberá ser contratado bajo un contrato laboral con todos los requisitos contemplados en el Código Sustantivo del Trabajo.</p>
<p>CAPITULO VIII. FINANCIACIÓN</p>		<p>CAPITULO VI. FINANCIACIÓN Y <u>OTRAS</u> <u>DISPOSICIONES.</u></p>
<p>Artículo 35. Creación y objeto del Fondo de Garantías del Sector Salud. Créase el Fondo de Garantías del Sector Salud como una entidad del nivel descentralizado, de naturaleza única, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente, sometida al derecho público y vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo</p>		<p>Artículo 16. Creación y objeto del Fondo de Garantías del Sector Salud. Créase el Fondo de Garantías del Sector Salud como una entidad del nivel descentralizado, de naturaleza única, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente, sometida al derecho público y vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo</p>

<p>con su objeto y naturaleza. Deberán inscribirse obligatoriamente en el Fondo, las EPS y de forma voluntaria los prestadores de servicios y otros proveedores de servicios y tecnologías en salud.</p> <p>El Fondo tiene por objeto garantizar la continuidad de prestación de servicios de salud al usuario cuando esta pueda verse amenazada por la imposibilidad de pago de obligaciones por parte de las EPSs o prestadores de servicios como resultado de problemas financieros.</p> <p>Parágrafo primero. Las operaciones del Fondo se regirán por esta Ley, por las normas del derecho privado y por el reglamento que expida el Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley</p> <p>Parágrafo segundo. El Gobierno Nacional reglamentará, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, las condiciones de amparo del seguro de acreencias para las IPS y proveedores de servicios y tecnologías en salud, con el fin de cubrir el pago de las obligaciones en los montos que se definan, garantizando en todo momento que exista</p>		<p>con su objeto y naturaleza. Deberán inscribirse obligatoriamente en el Fondo, las EPS y de forma voluntaria los prestadores de servicios y otros proveedores de servicios y tecnologías en salud.</p> <p>El Fondo tiene por objeto garantizar la continuidad de prestación de servicios de salud al usuario cuando esta pueda verse amenazada por la imposibilidad de pago de obligaciones por parte de las EPSs o prestadores de servicios como resultado de problemas financieros.</p> <p>Parágrafo 1. Las operaciones del Fondo se regirán por esta Ley, por las normas del derecho privado y por el reglamento que expida el Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley.</p> <p>Parágrafo 2. El Gobierno Nacional reglamentará, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, las condiciones de amparo del seguro de acreencias para las IPS y proveedores de servicios y tecnologías en salud, con el fin de cubrir el pago de las obligaciones en los montos que se definan,</p>
---	--	--

<p>un riesgo asegurable para el Fondo.</p>		<p>garantizando en todo momento que exista un riesgo asegurable para el Fondo.</p>
<p>Artículo 36. Órganos de Dirección y Administración. Son órganos de dirección y administración del Fondo de Garantías de Sector Salud: la Junta Directiva y el director.</p> <p>La Junta Directiva estará compuesta por cinco (5) miembros, así: el Ministro de Salud y Protección Social o su delegado quien la presidirá, un (1) delegado del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, un (1) representante designado por el presidente de la República, el director de la ADRES o su delegado. El director será designado por el presidente de la República.</p>		<p>Se propone su eliminación.</p>
<p>Artículo 37. Funciones del Fondo de Garantías del Sector Salud. Para desarrollar el objeto el Fondo tendrá las siguientes funciones:</p> <p>35.1 Servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial que permita el acceso a crédito y otras formas de financiamiento.</p> <p>35.2 En los casos de intervención ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud, designar el liquidador, el agente especial o el administrador temporal</p>		<p>Se propone su eliminación.</p>

<p>de la respectiva entidad y al revisor fiscal, así como efectuar el seguimiento sobre la actividad de los mismos.</p> <p>35.3 Apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y de reorganización de las entidades afiliadas para lo cual podrá participar transitoriamente en el capital y en los órganos de administración de tales entidades, en cuyo caso el régimen laboral de los empleados de las entidades no se modificará.</p> <p>35.4 Definir y recaudar el pago de la prima del seguro de acreencias para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.</p> <p>35.5 Desarrollar análisis de riesgos financieros para efectos de informar a la Superintendencia Nacional de Salud cuando considere que existen situaciones en las cuales algunas entidades afiliadas ponen en peligro la confianza del aseguramiento en salud o incumplen cualquiera de las obligaciones previstas en la Ley, para que la superintendencia tome las medidas que le corresponden.</p> <p>35.6 Las demás operaciones que autorice el Gobierno Nacional en el marco de su objeto.</p> <p>Parágrafo primero. Las condiciones para la</p>		
--	--	--

<p>participación del Fondo en el capital o patrimonio de las EPS serán las previstas en el estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás normas aplicables para el caso del Fondo de Garantías de Instituciones Financieras - FOGAFÍN y el Fondo de Garantías de Entidades Cooperativas FOGACOOOP.</p> <p>Parágrafo segundo. En el caso de las entidades cooperativas, mutuales, las cajas de compensación y en general las entidades sin ánimo de lucro, el máximo órgano social de las entidades, por solicitud de la Superintendencia Nacional de Salud, podrán disponer la conversión de la entidad en una sociedad de carácter comercial, en circunstancias excepcionales.</p> <p>Parágrafo tercero. El Fondo gozará de las siguientes prerrogativas: a) para todos los efectos tributarios será considerado como establecimiento público; b) estará exento del gravamen a los movimientos financieros, registro y anotación e impuestos nacionales diferentes al impuesto sobre las ventas, no cedidos a entidades territoriales; c) Igualmente, estará exento de inversiones forzosas.</p>		
--	--	--

<p>Artículo 38. Fuentes de recursos del Fondo de Garantías del Sector Salud. El Fondo recaudará y administrará los siguientes recursos para el desarrollo de su objeto en relación con las entidades afiliadas y al pago de los pasivos a su cargo, a saber:</p> <p>36.1. El producto de los derechos de afiliación obligatoria de las EPS y prestadores de cualquier naturaleza, que se causarán por una vez al año y serán fijados por la Junta Directiva del Fondo.</p> <p>36.2. Las primas que deben pagar las EPS y prestadores afiliados en razón del seguro de acreencias de IPS fijados por la Junta Directiva del Fondo.</p> <p>36.3. Los beneficios, comisiones, honorarios, intereses y rendimientos que generen las operaciones que efectúe el Fondo.</p> <p>36.4. El producto de la recuperación de activos del Fondo.</p> <p>36.5. El producto de préstamos internos y externos.</p> <p>36.6. Las demás que obtenga a cualquier título, con aprobación de su Junta Directiva.</p>		Se propone su eliminación.
<p>Artículo 39 Régimen de Insolvencia: A las Entidades</p>		Se propone su eliminación.

<p>Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se les aplicarán las reglas del régimen de insolvencia empresarial establecidas en la Ley 1116 de 2006, previa armonización mediante regulación que expida el Gobierno Nacional.</p>		
<p>CAPÍTULO IX. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y MEDIDAS ANTIEVASIÓN</p>		<p>Se propone su eliminación.</p>
<p>Artículo 40. Regulación de Conglomerados Empresariales del Sector Salud. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá a cargo la regulación de todas las empresas que manejen recursos de la UPC y de sus holdings en lo concerniente al uso de los recursos de la UPC. Definirá los requerimientos de capital y autorizará las inversiones que hagan en otras empresas del sector salud, buscando reducir el riesgo endógeno y su transmisión a lo largo del sector. Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud expedirán, en un plazo no mayor a un año, la reglamentación correspondiente.</p>		<p>Se propone su eliminación.</p>

<p>Artículo 41. Medidas Anti-Evasión y Elusión. La Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) y la DIAN articularán los diferentes sistemas de información y adelantarán de forma conjunta y articulada medidas persuasivas y sancionatorias de acuerdo con la normativa vigente, con el fin de controlar la evasión y elusión en el Sistema de Salud.</p>		<p>Se propone su eliminación.</p>
<p>CAPÍTULO X. OTRAS DISPOSICIONES</p>	<p>Se propone su eliminación.</p>	
<p>Artículo 42. Periodo de transición. Después de la entrada en vigencia de la presente ley, el Gobierno Nacional y los demás actores competentes tendrán hasta tres (3) años de transición para la puesta en marcha del Modelo de Atención con los equipos de atención comunitaria, equipos extramurales los centros de atención primaria y las Redes de Prestación de Servicio.</p>		<p>Artículo 17. Periodo de transición. Después de la entrada en vigencia de la presente ley, el Gobierno Nacional y los demás actores competentes tendrán hasta tres (3) años de transición para la puesta en marcha del Modelo de Atención <u>previsto en la presente ley.</u> con los equipos de atención comunitaria, equipos extramurales los centros de atención primaria y las Redes de Prestación de Servicio.</p>
<p>Artículo 43. Vigencia y derogatorias. La presente Ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.</p>	<p>ARTÍCULO 10 - VIGENCIA Y DEROGATORIAS. La presente Ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.</p>	<p>Artículo 18. Vigencia y derogatorias. La presente Ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.</p>

VIII. CONFLICTO DE INTERESES.

Dando alcance a lo establecido en el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, “*Por la cual se modifica parcialmente la Ley 5 de 1992*”, se hacen las siguientes consideraciones a fin de describir las circunstancias o eventos que podrían generar conflicto de interés en la discusión y votación de la presente iniciativa legislativa, de conformidad con el artículo 286 de la Ley 5 de 1992, modificado por el artículo 1 de la Ley 2003 de 2019, a cuyo tenor reza:

“Artículo 286. Régimen de conflicto de interés de los congresistas. Todos los congresistas deberán declarar los conflictos de intereses que pudieran surgir en ejercicio de sus funciones.

Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.

- a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.*
- b) Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.*
- c) Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil. (...)*

Sobre este asunto la Sala Plena Contenciosa Administrativa del Honorable Consejo de Estado en su sentencia 02830 del 16 de julio de 2019, M.P. Carlos Enrique Moreno Rubio, señaló que:

“No cualquier interés configura la causal de desinvestidura en comento, pues se sabe que sólo lo será aquél del que se pueda predicar que es directo, esto es, que per se el alegado beneficio, provecho o utilidad encuentre su fuente en el asunto que fue conocido por el legislador; particular, que el mismo sea específico o personal, bien para el

congresista o quienes se encuentren relacionados con él; y actual o inmediato, que concurra para el momento en que ocurrió la participación o votación del congresista, lo que excluye sucesos contingentes, futuros o imprevisibles. También se tiene noticia que el interés puede ser de cualquier naturaleza, esto es, económico o moral, sin distinción alguna”.

Por lo anterior, se estima que este proyecto de ley no genera conflictos de interés para su discusión y votación, toda vez que se trata de un proyecto de carácter general que no crea un beneficio o perjuicio particular, actual y directo. No obstante lo anterior, es menester precisar que la descripción de los posibles conflictos de interés que se puedan presentar frente al trámite o votación del presente Proyecto de Ley, conforme a lo dispuesto en el artículo 291 de la Ley 5 de 1992 modificado por la Ley 2003 de 2019, no exime al Congresista de identificar causales adicionales en las que pueda estar inmerso.

IX. PROPOSICIÓN

En virtud de las anteriores consideraciones y en cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley 5ª de 1992, presentamos ponencia positiva y en consecuencia solicitamos a la los miembros de la Honorable Comisión Primera del Senado de la República **dar primer debate al Proyecto de Ley Estatutaria No. 05 de 2023 Senado** *“Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a ajustar y fortalecer el sistema general de seguridad social en salud, garantizar a toda la población el derecho fundamental a la salud consagrado en la ley 1751 de 2015, mejorar los resultados en salud, aumentar la satisfacción del usuario y garantizar la sostenibilidad del sistema de salud”*, acumulado con el **Proyecto de Ley Estatutaria No. 086 de 2023 Senado** *“Por la cual se modifica la Ley 1751 de 2015 y se dictan otras disposiciones en materia de salud y seguridad social en salud”*, de conformidad con el pliego de modificaciones propuesto.

Cordialmente,



**CARLOS FERNANDO MOTOA
SOLARTE**

Coordinador Ponente

Nota Aclaratoria: Se deja constancia adjunta a la ponencia.



PALOMA VALENCIA LASERNA
Coordinadora Ponente

Nota Aclaratoria: Dejo constancia de que no comparto el contenido de los artículos 10 (Modelo de Atención en Salud), 12 (Prestadores Primarios) y 13 (Prestadores Complementarios).

**X. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE EN LA COMISIÓN PRIMERA
DEL SENADO DE LA REPÚBLICA.**

**PROYECTO DE LEY No. 05 DE 2023 SENADO ACUMULADO CON EL PROYECTO
DE LEY No. 086 DE 2023 SENADO “POR MEDIO DE LA CUAL SE MODIFICA LA
LEY 1751 DE 2015 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES ORIENTADAS A
FORTALECER EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD”.**

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA

**CAPÍTULO I.
DISPOSICIONES GENERALES.**

Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto modificar la Ley 1751 de 2015 para garantizar el derecho fundamental a la salud, fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, mejorar sus resultados, aumentar la satisfacción del usuario y del talento humano en salud, así como garantizar la sostenibilidad del sistema.

Artículo 2. Modifíquese el artículo 4 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:

“Artículo 4. Sistema General de Seguridad Social en Salud. Es el conjunto articulado y armónico de principios, normas, políticas públicas, instituciones públicas, privadas y mixtas, competencias y procedimientos, facultades, obligaciones, derechos y deberes, financiamiento, controles, información y evaluación que el Estado dispone para garantizar el derecho fundamental a la salud, la gestión integral del riesgo en salud y del riesgo financiero.

Este sistema deberá coordinarse con las políticas públicas que afectan o intervienen los determinantes sociales de la salud”.

Artículo 3. Adiciónense los literales k), l), m), n) y o) al artículo 5 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:

“Artículo 5. Obligaciones del Estado. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:

(...)

- k) Garantizar el derecho de los ciudadanos a elegir libremente entre las diferentes entidades encargadas del aseguramiento y de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, las cuales serán públicas, privadas o mixtas.
- l) Ajustar cada año con fundamento en la información de la vigencia anterior el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que reciban las entidades encargadas del aseguramiento y de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, para garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud, para lo cual deberá tener en cuenta, como factores de riesgo, las condiciones en salud de los individuos, los factores socio-demográficos y de zona geográfica.
- m) Garantizar, a las aseguradoras y/o prestadoras, el pago oportuno de los recursos derivados de la prestación de los servicios y tecnologías excluidos del Plan de Beneficios en Salud.
- n) Adoptar medidas tendientes a garantizar la equidad en la salud de los habitantes de las zonas marginadas o de baja densidad poblacional, en cada territorio, de acuerdo con sus condiciones geográficas, sociodemográficas, culturales, necesidades en salud, las capacidades de atención y las condiciones de acceso a los servicios de salud.
- o) Garantizar la atención primaria en salud, entendida como la estrategia transversal que permite lograr el acceso efectivo de todos los colombianos al sistema de salud y una herramienta de la gestión de riesgo que busca garantizar la atención e intervenciones que cada uno requiere o necesita. La atención primaria se desarrollará de manera articulada con los actores del sistema, la comunidad y las entidades del territorio con un enfoque de salud familiar y comunitaria y responderá a las características y necesidades del individuo, comunidades, población y el territorio además de las características sociales y culturales de cada uno de ellos.”

Artículo 4. Adiciónese el literal o) al artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:

“Artículo 6. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

(...)

- o) Territorialización. El Estado deberá garantizar y promover que el Sistema de Salud, desde las acciones promocionales, pasando por el aseguramiento del riesgo y la operación de redes hasta la prestación del servicio de salud, tendrá como principio la territorialización, esto es, el reconocimiento de las distintas interacciones que se dan entre las personas y comunidades con sus espacios geográficos y determinantes sociales en salud, más allá de las fronteras político-administrativas”.

CAPÍTULO II GOBERNANZA Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

Artículo 5. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Créase el Consejo Nacional de Seguridad Social en salud que tendrá por objeto recomendar la adopción e implementación de las políticas públicas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, definir la evaluación de las políticas de salud pública, aseguramiento, atención en salud, talento humano, calidad e investigación en salud y proponer los ajustes de la política pública en salud que considere pertinentes.

El Consejo Nacional de Seguridad Social, estará conformado por quince (15) miembros, así:

1. Un representante designado por la Academia Nacional de Medicina.
2. Un representante de la Asociación de Sociedades Científicas.
3. Un representante de las facultades de medicina, elegido por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.
4. Un representante designado por las Asociaciones de Pacientes.

5. Un representante designado por las Asociaciones de Usuarios.
6. Un representante de las entidades territoriales del orden departamental, distrital y municipal.
7. Un representante de las Direcciones Municipales de Salud.
8. un representante de los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud públicos y mixtos.
9. Un representante de los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud privados, designado por las agremiaciones y asociaciones que los congreguen.
10. Un representante de las Entidades Promotoras de Salud.
11. Un representante de los trabajadores de la salud elegido por las organizaciones sindicales.
12. Un representante de los empleadores elegido por las asociaciones que los agrupa
13. El Ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quién lo presidirá.
14. El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.
15. El Director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado.

Parágrafo. El Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente Ley definirá las funciones y el mecanismo de designación de los delegados señalados.

CAPÍTULO III

GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD - GIRS Y ASEGURAMIENTO.

Artículo 6. Gestión Integral del Riesgo en Salud. La gestión integral del riesgo en salud corresponde a la articulación y coordinación de los diferentes actores del sistema para

identificar, analizar, y clasificar los riesgos para la salud de los individuos, familias y comunidades, con el fin de intervenirlos de forma integral.

La Nación, las Entidades Territoriales, Entidades Promotoras de Salud - EPS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, Administradoras de Riesgos Laborales - ARL, los individuos y las familias son responsables de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, en aras de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, en los términos establecidos en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, lograr resultados en salud que contribuyan al bienestar de la población, con costos acordes a la sostenibilidad financiera del sistema.

Artículo 7. Modifíquese el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:

“Artículo 24. De la garantía de disponibilidad de servicios de salud en zonas marginadas, de baja densidad poblacional o difícil accesibilidad geográfica. El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud, en especial, en zonas marginadas, de baja densidad poblacional o difícil accesibilidad geográfica.

La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En estas zonas el Estado deberá adoptar medidas razonables, eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran.

El Gobierno Nacional determinará el modelo de aseguramiento y prestación de servicios de salud teniendo en cuenta los siguientes principios:

1. Reconocimiento de las condiciones geográficas, de acceso y capacidad de oferta en los ámbitos territoriales y de los diferentes grupos poblacionales que habitan en los mismos; así como la interculturalidad, prácticas tradicionales, alternativas y complementarias.
2. Un modelo de atención que podrá hacer uso del mecanismo de Asociaciones Público Privadas para la gestión del riesgo y prestación de servicios en salud en los términos de la Ley 1508 de 2012; en ellas podrán participar Instituciones de Educación Superior, con el fin de aportar a la formación y educación del Talento Humano en Salud y la transferencia de conocimientos.

3. Unas condiciones operativas, administrativas, técnicas y financieras bajo las cuales se regirán estas opciones.
4. Para efectos de la financiación del modelo, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá canalizar-los recursos de cooperación internacional destinados a dicho fin y determinará el porcentaje de recursos del Sistema General de Participaciones que las Entidades Territoriales deben destinar a la financiación de estos modelos.
5. Establecer el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC especial.
6. Establecer incentivos para el talento humano en salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS que presten sus servicios en estas zonas”.

Artículo 8. Unidad de Pago por Capitación- UPC. El Ministerio de Salud y Protección Social actualizará como mínimo una vez al año el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC. Si a 31 de diciembre de cada año el Ministerio no ha aprobado un incremento en el valor de la UPC, dicho valor se incrementará automáticamente en la inflación causada.

A partir del año 2024, para efectos del cálculo de la Unidad de Pago por Capitación, se adicionarán las condiciones de salud de la población, comportamiento epidemiológico, como factor de ajuste de riesgo individual, además de los factores sociodemográficos y de zona geográfica.

La Unidad de Pago por Capitación contemplará la financiación de todos los servicios y tecnologías en salud que se utilicen y prescriban en el país, a excepción de los relacionados directamente con la atención de las enfermedades huérfanas y los servicios sociales complementarios, para lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social deberá establecer las fuentes y los mecanismos de financiación.

Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social reconocerá un componente adicional de incentivos con base en la gestión y el resultado que se efectúe en el territorio por parte de las entidades promotoras de salud, de acuerdo con resultado en salud, que incluye metas de promoción y prevención, cumplimiento de rutas integrales e individuales, satisfacción del usuario, entre otros.

Parágrafo 1. Los recursos que se obtengan por el componente adicional deberán ser reconocidos de igual forma a la red de prestadores involucrada en la atención de la población.

Parágrafo 2. Dentro de los (6) seis meses siguientes a la vigencia de esta la ley, el Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, determinarán la metodología de cálculo de la UPC para el financiamiento del Plan de Beneficios en Salud a partir de un análisis actuarial, así como las fuentes de información, seguimiento y monitoreo a indicadores trazadores que sean necesarios.

Artículo 9. Modifíquese el artículo 10 de la Ley 1608 de 2013, el cual quedará así:

“Artículo 10. Giro Directo de EPS. El mecanismo de giro directo se aplicará a las Entidades Promotoras de Salud - EPS que no cumplan las normas de habilitación financiera, o se encuentren en medidas de vigilancia especial, intervenidas o en liquidación.

Con el fin de garantizar el adecuado flujo de recursos financieros bajo el mecanismo de giro directo, el Gobierno Nacional determinará el porcentaje máximo de la UPC que debe ser girado directamente por parte de la ADRES a los prestadores y proveedores de tecnologías y servicios en salud, de acuerdo con la concentración de cartera de la respectiva Entidad Promotora de Salud - EPS y el porcentaje de UPC destinado para gastos de administración.

Los recursos objeto del giro directo serán computados dentro de la inversión que soporta la reserva técnica que deben hacer las Entidades Promotoras de Salud - EPS.”

CAPÍTULO IV.

MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

Artículo 10. Modelo de Atención en Salud. El Sistema de Salud en el marco del SGSS, se desarrollará con base en la estrategia de la Atención integral Primaria en Salud (APS) renovada con enfoque de salud familiar y comunitaria, orientado hacia la promoción de la salud y la gestión integral del riesgo en salud, operativizado por medio de rutas integrales de atención y a través de redes integradas e integrales de servicios en salud.

Toda persona podrá adscribirse a un prestador primario y a un médico con enfoque de familia y comunidad altamente resolutivo, de su libre elección, ubicado cerca al lugar de

residencia o trabajo, de acuerdo con la reglamentación que el Ministerio de Salud y Protección expida.

La coordinación de la atención individual primaria y complementaria estará a cargo de las EPS y deberá ser ejecutada de manera integrada por los diferentes miembros de su red de servicios.

Para garantizar la atención primaria en salud se deberá tener actualizada la Historia Clínica Electrónica Interoperable, que trata la Ley 2015 de 2020, de cada uno de los afiliados al sistema.

Artículo 11. Modifíquese el artículo 13 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:

“Artículo 13. Redes integrales e integradas de prestación de servicios de salud. La prestación y provisión de los servicios y tecnologías no excluidos del Plan de Beneficios en Salud, será organizada y coordinada por la respectiva entidad aseguradora, en redes integrales e integradas, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas y estarán organizadas territorialmente de acuerdo con las necesidades de la población y las condiciones geográficas de acceso en cada territorio.

Las redes se gestionarán bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, acceso efectivo y calidad en los servicios de salud, con una atención oportuna, continua, integral y resolutive de las necesidades y contingencias que se puedan presentar en materia de salud.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá indicadores para el monitoreo y seguimiento de las redes integrales e integradas de prestación de servicios de salud, los cuales servirán de insumo para el diseño de estímulos de resultados a dichas Redes.”

Artículo 12. Prestador Primario. El prestador primario es el componente básico del servicio de salud que velará por la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación en individuos, familias y comunidad, con capacidad resolutive para atender la mayor parte de los eventos en salud, para lo cual contará con la capacidad humana, técnica, tecnológica, administrativa y financiera suficiente.

Los prestadores primarios en lo ambulatorio, contarán con el apoyo de especialistas en medicina familiar y comunitaria y especialidades básicas, otras profesiones relacionadas

con el servicio de salud, apoyo diagnóstico y terapéutico, y tecnologías necesarias para la atención de la población a su cargo y en los servicios de atención extramural contará con servicios de telesalud, equipos móviles de atención, atención domiciliaria tanto ambulatoria como hospitalaria, de manera que se garantice el acceso oportuno de la atención.

Artículo 13. Prestadores Complementarios. Los prestadores complementarios son aquellos prestadores con capacidad para atender el manejo de enfermedades y condiciones que requieran aporte continuo de mediana y alta complejidad, ambulatorio, de internación y ejecución de procedimientos quirúrgicos. Deberán garantizar la integralidad de la atención y su complementariedad a través del sistema de referencia y contrarreferencia dentro de la Red Integrada e Integral de Servicios de Salud definida.

Artículo 14. Modifíquese el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016, el cual quedará así:

“Artículo 20. Nombramiento de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado. Los Gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial serán nombrados según el perfil del gerente según la tipología de la ESE, a través de concurso de méritos adelantado por la Comisión Nacional del Servicio Civil, por periodo institucional de cuatro (4) años. El nombramiento se realizará en los términos del artículo 72 de la Ley 1438 de 2011.

En el nivel nacional los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por el Presidente de la República, dentro de los tres (3) meses siguientes a su posesión, adelantar los nombramientos regulados en el presente artículo, previa verificación del cumplimiento de los requisitos del cargo establecidos en las normas correspondientes y evaluación de las competencias que señale el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados para periodos institucionales de cuatro (4) años, el cual empezará con la posesión y culminará tres (3) meses después del inicio del periodo institucional del Presidente de la República. Dentro de dicho periodo, sólo podrán ser retirados del cargo con fundamento en una evaluación insatisfactoria del plan de gestión, evaluación que se realizará en los términos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y las normas reglamentarias, por destitución o por orden judicial.”

CAPITULO V. TALENTO HUMANO EN SALUD.

Artículo 15. Talento humano en Salud. El Gobierno Nacional establecerá un piso mínimo de salarios para el personal médico en salud, que tendrá un escalafón por grado de especialización. Cada año el piso aumentará como mínimo la inflación de final de año, y será costeadado con una parte de la Unidad de Pago por Capitación-UPC.

En todo caso, el personal requerido en toda institución o empresa pública o privada que preste servicios en salud para el desarrollo de actividades misionales permanentes, no podrá estar vinculado a través de figuras que hagan intermediación laboral. Conforme a lo anterior, el personal asistencial, deberá ser contratado bajo un contrato laboral con todos los requisitos contemplados en el Código Sustantivo del Trabajo.

CAPITULO VI. FINANCIACIÓN Y OTRAS DISPOSICIONES.

Artículo 16. Creación y objeto del Fondo de Garantías del Sector Salud. Créase el Fondo de Garantías del Sector Salud como una entidad del nivel descentralizado, de naturaleza única, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente, sometida al derecho público y vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con su objeto y naturaleza. Deberán inscribirse obligatoriamente en el Fondo, las EPS y de forma voluntaria los prestadores de servicios y otros proveedores de servicios y tecnologías en salud.

El Fondo tiene por objeto garantizar la continuidad de prestación de servicios de salud al usuario cuando esta pueda verse amenazada por la imposibilidad de pago de obligaciones por parte de las EPSs o prestadores de servicios como resultado de problemas financieros.

Parágrafo 1. Las operaciones del Fondo se regirán por esta Ley, por las normas del derecho privado y por el reglamento que expida el Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley.

Parágrafo 2. El Gobierno Nacional reglamentará, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, las condiciones de amparo del seguro de acreencias para las IPS y proveedores de servicios y tecnologías en salud, con el fin de

cubrir el pago de las obligaciones en los montos que se definan, garantizando en todo momento que exista un riesgo asegurable para el Fondo.

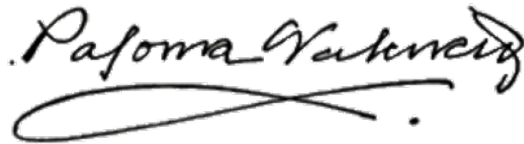
Artículo 17. Periodo de transición. Después de la entrada en vigencia de la presente ley, el Gobierno Nacional y los demás actores competentes tendrán hasta tres (3) años de transición para la puesta en marcha del Modelo de Atención previsto en la presente ley.

Artículo 18. Vigencia y derogatorias. La presente Ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,



**CARLOS FERNANDO MOTOA
SOLARTE**
Coordinador Ponente



PALOMA VALENCIA LASERNA
Coordinadora Ponente

Nota Aclaratoria: Se deja constancia adjunta a la ponencia.

Nota Aclaratoria: Dejo constancia de que no comparto el contenido de los artículos 10 (Modelo de Atención en Salud), 12 (Prestadores Primarios) y 13 (Prestadores Complementarios).

CONSTANCIA

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY No. 05 DE 2023 SENADO ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY No. 086 DE 2023 SENADO “POR MEDIO DE LA CUAL SE MODIFICA LA LEY 1751 DE 2015 Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES ORIENTADAS A FORTALECER EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD”.

Este proyecto de ley propone ajustes transversales y generales al Sistema General de Seguridad Social en Salud y las interacciones que se dan entre sus actores con el propósito de garantizar el derecho fundamental a la salud. Incorpora a lo largo del Sistema elementos mínimos que intervengan en la relación de los aseguradores, prestadores, entidades territoriales y usuarios, tales como: un modelo de atención integral y diferenciado, la gestión integral del riesgo en salud, la interoperabilidad de la información que se articule con la historia clínica electrónica, mecanismos y procesos a la visión de las poblaciones en las distintas regiones del país. Estos ajustes transversales van en conjunto con ciertas medidas de ajuste y fortalecimientos específicos al esquema de aseguramiento, la prestación de servicios a través de redes, talento humano, y medidas orientadas a lograr la sostenibilidad financiera del sistema.

Una vez revisadas las iniciativas legislativas que se han acumulado, los ponentes hemos decidido proponer para primer debate el texto que consta en el informe de ponencia, considerando que contiene los aspectos más relevantes de ambas iniciativas.

No obstante, debo advertir y dejar como constancia que no existe consenso absoluto sobre algunas disposiciones de la iniciativa como son: giro directo, creación de territorios sanitarios, Empresas Sociales del Estado y modelo de atención primaria, sobre los cuales, anticipo, someteré proposiciones en el marco del debate de la iniciativa.



CARLOS FERNANDO MOTOA SOLARTE
Senador de la República