

**Documento de trabajo de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud  
(Versión 23 de febrero de 2022)**

**PROPUESTA DE REGLAMENTACIÓN Y DESARROLLO DE LA LEY ESTATUTARIA 1751 DE  
2015 PARA LA GARANTÍA DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD EN COLOMBIA.**

Por: Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008, Por una Reforma Estructural al Sistema de Salud<sup>1</sup>

**PRESENTACIÓN**

El presente documento constituye el acumulado de una amplia discusión que se ha llevado cabo desde diversos escenarios de la sociedad civil, los movimientos sociales por la salud, agremiaciones médicas, de pacientes, profesionales de la salud, instituciones académicas, y personas que han participado en distintos niveles de la gobernanza del sector salud desde la perspectiva local, nacional, internacional, de los organismos de control, de la administración de instituciones hospitalarias, de la comunidad científica, que convergen alrededor de la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008, Por Una Reforma Estructural Del Sistema de Salud que es una órgano de la sociedad civil consultivo de la Corte Constitucional en materia de políticas públicas de salud.

---

<sup>1</sup> **Equipo de construcción de la propuesta:** Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008, Por una Reforma Estructural del Sistema de Salud: Pedro Santana Rodríguez (Director de la Revista Sur), Luz Marina Umbasía, Néstor Álvarez (Director de organización Pacientes Alto Costo), Sergio Isaza Villa (Presidente de la Federación Médica Colombiana-FMC), Francisco Rossi (Ex director de Ifarma), German Hernández (Presidente de Sintrahosmic), Abdiel Mateus Herrera (Pasante de posgrado de Derecho), Carolina Corcho Mejía (Presidente de Corporación Sur, Vicepresidente de FMC).

**Con el apoyo técnico de:** Félix Martínez, Oscar Andia, Luis Alberto Martínez y Ulahy Beltrán.

**Edición General:** Carolina Corcho Mejía

**El decálogo contó con la discusión y los aportes de:** Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008, por una Reforma Estructural del Sistema de Salud, Federación Médica Colombiana-FMC, la Asociación Médica Estudiantil-ACOME, la Asociación Médica Sindical (Asmedas Nacional), Asociación Nacional de Internos y Residentes-ANIR, Asociación Médica de Antioquia (Asmedas Antioquia), Médicos Unidos de Colombia-MUC, Pacientes Alto Costo, Observatorio Nacional Comunal, Central Unitaria de Trabajadores-CUT, Confederación General del Trabajo-CGT, Confederación Colombiana de Trabajadores-CTC, Organización Indígena de Colombia-ONIC, SintraHosmil, IFARMA, Corporación Latinoamericana Sur, Mesa Antioquia por la Transformación de la Salud, Mesa Regional por la Salud de Boyacá, Federación Nacional del Sector Público- UTRADEC, Asociación Nacional de Internos y Residentes- Seccional Valle, Colegio Médico de Bogotá, UNITRACOOP

A la memoria de Nelson Contreras Caballero y José Félix Patiño Restrepo, Odontólogo, Médico y Salubristas destacados que aportaron en la construcción y discusión de esta propuesta.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

Se ha construido desde hace cinco años a partir de un estudio juicioso de la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015 y la Sentencia C- 313 de 2014 de la Corte Constitucional, una revisión exhaustiva de la ley 100 de 1993, sus reformas y políticas posteriores, cuyo modelo es contrario al delimitado por la ley estatutaria que establece el derecho fundamental a la salud y que aún no ha sido reglamentada. Esta discusión se ha nutrido a partir de diversos seminarios, diplomados y escuelas de liderazgos que han desarrollado durante estos años las organizaciones que hacen parte de la propuesta.

El documento contiene un decálogo que constituye una síntesis de un proyecto de ley de reforma estructural e integral al sistema de salud para reglamentar la Ley Estatutaria de la Salud (LES) 1751 de 2015, y posteriormente una exposición de motivos que analiza la actual situación de la pandemia por el SARS-CoV-2 que produce la enfermedad Covid-19 desde la perspectiva del sistema de salud, unos antecedentes históricos de lo que ha sido el modelo instaurado por la ley 100 de 1993, sus resultados desde la perspectiva de salud pública, prestación de servicios y manejo transparente de los recursos públicos de la salud. Incluye además un análisis sucinto de lo que han sido las políticas públicas de salud desarrolladas en el marco de este modelo en los gobiernos de los presidentes Juan Manuel Santos e Iván Duque Márquez.

En un tercer momento se desarrollan cada uno de los capítulos que constituyen el proyecto de ley alternativo de reglamentación de la ley estatutaria, en donde se presenta un diagnóstico inicial, la justificación de la propuesta alternativa en lo relativo a la organización general del sistema, prestación de servicios de salud, financiamiento, política de talento humano en salud, mecanismos de resolución de conflictos en decisiones de diagnóstico y tratamientos, inspección vigilancia y control, determinantes sociales de la salud, política de formalización laboral, política farmacéutica, control de precio de medicamentos y tecnologías en salud, participación social en salud, red de hospitales públicas y políticas prioritarias.

Así pues, se hace entrega al país, a las diversas organizaciones de la sociedad civil, a los movimientos sociales, a los pacientes, trabajadores y trabajadoras de la salud, a la comunidad académica y científica, a los partidos políticos, a los tomadores de decisiones de política pública, a los candidatos a la Presidencia, a los Candidatos al Congreso de la República, de esta propuesta que esperamos someter al debate público, para que sea nutrida, ampliada, y considerada como una de las agendas de transición democrática que requiere Colombia para la garantía de un derecho fundamental como la salud y el cuidado de la vida.

## **DECÁLOGO POR UN CAMBIO ESTRUCTURAL E INTEGRAL DEL**

### **SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

La Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008, por una Reforma Estructural del Sistema de Salud, es un organismo técnico y representativo de diversas organizaciones sociales, gremiales, sindicales, académicas y científicas de la sociedad civil, de médicos, profesionales y demás trabajadores de la salud, pacientes, estudiantes y diversos sectores de la población, que participó con ellas en el diseño, discusión, trámite y aprobación de la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015,

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

la cual sentenció que en Colombia la salud es un derecho constitucional fundamental autónomo y humano. Desde entonces, a partir del articulado del proyecto de ley construido por la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud, ANSA, del cual hizo parte la citada Comisión, se ha venido trabajando desde hace cinco años en la redacción de un nuevo proyecto de ley alternativo para desarrollar y reglamentar la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015, como quiera que dicha ley ha sido desvirtuada por los gobiernos mediante decretos, resoluciones y otras normas, hasta el fallido intento de reformar el actual sistema de salud con el proyecto de ley 010 del Senado y 425 de la Cámara de Representantes. Este último, finalmente, fue archivado en medio de la crisis de la salud y del Paro Nacional, en época pre-electoral, por la presión de diversas organizaciones de la sociedad civil, del sector salud y por la ciudadanía que se movilizaron para protestar desde el 28 de abril del 2021.

El presente documento es el Decálogo que contiene las bases de una Reforma Estructural al Sistema de Salud, en desarrollo de la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015, elaborado por la Comisión y diversas organizaciones de la sociedad civil, con el objetivo de generar un debate público. Más adelante se presentará a la sociedad colombiana el primer borrador del articulado del proyecto de ley para que sea discutido ampliamente como un aporte a la construcción de una de las reformas más importantes que requiere Colombia en materia de derechos humanos, sociales, económicos y culturales, en el contexto de una transición política y democrática que reclama cambios profundos para garantizar los derechos fundamentales, encabezados por el derecho a la vida como valor supremo.

#### **Generalidades del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud:**

- Será un sistema público, descentralizado, con atención de los servicios de salud a cargo de entidades públicas, mixtas y privadas.
- En el nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud no existirá la intermediación ni la administración privada del sistema, que es prohibida por la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015.
- El nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud estará cimentado sobre una fuerte Estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (Artículo 12, Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015), con acceso universal, igualitario, no asociado a la capacidad de pago, puesto que los derechos fundamentales no están subordinados a una afiliación y solo se requiere ser residente o estar transitando en el territorio nacional para disfrutar el goce efectivo del derecho a la salud.
- La organización del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud estará basada en las Redes Integrales de Servicios de Salud (Art 13, Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015), un Sistema Nacional de Referencia y Contrarreferencia, organizado en y por los Territorios de Salud con el apoyo de unidades técnico-administrativas, que garanticen la continuidad, integralidad, oportunidad y eficiencia de la atención en salud (Art. 4, Art.13, Art. 8, Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional).

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

- El nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud estará orientado no solamente a la prestación integral de servicios (Art 8, Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015), sino también al control de los riesgos de la salud y la gestión de los determinantes sociales de la salud en el marco de una política pública transectorial (Artículo 9, Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015).
- El nuevo Sistema garantizará a los trabajadores de la salud el disfrute de condiciones laborales justas, dignas y estables, y respetará sus derechos adquiridos (Artículo 18, Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015).
- La Política de formación, capacitación y actualización del Recurso Humano es una obligación permanente, garantizada por el Nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud.
- Para financiar el nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud todos ponen; la administración de los dineros será descentralizada mediante un manejo técnico y transparente de los recursos.
- El nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud contará con un Sistema Único de Información en Salud con alta tecnología de última generación, transparente y de carácter público; permanecerá disponible en línea y tiempo real.
- El nuevo Sistema elaborará la Política Farmacéutica y de Evaluación de Tecnologías e Innovaciones en Salud (medicamentos, dispositivos médicos y demás insumos), que actualizará bienalmente.
- El nuevo Sistema tendrá una política de participación social de manera activa, vinculante de los ciudadanos en los procesos de atención, inspección, vigilancia y control, y de toma de decisiones individuales y colectivas en todo el sistema nacional de salud.
- El Sistema de Seguridad Social en Salud, contará con un sistema de inspección, vigilancia y control descentralizado, con mecanismos expeditos no superiores a 72 horas para resolución de quejas y reclamos de los ciudadanos-pacientes, con un proceso de selección meritocrático mediado por la función pública del superintendente nacional de salud.

#### 1. **Determinantes Sociales de la Salud:**

Los determinantes sociales de la salud están contenidos en la Carta Internacional de Derechos y, según expresa la Observación 14 de Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) del año 2000, de la ONU, “**esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud**”. “El derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud.” Así mismo, el artículo 12 establece el derecho de los pueblos “al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”; el compromiso a tomar las “medidas que deberán adoptar los Estados Parte a fin de

asegurar la plena efectividad de este derecho", y que la salud depende no solo de factores biológicos sino también socioeconómicos, que permitan a las personas y comunidades vivir en un ambiente sano que los pueda llevar a una vida sana; entre los que se encuentran:

1. Acceso a agua potable limpia y a condiciones sanitarias adecuadas
2. Disponibilidad de alimentos sanos para una buena y adecuada nutrición (seguridad alimentaria)
3. Derecho a vivienda digna, energía eléctrica y disposición de excretas
4. Condiciones de trabajo dignas, seguras y sanas
5. Medio ambiente sano
6. Acceso al transporte
7. Acceso a la educación y recreación
8. Condiciones de vida digna
9. No discriminación de ningún tipo
10. Paz (Violencia o Conflicto armado)
11. Acceso a la información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.
12. Participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.
13. Diferencias y enfoques basadas en la perspectiva de género
14. Distribución de los recursos (Distribución social de la riqueza)

En consecuencia, el Sistema de Seguridad Social en Salud contará con una Comisión Intersectorial nacional y territorial, de carácter vinculante, que:

- a) *Estudie dónde y cómo inciden los determinantes sociales de la salud en las comunidades y los individuos*
- b) *Incluya metas y acciones específicas en las políticas públicas nacional y locales, conforme a lo establecido en la Observación General 14 del año 2000, la Sentencia C-313 de 2014 y el artículo 9 de la ley estatutaria de salud que afecten positivamente estos determinantes para avanzar en el mejoramiento de la salud de la población.*

**2. Gobierno del Nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud por parte del Estado; Rectoría del mismo por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (Art 20 LES, Política Pública de Salud):**

El Estado colombiano ejerce el gobierno del nuevo Sistema Seguridad Social en Salud a través del Ministerio de Salud y Protección Social. La rectoría del sistema de salud la ejerce el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que estará conformado por el ministro de Salud y Protección Social, el ministro de Hacienda y por representantes de otros entes descentralizados y organizaciones representativas de la sociedad civil; será el encargado de

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

definir las políticas públicas de salud y se constituye como Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El mapa sanitario del país estará conformado por Territorios Saludables establecidos conforme a las características epidemiológicas, sociodemográficas, económicas, geográficas y de servicios públicos de cada región colombiana, que constituirá sus propios entes rectores territoriales. Esto supone que un Territorio Saludable puede estar compuesto por segmentos de divisiones político-administrativas distintas que comparten, esencialmente, características epidemiológicas, culturales, geográficas, cercanía entre sí y lejanía de sus centros administrativos departamentales (Ejemplo: Girardot, Ricaurte, Flandes, Melgar, donde confluyen Cundinamarca y Tolima; Cravo Norte, Mochuelo, La Culebra, donde confluyen Arauca, Casanare y Vichada).

En ese sentido, cada Territorio Saludable tendrá un ente rector (Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud) para lo cual contará con una alianza participativa y operativa de los entes departamentales, distritales y municipales de salud, más las organizaciones de la sociedad civil presentes en el territorio. Esto redundará en un nuevo concepto de lo público, que no está referido a la estatización de la rectoría y administración del sistema, sino que se entiende lo público como el espacio donde se expresan y se resuelven las necesidades de la sociedad, en el Estado Social de Derecho que es Colombia, según el Artículo 1 de la Constitución de 1991. Con este diseño se evita la cooptación privada de las instituciones estatales como expresión de intereses clientelares o particulares, y se supera el equívoco que introdujo la ley 100 de 1993 al plantear que las instituciones privadas podrían manejar de manera proba y transparente los recursos públicos de la salud y gestionar mejor la salud pública, postulado que resultó ser falso.

La dirección y administración del sistema estará a cargo de unidades técnico-administrativas dependientes de los Territorios Saludables en los niveles departamental, distrital y municipal, y del Ministerio de Salud y Protección social a nivel nacional.

### **3. Política laboral y educativa para las Trabajadoras y los Trabajadores de la Salud:**

- **Dignidad de las y los Trabajadores de la Salud: Garantías Laborales Justas, Dignas y Estables (Artículo 18, Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015):**

El régimen y la política laboral de los Trabajadores de la Salud se conformará de acuerdo con el establecimiento de una metodología de requerimientos de cantidad, perfiles y organización, acorde a las características del sistema de salud y a las necesidades de salud de la población, constituyéndose en un régimen especial en el sector público, privado y mixto; esto significa un contrato laboral estable, digno y decente, la recuperación de las plantas laborales en las entidades públicas, conforme a lo establecido en el artículo 18 de la Ley Estatutaria de Salud.

La Política Laboral de los Trabajadores de la Salud promoverá y articulará el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la salud en condiciones adecuadas de desempeño, gestión y desarrollo de sus trabajadores; se verán reflejadas en políticas institucionales de largo plazo que permitan garantizar la calidad de los servicios de salud y el desarrollo integral de los trabajadores como eje fundamental del sistema de salud.

Los Trabajadores de la Salud es la comunidad de trabajadores del Sistema de Seguridad Social en Salud, constituida por personas idóneas y portadoras de conocimientos de diferentes disciplinas de las ciencias de la salud, que en el conjunto de sus diversas actividades laborales participan tanto en los procesos de promoción de la salud como de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, readaptación y paliación de las enfermedades, así como en la actividad formativa, educativa, de actualización de los trabajadores de la salud y de investigación científica y técnica para garantizar a la población el goce de su derecho fundamental a la salud.

Se garantiza el reconocimiento de los derechos laborales de los trabajadores de la salud en cumplimiento de las directrices de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en el marco de la política pública de trabajo digno y decente y, así mismo, la autonomía profesional y la dignidad de los trabajadores de la salud.

- **La Política de Formación, Capacitación y Actualización de los Trabajadores de la Salud:**

Tanto en el nivel nacional como en el de Territorios Saludables, cada organismo rector correspondiente y las instituciones del sistema competentes para tal efecto, planearán y diseñarán los programas de educación y prácticas que lleven a cabo la formación, capacitación y actualización permanente, así como la estrategia de ubicación del Recurso Humano en salud en todo el país, fundamentados en estudios válidos que respondan a las necesidades de salud de la población, respetando la autonomía universitaria y profesional a la vez que, con las instancias estatales pertinentes, vigilen el cumplimiento de su autorregulación (Art 17, Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015).

Las instituciones públicas, privadas y mixtas del sistema, destinarán y garantizarán los recursos y el tiempo de trabajo utilizado en la actualización y educación continua de los trabajadores de la salud. Esta actividad permanente del Sistema de Salud será llevada a cabo con financiación pública proveniente de los dineros que para tal efecto deben presupuestar las Instituciones que hacen parte de las redes integrales para la prestación de servicios de salud y preservará la autonomía e independencia intelectual y moral las profesiones, las distintas disciplinas y de los trabajadores de la salud. Los Ministerios de Salud y Educación establecerán reglas claras, precisas y rigurosas para la convalidación de títulos extranjeros y se dará cumplimiento a la Ley de Residencias Médicas (Ley 1917 de 2018), con implementación efectiva de la regulación de matrículas.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

#### **4. Financiación del Sistema de Seguridad Social en Salud:**

##### **Todos ponen**

En el mismo lugar donde se genera la riqueza (los excedentes económicos) deben recaudarse los recursos necesarios para asegurar el bienestar de la población, en especial los destinados a garantizar la salud y la seguridad social. La financiación de la salud y la seguridad social debe ser tripartita, como se estableció internacionalmente, desde su origen, en los Estados de bienestar.

Todas las empresas, trabajadores, independientes y rentistas de capital deben aportar sin excepción a fondos parafiscales; las empresas en proporción a los contratos realizados por trabajos o servicios personales, y los trabajadores, cuentapropistas y rentistas en proporción a su ingreso. Todo contrato o pago de trabajo, sin importar la forma jurídica, debe incluir aportes a la seguridad social que, en caso de no realizarse, generarán una deuda exigible con la seguridad social y se constituirá en una obligación fiscal que generará cobro coactivo.

El Estado podrá subsidiar temporalmente las obligaciones de aportes para salud de microempresas y de cuentapropistas, cuando su renta presuntiva sea inferior a la línea de pobreza monetaria de una familia promedio. En ningún caso, el no pago o el atraso en las obligaciones con la seguridad social de empresas, trabajadores, cuentapropistas o rentistas se constituirán en barrera para el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional.

##### **Descentralización**

Los recursos destinados a la salud y la seguridad social en salud respetarán la descentralización político-administrativa del país, establecida en la Constitución de 1991. Por ello, y por la necesidad de fijar competencias y responsabilidades de los servicios de salud y del manejo de los recursos, se establecerán varios niveles de financiamiento que descentralicen efectivamente rentas y gastos.

Los municipios y distritos recibirán efectivamente los recursos de participaciones de los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN) que determinó la Constitución de 1991 para la salud de sus habitantes y ubicarán estos recursos en un Fondo de Salud Municipal, junto con los recursos propios, con destinación específica a financiar directamente las instituciones encargadas de la atención básica en salud de sus habitantes y los servicios de promoción de la salud, control de los factores de riesgo y las acciones sobre los determinantes sociales, integradas como un servicio público, con participación social, dirigido a lograr una mejoría constante en los indicadores de salud y calidad de vida de la población.

Los departamentos y distritos dispondrán de: 1. un Fondo Departamental o Distrital de Seguridad Social en Salud, que integrará las rentas cedidas; 2. del recaudo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y 3. de otros recursos propios. Estos recursos serán para planear, organizar, dirigir y adecuar las instituciones hospitalarias públicas, mediante presupuestos de funcionamiento e inversión orientados a garantizar la suficiencia



de la oferta de servicios de mediana y alta complejidad en el territorio, incluida la red de urgencias, y para desarrollar los servicios de transporte de pacientes; todo en busca de optimizar la capacidad de respuesta territorial a las necesidades de atención de la población. Los departamentos y distritos deberán asignar un 2% de su presupuesto para la formación y cualificación de los trabajadores de la salud.

Se organizará un nivel regional, que integrará grupos de departamentos y distritos bajo un “territorio de salud”, que contará con un Fondo Regional de Seguridad Social en Salud, al que ingresarán todos los aportes de seguridad social de salud de empresas, trabajadores, independientes y rentistas de capital del territorio y que integrará los recursos destinados a salud de las Cajas de Compensación. Los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud financiarán hospitales públicos y pagarán los servicios prestados por los privados que se integren a la red de servicios del territorio, por mecanismos de reconocimiento de servicios prestados de mediana y alta complejidad, a las tarifas únicas y obligatorias de prestación de servicios que fije el Gobierno Nacional.

El nivel nacional manejará un Fondo Nacional de Compensación que se financiará con un 10% del recaudo de los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud. El Fondo Nacional de Compensación incluirá un sub-Fondo o seguro para apoyar a los territorios en situaciones de catástrofes, eventos catastróficos y desastres. También constituirá un sub-Fondo para garantizar el tratamiento de enfermedades raras de pacientes de todos los territorios en entidades especializadas, con recursos del presupuesto general.

#### **Manejo técnico y transparencia en los recursos**

Para garantizar el manejo técnico de los recursos correspondientes a los fondos de salud y seguridad social, en todos los niveles de financiamiento del Sistema, se constituirán Unidades de Planificación y Evaluación que asesorarán la formulación de los planes anuales y evaluarán el cumplimiento de las metas. Estas unidades rendirán informes trimestrales a las respectivas autoridades y a los organismos de control, al tiempo que garantizarán el acceso público y abierto a toda la información disponible. Se propenderá por que exista un control ciudadano mediante veedurías con conceptos vinculantes.

### **5. Red de Hospitales Públicos:**

Existirá una política de fortalecimiento prioritario de la red pública de servicios de salud en todos los niveles, priorizando la Atención Primaria Integral en Salud (APIS) con capacidad resolutoria suficiente; los Hospitales Universitarios jugarán su papel como centros de conocimiento y referencia de pensamiento, de formación profesional, investigación e innovación en beneficio de la salud de la población, y como propulsores de los sistemas de información y comunicación requeridos por el Sistema de Salud en particular y el país en general, bajo los principios de rentabilidad social y subsidio a la oferta (Ley estatutaria, Art 24), en el contexto de las redes integrales de servicios de salud (Art 13, Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015), para lo que se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

- Los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud coordinarán la conformación de las Redes Integradas e integrales de Servicios de Salud (RISS), basadas en un modelo de cooperación superando el concepto de competencia que ha primado hasta ahora.
- En el nivel nacional y territorial el Estado privilegiará y financiará la política pública de fortalecimiento de los hospitales públicos, garantizando los recursos para su adecuado funcionamiento, con suficientes instrumentos que incentiven el trabajo en RISS, con énfasis en las áreas rurales y dispersas del territorio nacional.
- Se generará un componente de habilitación que favorezca la capacidad resolutive de los primeros y segundos niveles de atención para el trabajo en redes integrales en torno a las necesidades de salud de la población, con criterios de calidad y rentabilidad social.
- Las RISS funcionarán esencial y principalmente con los Equipos de Salud, y según las limitaciones reales de cada Territorio adoptarán las modalidades de telesalud y atención domiciliaria con el objetivo de mejorar permanentemente la cobertura, la coordinación asistencial, la continuidad y la integralidad en el cuidado de la población.

#### **6. Sistema Público de Información en Salud:**

Desarrollo de un sistema de información único, público, transparente, disponible en línea, que usando las últimos recursos tecnológicos de Big Data, Procesamiento Digital de Imágenes, cadena de bloques y demás recursos para Inteligencia Artificial, permita recuperar el máximo de información económica, clínica, científica, tecnológica, técnica y administrativa, desde los orígenes del sistema de salud vigente, para preservar recursos económicos y epidemiológicos, así como tener los elementos empíricos oportunos para la toma de decisiones en política pública, y que en sí mismo sea un instrumento de soporte a la justicia para sancionar la corrupción y evitarla en el sector salud (Art 17, Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015).

El Sistema incluirá los datos necesarios para garantizar la información sobre componentes individuales, demográficos, determinantes de salud, genéticos y clínicos, que incluyen diagnósticos con sus ayudas y resultados, procesos de intervención terapéutica, rehabilitadora y de paliación, incluyendo administrativos y contables. Un elemento constitutivo de este sistema será la historia clínica única. Todo esto, garantizando el derecho fundamental constitucional a la intimidad y a la privacidad de cada persona.

#### **7. Política Farmacéutica e Innovaciones Tecnológicas en Salud (Artículo 23, Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015):**

En relación con medicamentos, dispositivos médicos y demás tecnologías de la salud:

- a) Creará un organismo independiente de evaluación periódica científico-técnica y económica a todas las tecnologías de salud, para poder aceptarlas.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

b) El sistema de salud velará por la seguridad de las personas sujetas a tratamientos médicos, quirúrgicos, de rehabilitación y de paliación, y financiará los medicamentos y demás tecnologías existentes, con utilidad y seguridad demostradas mediante rigurosos estudios científicos independientes, requeridos para la atención integral en salud (Art 15, LES).

c) Desarrollará y actualizará continuamente la política farmacéutica basada en el concepto de medicamentos esenciales (componente de la atención primaria) y en la utilización exclusiva de las denominaciones comunes internacionales.

d) Desde el ejercicio de la Autonomía Profesional, las organizaciones científicas, académicas y gremiales de las distintas profesiones y disciplinas de la salud desarrollarán mecanismos de autorregulación para la prescripción de medicamentos y tecnologías de salud, conforme lo establecido en el artículo 16 de la Ley Estatutaria de Salud que establece: “Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores de servicios de salud, utilizando criterios de razonabilidad científica, de acuerdo con el procedimiento que determine la ley.”

e) Habrá sistematización total de atenciones, prescripciones y transacciones del sistema de salud con portabilidad de historias clínicas, conectividad universal y acceso público al microdato.

f) Se desarrollarán mecanismos evaluadores de pertinencia y resultados en salud.

g) Se creará un sistema público de producción y participación en cadenas de suministro, con énfasis en transferencia de tecnología y soberanía nacional.

## **8. Sistema Integrado de Inspección, Vigilancia y Control**

La **Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud)** será una instancia autónoma e independiente, con presupuesto propio, con presencia y funcionamiento en todo el territorio nacional, como máximo órgano de inspección, vigilancia y control del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, cuya misión y función es garantizar a la población residente en Colombia el pleno disfrute del Derecho Fundamental a la Salud velando por que se cumpla lo establecido en el Artículo 5° de la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015).

La **Supersalud** responderá por su gestión ante el Estado colombiano en las instancias competentes como son el Ministerio de Salud y Seguridad Social, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

## 9. Participación Ciudadana y Social

La participación es un derecho y un deber fundamental que se materializa en la intervención consciente, activa y vinculante de las personas en los procesos de atención y de toma de decisiones, individuales y colectivos en todo el Sistema de Seguridad Social en Salud. La participación ciudadana es ejercida por las personas, de manera autónoma, en cualquier instancia del sistema. La participación social es ejercida por formas organizadas de la sociedad, por mecanismos de representación o de participación directa en las decisiones o en la gestión de la salud integral.

- a) **Participación en los procesos cotidianos de Atención Primaria Integral en Salud (APIS).** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud desarrollarán procesos y procedimientos para el libre ejercicio de la autonomía de las personas en materia de salud, de manera que puedan expresar, mediante consentimiento informado y consciente, su aceptación o rechazo de cualquier procedimiento o intervención que implique riesgos razonables, técnicos y morales.
- b) **Participación en la exigibilidad del derecho.** Las Instituciones que participan en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud deben establecer mecanismos y escenarios, suficientes y eficaces, para impulsar la exigibilidad de este derecho por parte de las personas y las organizaciones sociales, tanto en el interior de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como en las diferentes instancias de inspección, vigilancia y control, y del sistema judicial.
- c) **Participación en las políticas públicas en salud.** El Sistema contará con reglas, mecanismos y escenarios para fomentar y desarrollar la participación informada, activa, vinculante y efectiva de los ciudadanos y las organizaciones sociales en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas con salud y seguridad social, y en la veeduría y el control social de los planes, programas e instituciones dedicadas al manejo de recursos para la salud y la seguridad social en los diferentes niveles territoriales. Se podrán establecer comités, círculos o consejos de participación en salud en los micro territorios o divisiones locales de los territorios de salud, como parte del desarrollo de la Atención Primaria Integral en Salud (APIS), los cuales podrán tener delegados para la organización periódica de asambleas, congresos o conferencias regionales y nacionales de salud que permitan incidir en las políticas públicas de salud, a través del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
- d) **Consulta previa a las comunidades étnicas.** El mecanismo de participación de las comunidades étnicas será la consulta previa como derecho fundamental consagrado en la Constitución y las leyes, el cual deberá garantizar el consentimiento previo, libre e informado respecto del desarrollo del enfoque diferencial en las políticas de salud y seguridad social, y promover procesos de desarrollo de la interculturalidad en salud.

Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN

- e) **Participación en inspección, vigilancia y control.** La ciudadanía que participe individualmente o representada en organizaciones sociales, podrá, de acuerdo con la norma correspondiente a tal efecto, hacer veedurías en salud, desde el ámbito micro territorial hasta el nacional, en coordinación con los organismos de control principales del sistema, como son la Superintendencia Nacional de Salud, la Procuraduría General de la Nación y la Contraloría General de la República.

## **10. Derogatoria de toda normatividad contraria a la Ley Estatutaria de Salud**

Esto implica la derogatoria de carácter permanente de todas las normas adoptadas por los planes de desarrollo en relación con el Sector Salud, la derogatoria del libro 1 de la ley 100 de 1993 y de sus normas modificatorias, así como de toda la regulación orientada al aseguramiento comercial y los Decretos, Resoluciones sobre Afiliación, listados de Exclusiones y demás normatividad emanada del Ministerio de Salud y Protección Social y demás instancias del poder Ejecutivo y legislativo que le sean contrarias a la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015 y a la ley que desarrolle este decálogo.

La presente Ley derogará toda la normatividad que afecte el carácter público y la destinación específica de los recursos de la salud, que conforme a lo interpretado por la Corte Constitucional en su jurisprudencia: "...no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente", lo cual significa que bajo ninguna circunstancia los recursos de salud podrán destinarse al pago de otros emolumentos que no se relacionen directamente con garantizar el derecho a la salud de las personas.

### **Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008, Por Una Reforma Estructural al Sistema de Salud**

**Federación Médica Colombiana (FMC)**

**Asociación Médica Sindical Nacional (ASMEDAS Nacional)**

**Asociación Nacional de Internos y Residentes (ANIR)**

**Asociación Colombiana Médica Estudiantil (ACOME)**

**Médicos Unidos de Colombia (MUC)**

**Asociación Sindical Médica de Antioquia**

**Corporación Latinoamericana Sur**

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

## EXPOSICION DE MOTIVOS AL PROYECTO DE LEY

“Por la cual se desarrolla el Sistema de Salud, definido por la ley Estatutaria y se establecen normas para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud en Colombia”

### BASES PARA UNA PROPUESTA DE REFORMA ESTRUCTURAL DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

#### INTRODUCCIÓN

La presente exposición de motivos al Proyecto de Ley “**Por la cual se desarrolla el Sistema de Salud, definido por la ley Estatutaria y se establecen normas para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud en Colombia**”, tiene como punto de partida la propuesta de política pública para la reforma integral y estructural al sistema de salud en Colombia elaborada por la sociedad civil y dirigida a los candidatos a la Presidencia de la República en los comicios electorales del año 2018. Frente a dicha propuesta se hizo una actualización del diagnóstico del sistema de salud que se ha mantenido vigente en sus condiciones estructurales en estos 4 años, y cuya fragilidad ha quedado develada por la pandemia de Covid-19 generada por el virus SARS-CoV-2, cuyo manejo en Colombia no ha tenido resultados positivos, entre otros motivos por la elevada tasa de mortalidad observadas desde su mismo inicio hasta la presente, ante la falta de asertividad en el direccionamiento del manejo de la pandemia y la inadecuada respuesta del sistema.

En ese contexto, se muestran algunos resultados de la pandemia de Covid-19 en Colombia, que da cuenta de las dificultades del sistema para evitar mortalidades en el contexto de la pandemia, la presentación de unos antecedentes históricos de la salud en Colombia, un diagnóstico del mismo en donde se revisa el aseguramiento, la prestación de servicios, el recurso humano, los determinantes sociales de la salud, los resultados en salud, y al final se presenta un decálogo que sintetiza la propuesta de reforma estructural del sistema de salud que se consigna en un articulado alternativo de proyecto de ley ordinaria que se ha venido trabajando desde la **Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760, Por una Reforma Estructural del Sistema de Salud**, que como instancia consultiva y asesora de ese alto tribunal de la justicia en este país, es un organismo técnico y representativo de la sociedad civil, en donde convergen diversas organizaciones médicas, de pacientes, profesionales de la salud, académicas y científicas. Dicha propuesta fue sometida a una amplia discusión en la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural del Sistema de Salud, llevada a cabo de manera semipresencial los días 6 y 7 de noviembre del 2021, con la participación de 1400 delegados de todas las regiones del país, integrantes de organizaciones del comité de impulso que estuvo conformado por las agremiaciones médicas, de enfermería, los colegios de terapeutas, de pacientes, las organizaciones indígenas, comunales, académicas, científicas, que convergieron en la convocatoria<sup>2</sup>. La Cumbre estuvo precedida de 20 eventos preparatorios regionales y sectoriales para socializar la propuesta de nuevo modelo de salud cuyo articulado fue discutido en mesas de trabajo en el desarrollo de la Cumbre, lo que dio como resultado el ajuste de este y de la exposición de motivos, que incorporaron los aportes de la ciudadanía y de las organizaciones participantes.

Así las cosas, esta propuesta alternativa tiene como objetivo plantear la reglamentación de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015), mediante la cual se definió el ámbito del derecho fundamental a la salud y se declaró la salud como derecho humano fundamental autónomo, esto supone entre

---

<sup>2</sup> Lista de organizaciones del comité de impulso

otros, la eliminación de la intermediación financiera y administrativa de las EPS como mecanismo intermediario fallido y la efectiva formalización de los trabajadores de la salud.

## **La pandemia y la crisis del sistema de salud en Colombia**

La pandemia de Covid-19 desnudó un conjunto de fragilidades estructurales del sistema de salud en Colombia que se ha traducido en la pobre respuesta y mal manejo de la misma, identificado en los diversos estudios comparativos realizado por organismos científicos. En septiembre de 2020, la prestigiosa revista médica británica The Lancet<sup>3</sup> publicó una comparación entre 91 países, en el que Colombia para agosto de 2020 quedó entre los países categorizados en rojo. Al medir el número de nuevos casos por día por millón de habitantes, como una de las variables de transmisibilidad, Colombia quedó entre los tres países con más alta transmisibilidad, lo que connotaba un fracaso en la política de pruebas realizadas, y la necesidad de replantear la política pública del PRASS (Prueba, Rastreo y Aislamiento Selectivo) que había adoptado el Ministerio de Salud y Protección Social para enfrentar la pandemia.

En un estudio posterior, publicado por Blumberg<sup>4</sup> con datos del 23 de noviembre de 2020, Colombia aparece como el 11avo país con peores resultados en la evaluación conforme a las variables de crecimiento de casos del virus, capacidad de realización de pruebas y número de vacunas acordadas y negociadas hasta ese momento. Posteriormente se presentó el resultado del ranking desarrollado por el Instituto Lowy de Sydney<sup>5</sup> que tuvo como objetivo establecer cuáles países gestionaron mejor o no la pandemia, en donde Colombia ocupa el puesto número 100 entre 101 países valorados, con datos disponibles en el mundo hasta el 13 de marzo de 2021; en dicho análisis, Colombia solo fue superado por México en el peor escaño del manejo de la pandemia.

A lo anterior se le suma que Colombia llegó a tener una de las mortalidades más altas del mundo por millón y cien mil habitantes, al mismo tiempo que tenía una de las tasas de vacunación contra el coronavirus SAR-CoV-2 más bajas y lentas del mundo, conforme lo establece el “Our World in Data”<sup>6</sup> (en español, “Nuestro mundo en datos”), que es una publicación en-línea desarrollada por la Universidad de Oxford y que presenta datos y resultados empíricos que muestran el cambio en las condiciones de vida en todo mundo, y en este caso, lo que ocurre día a día con la pandemia de Covid-19. En dicha publicación se registra que la tasa de vacunación mejoró en el mes de junio de 2021 cuando se alcanzó el máximo nivel de vacunación, superando las 400 mil inoculaciones al día. No obstante, frente a las alarmantes cifras de mortalidad la pregunta es si estos niveles de vacunación de hubieran podido lograr antes, dado que al 7 de julio de 2021 se habían recibido 26,3 millones de dosis

---

<sup>3</sup> The Lancet, The Lancet COVID-19 Commissioners, Task Force Chairs, and Commission Secretariat, VOLUME 396, ISSUE 10257, P1102-1124, OCTOBER 10, 2020 Lancet COVID-19 Commission Statement on the occasion of the 75th session of the UN General Assembly - The Lancet, visitado el 24 de mayo de 2021.

<sup>4</sup> Rachel Chang, Jinshan Hong y Kevin Varley. 24 de noviembre de 2020. Los mejores y peores lugares para estar en la era del covid, Portal BLOOMBERG, (<https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-11-24/los-mejores-y-peores-lugares-para-estar-en-la-era-del-covid-khwlaifg>).

<sup>5</sup> INSTITUTO LOWY, 13 de marzo de 2021, Índice de rendimiento de Covid. DECONSTRUYENDO LAS RESPUESTAS A UNA PANDEMIA (<https://interactives.lowyinstitute.org/features/covid-performance/>)

<sup>6</sup> Portal desarrollado por la Universidad de Oxford, Explorador de datos COVID-19, Coronavirus (COVID-19) Vaccinations - Statistics and Research - Our World in Data (<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>)

y sólo se habían aplicado 19, 3 millones, situación que fue sostenida desde marzo en donde se mantenían aproximadamente 5 millones de dosis en neveras<sup>7</sup>.

Las preguntas o los interrogantes que genera este comportamiento es si se hubiera alcanzado antes las tasas de vacunación requeridas, ¿cuántas vidas se hubieran salvado?, ¿qué impacto hubiera tenido esto en las altas mortalidades del pico de mayo y junio de 2021 que alcanzaron hasta los 600 fallecimientos diarios? La gran cantidad de vacunas en neveras y dejadas de aplicar lo que evidencia es que el cuello de botella de la vacunación no fue la disponibilidad de vacunas, sino la falta de capacidad logística del sistema para colocarlas de manera oportuna, algunos factores que influyeron fueron los vacíos del sistema de información para la identificación de los ciudadanos priorizados, la otra es mantener la lógica de la intermediación de las EPS para la implementación de este proceso. Lo que quedó demostrado es que no era necesario este intermediario, la decisión tardía de la autoridad sanitaria, de que la vacunación se realizara de manera directa sin agendamiento, demostró que fue un error insistir en la intermediación de este proceso mediante agendamientos confusos y burocratización de esta acción sanitaria.

El cuestionado manejo de la pandemia y los resultados antes citados, dan cuenta de la urgente e inaplazable necesidad de reevaluar el modelo de salud vigente, que hizo aguas frente a una crisis sanitaria, que si bien rebasó todos los sistemas de salud en el mundo, en el caso colombiano su impacto fue y sigue siendo significativamente superior a la de diversos países.

## **1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL MODELO DE SALUD:**

El modelo de aseguramiento comercial instaurado por la ley 100 de 1993 tuvo como características centrales, la entrega de la administración y gestión del riesgo en salud y financiero del Sistema de Salud a las Intermediarias EPS, la delegación sobre la asignación del gasto en salud, herramienta fundamental del Estado para orientar la política de salud de los países, a empresas intermediarias financieras, bajo el calificativo de “aseguradores”, con el incentivo de contener costos para incrementar su ganancias a costa del sufrimiento de la población; asimismo, se entregó la planificación de los servicios de salud al mercado, lo que motiva a que se cierren servicios no rentables financieramente, como los de atención materno infantil, mientras se multiplican otros que generen rentabilidad, como ayudas diagnósticas, Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de adultos, entre otros. Con esto no se están cubriendo las 13 necesidades en salud de los colombianos sino que se despilfarran recursos y se garantizan lucros exorbitantes en la cadena de prestación de servicios (Empresas Promotoras de Salud, EPS).

Cabe anotar que la delegación del manejo de los recursos públicos de la salud a las EPS no pasó por una exigencia por parte del Estado de alguna inversión del sector privado para entrar a hacer parte de estas, pues el capital de estas empresas se conformó en su mayoría, con el dinero público proveniente de las Unidades de Pago por Capitación que es el monto per cápita que gira el estado a las EPS por cada afiliado al año (UPC), en el marco de unas regulaciones ambiguas, durante sucesivos gobiernos, entre el manejo diferencial de los recursos propios de las EPS y los recursos públicos de la salud con destinación específica. Por otra parte, la estrategia de privatización, junto con la débil capacidad regulatoria, durante el proceso de implementación del modelo de aseguramiento instaurado, conllevó

---

<sup>7</sup> Mariño N y Hernández L. (8 de julio de 2021) En Colombia alcanzamos el ritmo requerido de vacunación. ¿Cómo mantenerlo? | EL ESPECTADOR (<https://www.elespectador.com/salud/en-colombia-alcanzamos-el-ritmo-requerido-de-vacunacion-como-mantenerlo/>)



a una sui géneris privatización de los servicios de salud a conveniencia de las EPS, plenas de poder económico, donde se atrapó al regulador con tres mecanismos: puerta giratoria, cooptación de funcionarios responsables de la regulación y control de la información para la toma de decisiones.

Es de público conocimiento que las EPS cooptaron funcionarios del Estado, responsables de la regulación, control o definición de la política pública de salud. Uno de los casos conocidos que demuestra esta situación fue la del ex congresista Holger Horacio Díaz, quien fue sancionado por la sala plena del Consejo de Estado, al demostrársele que recibió recursos por parte de Carlos Gustavo Palacino, el entonces presidente de SaludCoop, para condicionar el articulado de una reforma a la salud (Semana, 2017). También es conocido el caso del ex Fiscal General de la Nación, Eduardo Montealegre, quien antes de ingresar a la Fiscalía, prestó asesoría jurídica a SaludCoop. Al asumir el cargo en el ente de control no declaró conflictos de intereses para asumir las investigaciones penales derivados de la sanción fiscal establecida a esta entidad por la Contraloría General de la República en 2011.

También es de público conocimiento que funcionarios de las EPS transitaron hacia cargos directivos, e incluso ministeriales, tomaron parte de los organismos reguladores como el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y se les permitió por norma influir en los nombramientos de los miembros de la CRES, así como fue de dominio público que asesores pagados por las EPS participaron en la redacción de normatividad importante, como la declaratoria de Emergencia Social en el año 2009, afortunadamente frenada por los colombianos y la Corte Constitucional.

Por último, es sabido que la información para decidir el incremento anual de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) se ha basado durante todo el funcionamiento del Sistema, en la información presentada a su acomodo por las EPS. Para las EPS no hubo claridad sobre la destinación de recursos públicos de la salud, si los dineros públicos que ingresaban a las EPS hacían o no parte del patrimonio de las mismas, o si este tipo de aseguradoras operaban en el marco normativo del aseguramiento comercial o la seguridad social.

Lo anterior en contravía de jurisprudencia como la que dice: "(...) En consecuencia, las Entidades nacionales o territoriales que participan en el proceso de gestión de estos recursos no pueden confundirlos con los propios y deben acelerar su entrega a sus destinatarios. Ni mucho menos las EPS pueden considerar esos recursos parafiscales como parte de su patrimonio (...)" Sentencia SU 480 de 1997.

La norma al respecto se tornó ambigua al desconocer la jurisprudencia citada, situación que develó posteriormente la Contralora General de la República del momento, Sandra Morelli Rico, al demostrar el desvío del erario por parte de SaludCoop EPS, con fines distintos a la destinación específica de la salud, como en financiación de torneos, canchas de golf, construcciones y negocios transnacionales de otra índole.

Es así, como en 2014 la Contraloría General de la República dictó el fallo de responsabilidad fiscal de la CGR 001890 del 13 de noviembre de 2013, por 1.4 billones de pesos \$1.421.174.298.105,40. Esta situación llevó a la intervención de SaludCoop, su posterior liquidación, el traspaso de los casi cinco

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

millones de usuarios a Cafesalud, y la posterior venta de esta última empresa a lo que hoy se denomina Medimás. A la fecha no es claro la manera como la empresa liquidada responderá por los recursos públicos defraudados. Lo anterior supuso que el modelo de aseguramiento se había instaurado en una completa desregulación, que derivó en una cartelización de las EPS, lo que se hizo evidente en 2011 con la apertura de investigaciones a las EPS afiliadas a Asociación Colombiana de Entidades Medicina Integral (ACEMI).

La causa fue el desfaldo al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), que era el Fondo estatal depositario de recursos públicos de la salud, por el recobro con sobrecostos de medicamentos, la cartelización por el establecimiento para negar servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud y la manipulación de la información entregada al Estado. En ese momento se calculaba que la defraudación podría alcanzar los 4 billones de pesos. Esta situación terminó con una sanción por parte de la Superintendencia de Industria y Comercio a 14 EPS asociadas en ACEMI y a la propia agremiación.

Esta ausencia de rectoría también agravó la negación de servicios de salud por parte de las EPS, con el fin de contener costos y apropiarse ilícitamente de los recursos, porque en realidad el mandato de restringir servicios para obtener utilidades está implícito ya en la Ley 100; los resultados se evidencian en la masiva instauración de tutelas por parte de los ciudadanos para conseguir la atención de salud requerida, reiteradamente negada, diferida o burlada. Se calcula que desde el inicio de la ley 100 de 1993 estas superan los tres millones.

En el Informe anual de la Defensoría del Pueblo (Defensoría del pueblo, 2020)<sup>8</sup>, para el año 2019 se instauraron en Colombia 207.368 acciones de tutela, con un incremento del 5,2% respecto el año anterior, esto significa que para ese año, estas representaron el 85,32% del total de las tutelas. En ese sentido, conforme a información suministrada por la Superintendencia de Salud a través de la Organización Defensa del Paciente, para el mes de abril de 2020 se presentaron 55.091 PQR, peticiones, quejas y reclamos, un 8.91% más que en el 2019, donde se presentaron 60.000 en el mismo mes, según el informe (Anexo 1). Para el mes de julio del presente año, en vez de mejorar, aumentaron los PQR a 90.158, un 30.9% más, respecto a julio de 2019 donde se presentaron 68.865. En total, para julio de 2020 se presentaron 484.801 peticiones, quejas, reclamos o denuncias, respecto al año anterior que se presentaron 336.539 PQRD para el mismo periodo (Información del Superintendente de Salud en el Diario la Republica, 2020)<sup>9</sup>.

Esto supone que, en un contexto de pandemia, en donde estaba rigiendo un decreto de excepción para enfrentar una crisis sanitaria, en vez de mejorar la atención en salud, esta se deterioró, en tanto, se presentaron 130 mil quejas más que el año anterior. Teniendo en cuenta que la excepcionalidad implicaba un número mayor de demanda sobre el sistema de salud, esto suponía también mayor movilización de recursos del estado para la atención de la misma, se esperaba por lo menos que se

---

<sup>8</sup> Defensoría del Pueblo. Julio 24, 2020, Más de 620.000 tutelas se instauraron en 2019 para proteger derechos fundamentales. (<https://www.defensoria.gov.co/es/nube/comunicados/9441/M%C3%A1s-de-620000-tutelas-se-instauraron-en-2019-para-proteger-derechos-fundamentales-derechos-salud-Defensor%C3%ADa-tutelas.htm>)

<sup>9</sup> Margarita Coneo Rincón, miércoles, 28 de agosto de 2019, La República, (<https://www.larepublica.co/especiales/especial-salud-agosto-2019/quejas-peticiones-y-reclamos-ante-la-supersalud-aumentaron-245-a-junio-de-2019-2901697>)

mantuviera igual la atención en salud, dado los problemas estructurales del sistema que no se resuelven en un corto plazo, pero esto no fue así, conforme a lo refleja estos datos referenciados.

Para el primer semestre de 2020, el documento también muestra que se presentaron 750.149 solicitudes de información, para un total de 1.234.950, de PQRD más solicitudes de información ciudadana ante la entidad reguladora para atención en salud.

Hasta julio de 2020, las principales causas de las quejas y peticiones fueron restricción en el acceso a servicios de salud, lo que se traduce en negación de servicios, esto se presentó en un 81.9%, seguido por insatisfacción del usuario con el proceso administrativo, y a la deficiencia en la efectividad de la atención en salud, con un 6.7 y 6.3% respectivamente. Estos datos coinciden con los motivos de presentación de tutelas, presentados por la Defensoría del Pueblo en el año 2019, en el cual la restricción en el acceso a prestación de servicios de salud es el primer motivo de las tutelas en salud.

Del total de PQRD y solicitudes de información, el 14.6% se presentó por falta de oportunidad en la asignación de citas, en un 9.4% por falta de oportunidad en la entrega de medicamentos NO POS, 7.6% falta de oportunidad en la entrega de medicamentos, 4.3% demora en la autorización de medicamentos No Pos. Las 5 EPS del régimen contributivo que más recibieron PQRD y solicitudes, fueron Medimas, Coomeva, Servicio Occidental de Salud, Coosalud y Nueva EPS, en orden de mayor a menor, entre el régimen subsidiado se encuentran Capital Salud, Confacundi, Medimas, Convida, Ecoopsos. Llama la atención que algunas de estas entidades, también se encuentran referenciadas en el ranking de baja realización de pruebas para Covid19 por número de afiliados que presentado por el Instituto Nacional de Salud para ese período.

Los anteriores datos y la negativa de gobiernos sucesivos para cumplir el mandato de un Plan de Salud igual para todos los colombianos previo a la expedición de la ley estatutaria en salud que acaba con los planes obligatorios de salud, o beneficios, generando un sistema inclusivo en donde “Todo está incluido menos lo excluido”, conforme a unos criterios expresados. Esto condujo a que la Corte Constitucional emitiera la Sentencia T-760 de Reforma Estructural del Sistema de Salud en el 2008, en cuya jurisprudencia ratifica el reconocimiento del derecho a la salud como fundamental y autónomo, en los términos que lo había reconocido el sistema de las Naciones Unidas, en especial la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (año 2000). La Sentencia T-760 de 2008 emitió 16 órdenes al Gobierno Nacional para solicitar acciones regulatorias consagradas en la legislación vigente para la garantía del goce efectivo del derecho a la salud y la destinación específica de los recursos públicos. En la valoración que hace la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T760 de 2008 por Una Reforma Estructural del Sistema de Salud de los autos de seguimiento de la sala de salud, el ejecutivo solo ha cumplido una de las 16 órdenes<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Informe de la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T 760 Por Una Reforma Estructural al Sistema de Salud, agosto de 2016, elaborado por Carlos Lerma Carrillo, a partir de la solicitud elevada por la Corte Constitucional al ejecutivo nacional para que estableciera un sistema de información que dé cuenta del cumplimiento de las ordenes, algunas de las que merecen especial atención que se han incumplido son: “Orden 16: Superación de fallas de regulación. Incumplida, no han superado fallas de regulación. Orden 17: Actualización integral del POS. Incumplida. Orden 18: Periodicidad en la actualización del POS. Se realizó actualización integral en el 2013 por medio de la resolución 5521, en el 2014 se realizó un ajuste mediante resolución 5926 de 2014 y en diciembre de 2015 se actualizó mediante resolución 5592. Orden 19: Informe de Negación de Servicios de Salud. Incumplida. Orden 20: Ranking de las EPS e IPS. Incumplida. Orden 21: Unificación de planes de beneficios para niños y niñas. Incumplida. Orden 22: Unificación gradual y sostenible de los planes de beneficio. Incumplimiento. Orden 24: Sostenibilidad Financiera y Flujo de recursos. Incumplida. Orden 25 Flexibilización de requisitos aplicables a los recobros glosados. No se cuenta con información necesaria para hacer la valoración. Orden

Como un hecho posterior, ante la crisis permanente del sistema de salud, la sociedad civil presentó una iniciativa de ley estatutaria, que dio origen a Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015. La Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional reconoció en el orden legislativo la fundamentalidad del derecho y procuró un viraje completo al modelo de aseguramiento vigente hasta el momento, que a la fecha acumula una crisis financiera, de prestación de servicios de salud y humanitaria, que posiciona la salud entre las primeras prioridades y preocupaciones de los colombianos, máxime en un momento de agravamiento por la pandemia.

La Ley Estatutaria en Salud (LES) 1751 de 2015 declaró la salud como un Derecho Fundamental Autónomo. En el alcance que determinó el legislativo y la modulación de la Corte Constitucional en la sentencia C-313 de 2014, la salud quedó definida como un derecho prestacional de un lado, lo que significa que no debe existir un plan obligatorio de salud ni un plan de beneficios, sino que se tiene que incluir todo lo necesario para la atención, menos lo definido por unos criterios de exclusión, los cuales mantienen la atención, pero no son asumidos financieramente con recursos públicos de la salud, a no ser que sean otorgados por medio de la tutela.

Es decir, se normó un sistema inclusivo, que impone un principio de universalidad, de igualdad en el acceso a servicios de salud, con garantía de la autonomía profesional, el respeto por el trabajo digno del personal que presta los servicios de salud, la atención inmediata de las urgencias y como parte del derecho se reconocen los determinantes sociales de la salud como los definió la Observación General 14 de la Organización de Naciones Unidas del año 2000. Para garantizar este marco normativo se debe cambiar el modelo de aseguramiento instaurado por la ley 100 de 1993 y reafirmado por sus reformas posteriores, la ley 1122 de 2007 y la ley 1438 de 2011, y el intento de continuar en esta línea mediante el proyecto de ley 010 de Senado de la República y 425 de Cámara de Representantes, que fue archivado en el contexto de las peticiones del paro nacional del 2021.

En este momento, aún no se logra en Colombia la reglamentación y la implementación de la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015, debido a que grandes poderes se oponen a las reformas que el pueblo colombiano demanda y han logrado silenciar las propuestas planteadas desde la sociedad civil.

## **DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO INSTAURADO POR LA LEY 100 DE 1993**

La promesa de la ley 100 de 1993 fue la garantía progresiva de la cobertura universal de la salud, objetivo que no se ha logrado, como lo señala información oficial del Ministerio de Salud entregada a la Corte Constitucional en el contexto del seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 (5), la afiliación en salud para el 2017 era del 94,9%, para el 2019 de 95,2%, en donde el 45,4% y el 45,2% corresponden al régimen contributivo y subsidiado respectivamente. Esto significa que 5% de los

---

*26 Tramite pago de los recobros atrasados a 30 de septiembre de 2008. Cumplido por lo que cesa el seguimiento de esta orden. Orden 27 rediseño del sistema de recobros. Incumplimiento. Orden 29 Cobertura Universal sostenible. Incumplimiento con las consideraciones que la universalización no puede entenderse solo como carnetización o como destinación de recursos para ampliar la afiliación, ello es importante pero la realización de la universalización implica el acceso real a los servicios y tecnologías de salud, y el mejoramiento de los factores que inciden negativamente en los determinantes de la salud. Orden 30 Medición de acciones de tutela. Incumplimiento. Orden 32 Divulgación de la sentencia. No existe suficiente información que le permita valorar al momento actual el cumplimiento de esta orden. 16 de la negación de servicios de salud, para hacer la trazabilidad de los mismos y compulsar copias a los órganos de control".*

colombianos, no tienen carnet de afiliación, esto es aproximadamente 5 millones de ciudadanos. Es importante anotar que el hecho que se esté afiliado al sistema, no quiere decir que se garantice la atención. Dentro del porcentaje del régimen contributivo, el 5% correspondería a los regímenes especiales.

Los departamentos con menor porcentaje de afiliación son Guaviare con 66.48%, Vaupés 68.93%, San Andrés 73.27, Nariño 77.92% y Caquetá 78.40%, con un promedio para el año 2018 de 94.44%, 2019 de 94.98% y para enero de 2020 de 94.35%.

Pero el mayor problema está en que el derecho de quienes están supuestamente afiliados, está siempre condicionado al cumplimiento de una serie de requisitos que no suelen estar en manos de los ciudadanos, como tener un trabajo e ingresos estables y lograr que el patrono pague oportunamente al régimen contributivo, o mantener una familia estable y localizada en el régimen subsidiado, normas que no contemplan la gran dinámica poblacional, laboral y social, y las situaciones que se han agravado en el contexto de la pandemia. Por otra parte, los cierres permanentes de servicios por problemas de contratación, financiación y pagos a los prestadores de servicios de salud, hace que los ciudadanos acaben encontrando barreras continuas de acceso y negaciones permanentes al derecho a la salud, basadas en mil razones burocráticas sentadas en la regulación y que solo favorecen a las EPS.

No obstante, en los departamentos que corresponden a zonas dispersas en el territorio nacional, la cobertura es insuficiente y no garantiza la atención en salud. Los casos más elocuentes documentados corresponden al Chocó en donde el 15 de septiembre de 2014 la Defensoría del Pueblo solicitó intervención a la Sala de Seguimiento de Salud de la Corte Constitucional por la crisis de la salud en el departamento del Chocó, específicamente en el Hospital de segundo nivel San Francisco de Asís, que estaba intervenido por la Superintendencia Nacional de Salud (Auto 314 de 2016, Corte Constitucional). Allí estaba en riesgo la atención en salud de la población por la crisis financiera del hospital y la no autorización por parte de la EPS para cubrir viáticos de traslados necesarios de los pacientes y sus familias.

El otro caso conocido es el de la Guajira, en donde la mortalidad infantil por desnutrición ocasionó la generación de medidas cautelares por parte de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, las cuales fueron prorrogadas en la resolución 3 de 2017 y en donde se le pide al Estado colombiano que proteja la integridad de 9000 mujeres gestantes del pueblo Wayuu, de los municipios de Manaure, Uribía y Riohacha que se encuentran en situación de riesgo por falta de atención médica y con altos niveles de desnutrición por la ausencia de agua y alimentación. Estos son solo dos de los tantos casos que se presentan en las zonas dispersas de Colombia, es decir, en la mitad del territorio del país. Realidad que ha evidenciado los márgenes de inequidad en salud que el modelo de la ley 100 no logró sortear. Es así como según el análisis de Ruiz & Zapata (2015) con base en la Encuesta de Calidad de Vida 2013, hay unas brechas relevantes de la zona rural comparada con la urbana.<sup>2</sup> Al analizar el estado de salud según los grupos poblacionales, las diferencias se acentúan.

En el caso de la población con condición de discapacidad en Colombia, de acuerdo con los datos del DANE<sup>11</sup>, para el 2018 había en Colombia 3.134.036 personas con dificultades para realizar actividades de la vida diaria, de las cuales 1.784.372 (4,07% de la población del país) reportaron tener dificultades

---

<sup>11</sup> Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, Discapacidad (dane.gov.co) (<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/discapacidad>)

de mayor severidad, conforme a la escala del Grupo de Washington. El 34,6 % de todas estas personas recibe apoyo de otras personas para realizar sus actividades de la vida diaria.

Para 2013, según datos del Ministerio de Salud y Protección Social, la tasa de mortalidad materna entre la población indígena era 6.8 veces mayor que la población general<sup>12</sup>

Lo anterior contrasta con una reducida diferencia de 2% en cobertura de afiliación a la seguridad social (IIH: 0.2).<sup>19</sup> la colectividad afrocolombiana y esta última dos veces mayor que el promedio marginal. De igual manera, la tasa de mortalidad infantil era 2.6 veces mayor entre los indígenas de la media nacional y 1.3 veces mayor en los afrocolombianos que entre la población nacional (MSPS, 2016).

Estas brechas indican una respuesta inequitativa y no diferenciada del sistema de salud. Estas brechas de atención se mantienen por la última década, es así como la proporción de atenciones según departamento para condiciones perinatales, transmisibles y nutricionales, enfermedades no transmisibles y lesiones, se concentran mayoritariamente en Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca, en contraste con zonas dispersas del país como Vaupés, Guainía, San Andrés y Amazonas, que se encuentran en último lugar (ASIS, 2020). En ese sentido, se presentó un incremento de la mortalidad materna 6,5% en 2019 en comparación con el 2018, principalmente en muertes en el Cesar, La Guajira, Cundinamarca, Tolima (Exposición de motivos PL 010 Senado, 425 Cámara).

Así pues, es una falacia asegurar que el sistema de salud cubre a toda la población colombiana, pues no garantiza el acceso real y equitativo a los servicios. Tampoco se cuenta con un control eficaz sobre los determinantes sociales y económicos que inciden en el bienestar de la población.

Otro elemento central del modelo de aseguramiento instaurado por la ley 100 de 1993 es el debilitamiento de la red de hospitales públicos, dado que fueron transformados en Empresas Sociales del Estado que debían competir entre sí y con los prestadores privados, en condiciones de inequidad, por la exigencia desigual que tienen los primeros de mantener abiertos servicios no rentables financieramente, como hospitalización, urgencias, atención de partos, entre otros.

## Resultados en Salud

Durante la vigencia del modelo de salud instaurado por la ley 100 de 1993, se han logrado avances importantes que se reflejan en los indicadores de morbi-mortalidad. En ese sentido, las cifras aportadas por el Ministerio de Salud y Protección Social (ASIS, 2020) muestran que entre 2005 y 2018 en Colombia se produjeron 205.898 muertes, en promedio lo que indica una tendencia fue decreciente; durante este periodo la tasa de mortalidad por edad disminuyó en un 13%, pasando de 526,87 a 457,5 muertes por cada 100.000 personas año. En esta reducción también son responsables los avances en la calidad de vida y los avances científicos biomédicos en el mundo.

---

<sup>12</sup> Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá D.C., enero de 2016, Política de Atención Integral en Salud “*Un sistema de salud al servicio de la gente*”, pág. 13: Cifras del Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) (MSPS, 2016): “12% menor percepción de buena salud (Índice Normalizado de Inequidad Horizontal de 0.04); 4% de menor percepción de prevalencia de enfermedad crónica (IIH: 0.13); 11% de menor uso de condón en la primera relación sexual (IIH:-0.27) 6% mayor prevalencia de baja talla (IIH: - 0.19); 9% menor acceso a tratamiento para la diarrea (IIH: -0.11); 12% menor cobertura de cuatro controles prenatales (IIH:-0.28); 11% menor cobertura de parto institucional (IIH:-0.49); 10% menor acceso a servicios preventivos (IIH:-0.16); 12% menor acceso a servicios odontológicos (IIH:-0.25); 7% menor uso de servicios ambulatorios en caso de problema manifiesto de salud (IIH:- 0.36); 4 días de diferencia en la oportunidad de acceso médicos especialistas (IIH: -0.003)”.

El Observatorio Nacional de Salud muestra que de 1998 a 2011, el 53% de las muertes reportadas, correspondía a muertes por causas evitables, esto equivale a casi un millón trescientos mil colombianos (INS, 2014).

Según el Informe Epidemiológico del Ministerio de Salud, las enfermedades respiratorias aportan la mitad de la mortalidad, las cuales pueden ser controladas adecuadamente con medidas de promoción y prevención, además de un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno con intervenciones apropiadas y de muy bajo costo; en este grupo se ubica la TBC, que generó el 8,66% (6.722) de las muertes por enfermedades transmisibles en hombres. La mortalidad infantil mantiene la tendencia a descender a lo largo de los años. Según el Ministerio *“Entre 1998 y 2017 las tasas de mortalidad infantil disminuyeron un 45,0%, lo cual equivale a una reducción de ocho muertes por cada 1.000 nacidos vivos, el cambio porcentual anual estimado de la tasa fue de -3,8 y fue significativo con un nivel de confianza del 95%. Se proyecta que, si las condiciones se mantienen constantes, para el año 2021 la tasa de mortalidad infantil puede descender hasta 7,3”*. Sin embargo, el sistema de salud reproduce la inequidad social, dado que tiene mayor probabilidad de morir un niño del régimen subsidiado que uno del régimen contributivo.

Es así como entre 2005 y 2014 la mortalidad infantil con tasas entre un 39% y un 50% fue más alta en el régimen subsidiado que en el contributivo, con descenso en ambos regímenes. Esta desigualdad también se refleja cuando la mortalidad infantil asciende al 61%, más alta en el primer quintil de pobreza comparado con el último quintil. En los mayores de un año esta tasa aumenta a un 77% en el primer quintil de pobreza en relación con el último. La mortalidad por infecciones es un 70% más alta en el primer quintil de pobreza comparado con el último; se producen 7,43 muertes más por IRA por cada 100.000 menores de cinco años en los departamentos con mayor pobreza multidimensional que entre los más acomodados socioeconómicamente (ASIS, 2016).

La inequidad se reproduce en los indicadores que dan cuenta de la atención en salud en ambos regímenes. El 59,5% (627.110.788), de las atenciones se prestaron en el régimen contributivo, el 34,7% (366.263.045) en el régimen subsidiado y el 2,9% (31.022.444) de las atenciones se registró en población pobre no asegurada. En los últimos 14 años las coberturas de vacunación para BCG se han mantenido entre 83,64% y 89,13%, así mismo, la cobertura de la vacunación antipolio estuvo entre 87,98% y 92,49%, la de DPT osciló entre 87,95% y 92,46% y la de triple viral entre 87,95% y 92,46%, con importantes diferencias en los ámbitos departamental y municipal. 7 otros datos del ASIS 2016: Eventos de notificación obligatoria Entre 2007 y 2011, no se notificaron casos de cólera, difteria, parálisis flácida, sarampión ni rubeola congénita. No obstante, en agosto de 2021 el Ministerio de Salud reportó un nuevo brote de sarampión en Necoclí, Antioquia.

Para 2018, según datos de la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (International Agency for Research on Cancer - IARC) citada en el ASIS 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, para la población menor de 19 años de edad, la tasa de incidencia de leucemias en ajustada por la edad en el mundo es de 3,1 por cada 100.000 personas año, en hombres fue de 3,5 por cada 100.000 hombres año y en mujeres fue de 2,7 por cada 100.000 mujeres año. En Colombia la tasa ajustada fue de 5,2 por cada 100.000 persona año, en hombres fue de 5,6 por cada 100.000 hombres año y en mujeres fue de 4,8 por cada cien mil mujeres año (ASIS, 2020).

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

En ese contexto, Colombia es de los países con mayor prevalencia de leucemia aguda pediátrica, al igual que Chile, Argentina, Canadá, Alemania y Australia; además, tiene alta tasa de letalidad. Este indicador da cuenta de la ineficacia del sistema de salud, en tanto el acceso a tratamientos adecuados y oportunos mejora la supervivencia y disminuye las tasas de mortalidad.

En cuanto a la mortalidad general, según el ASIS 2020, entre 2005 y 2018 las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad en Colombia tanto para hombres como para mujeres. Las neoplasias son la tercera causa de muerte en Colombia. Entre 2005 y 2018, los tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon, fueron la primera causa de mortalidad en hombres y mujeres, causaron el 4,6% (22.329) de las defunciones y exhibieron tasas oscilantes entre 14,2 y 14,0 muertes por cada 100.000 habitantes.

La mortalidad por enfermedades transmisibles ha seguido una tendencia al descenso. Las enfermedades respiratorias agudas constituyen la primera causa de muerte dentro del grupo, entre 2005 y 2018 produjeron el 51,8% (94.096) de las defunciones, y sus tasas ajustadas oscilaron entre 18,4 y 19,7 muertes por cada 100.000 habitantes (ASIS, 2020). El VIH (SIDA) se le atribuyó el 17,20% (31.280) de las muertes por enfermedades transmisibles y constituye la segunda causa de muerte más frecuente.

En el 2104, la mortalidad materna no fue diferente únicamente en las regiones, también se vio afectada por quintiles de riqueza. El quintil de los departamentos más pobres del país (Chocó, Vichada, La Guajira, Córdoba, Guainía, Vaupés, Putumayo) sufren una mortalidad 5,48 veces más alta que el quintil de los departamentos con menor Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) (Antioquia, Quindío, Cundinamarca, Risaralda, Valle del Cauca, Bogotá D.C. y el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina). Es decir, las mujeres en el quintil de pobreza más alto tienen una razón de muerte materna 4.6 veces más alta que se da en el quintil de mayor riqueza. Dentro de los factores que afectan este indicador está el acceso de las mujeres a métodos anticonceptivos modernos a través de servicios primarios de atención y de prevención y promoción de la salud.

En Colombia, en el 2015, 76,7% de las mujeres que viven en zonas urbanas entre los 13 y 49 años de edad y con compañero usaban métodos anticonceptivos modernos mientras que en la zona rural esta proporción era del 73,9%. Una situación muy problemática que se deriva de la falta de acceso a servicios de salud es el embarazo adolescente. En el 2105, la prevalencia de embarazo adolescente fue del 27.2% en el quintil más pobre de la población y 4.7% en el quintil de mayor riqueza (ENDS, 2015) Es imperativo incluir a la juventud dentro de la planeación de los servicios de salud.

Por la falta de enfoque en prevención y promoción de la salud, y teniendo en cuenta el impacto de este problema viene siendo la segunda causa de deserción escolar y su contribución al ciclo de pobreza, es necesario priorizarlo en la agenda de las políticas públicas.

## **ANÁLISIS DE LA ACTUAL POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD**

### **Períodos de Gobierno del Presidente Juan Manuel Santos (2010-2014 y 2014-2018)**

Como una respuesta a la crisis permanente del modelo vigente de salud, la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015 fue una iniciativa de la sociedad civil con el objetivo de establecer un marco

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**



constitucional que fundamentara las bases para un cambio de modelo de salud que pudiera garantizar el derecho fundamental. Dicha ley fue sancionada en el año 2105 después de que diversas organizaciones de la salud y de la sociedad civil, tuvieran que interponer una constitución en renuencia al Presidente del Congreso de la República para su sanción, dado que el Presidente Santos no la había sancionado en los plazos estipulados.

Este marco normativo reconoce la universalidad del derecho, lo que supone la desaparición fáctica de la segmentación de la población según su capacidad de pago en régimen contributivo y subsidiado; reconoce la autonomía profesional como principio de la garantía de la prestación de servicios de salud; establece la regulación de los precios de medicamentos en todos los eslabones de la cadena de producción y comercialización; ratifica la destinación específica de los recursos públicos de la salud y resuelve que no se pueden embargar; termina con el Plan Obligatorio de Salud o Plan de Beneficios como un listado restrictivo de la atención en salud, planes que constituyen un sistema apoyado en criterios de exclusiones; incorpora los determinantes sociales de la salud como parte del derecho fundamental.

Por último, establece la necesidad de que el Estado retome la rectoría, dirección y coordinación de la política pública de salud. Este marco normativo exigía del Gobierno Nacional y del Congreso de la República el desarrollo de una ley ordinaria que reformara el sistema de salud, dando un viraje hacia un modelo enfocado en la atención primaria en salud, con énfasis en la prevención. También era necesario reorganizar el sistema en función de las necesidades de salud de la población, lo que supone suprimir la intermediación financiera que ha puesto énfasis en la extracción de renta de la enfermedad, y la desregulación de los actores del sistema por parte del Estado, hecho que ha patrocinado que sea un sistema corruptible.

Todo esto para que el Estado reasuma las funciones que le son propias de dirección, organización, supervisión y control del sistema. Dicho de otra manera, el modelo de salud plasmado en la ley estatutaria, que busca garantizar el derecho a la salud, no es compatible con el sistema de aseguramiento comercial vigente, el cual sostiene el negocio. En este contexto, el Gobierno Nacional optó por desconocer el marco normativo de la ley estatutaria y continuar por la ruta trazada de profundizar el negocio de la salud, con las consecuencias que acarrearán la vulneración masiva de este derecho, razón por la cual sigue siendo uno de los más tutelados, y la profundización de la inequidad social expuesta. El desconocimiento de la norma estatutaria se aprecia en la expedición de resoluciones y decretos en sentido contrario a la misma.

En el tema financiero, las cifras de la Superintendencia Nacional de Salud y del Ministerio de Salud son concluyentes en cuanto al fracaso financiero del sistema, y en el papel intermediado de las EPS en la gestión del flujo de recursos públicos de la salud.

Desde 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social empezó a asumir estas funciones al realizar giros directos de recursos públicos a los prestadores en situación de crisis. El descalabro de las EPS es elocuente, hemos pasado de 72 a menos de 40 en la actualidad, y todas ellas suman un déficit superior a los 5 billones de pesos. No se cumplen las normas legales sobre capitalización o liquidación de empresas. Ante este panorama, en 2014, mediante el decreto 2702 el Gobierno estableció un nuevo plazo de siete años para posibilitar la capitalización de las EPS, plazo que amplió para que cumplieran las condiciones de solvencia financiera, patrimonial e inversión de las reservas técnicas

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

que las habilitara para el manejo de recursos públicos de la salud. Los decretos 2117 de 2016 y 718 de 2017, hicieron más flexibles las exigencias financieras y contables para la recuperación, les aumentaron a 10 años el plazo para cumplir estas condiciones y supeditaron al logro de su equilibrio financiero la garantía del derecho a la salud, solo se les pide que se limiten a hacer “Una mitigación del riesgo en salud”.

Este decreto 2702 de 2014 fue modificado por el Decreto 2117 de 2016 que plantea en su articulado lo siguiente:

*“Artículo 4. Adiciónese unos artículos a la Sección 1 del Capítulo 2, del Título 2, de la Parte 5 del Libro del Decreto 780 de 2016, “Artículo 2.5.2.2.1.17 Condiciones, plazos y un tratamiento financiero especial por parte de las EPS. Las EPS tendrán un tratamiento especial podrán acceder a los plazos del presente artículo, siempre que acrediten las siguientes condiciones: b. Modelo de atención orientado a la mitigación del riesgo en salud. La EPS debe acreditar la implementación del modelo de atención para mitigación del riesgo en salud, con base en un Plan de Gestión del Riesgo, cuyos resultados se reflejen en un comportamiento con tendencia a la generación y restablecimiento del equilibrio financiero, sin afectar en ningún momento la calidad y la oportunidad en la prestación de los servicios de salud a la población afiliada”. Los mencionados decretos allanaron el terreno para que los prestadores de servicios de salud sean dueños de aseguradores, y fue lo que admitió la compra de Cafesalud por parte del consorcio de prestadores de Servicios de Salud, Medimás Prestarsalud.*

En la misma dirección el gobierno nacional del Presidente Juan Manuel Santos expidió el decreto 718 de 2017, que dice:

*“Artículo 1. Adiciónense dos párrafos al artículo 2.1.13.9 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, modificado por el Decreto 2117 de 2016, así: “Párrafo 1.....Párrafo 2. En los procesos de reorganización institucional previstos en el presente artículo las entidades podrán presentar, junto con el plan de reorganización institucional, una propuesta para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia durante un plazo de cumplimiento de hasta diez (10) años, contados a partir de la aprobación del plan de ajuste que haga la Superintendencia Nacional de Salud. (Negrilla y subrayado fuera de texto). En todo caso al final del quinto año deberán tener cubierto como mínimo el 50% del defecto proyectado al cierre de la primera vigencia fiscal de la operación”.*

En este contexto, las EPS para efectos del cálculo del capital mínimo y el patrimonio adecuado podrían descontar las pérdidas que se presenten al cierre de cada vigencia y estas deberán ser cubiertas en el periodo de transición restante, para lo cual la Superintendencia Nacional de Salud evaluará el cumplimiento de las condiciones financieras de permanencia y solvencia, al cierre de cada vigencia fiscal. Las medidas adoptadas en ese momento continúan vigentes en la actualidad, y constituyen el soporte normativo para mantener vigentes unas entidades que son insolventes para manejar billonarios recursos públicos de los colombianos.

Resulta paradójico que en una acción positiva por parte del Estado, estos procedimientos lleven a un mal manejo de los recursos públicos de la salud y promuevan la desviación de los mismos al incentivar

el uso de la UPC con fines distintos a la prestación de servicios de salud, situación que fue denunciada por organizaciones de la sociedad civil ante la sala de salud de la Corte Constitucional, quien mediante auto del pasado 17 de agosto de 2017, compulsó copias a los órganos de control para que ejerzan las respectivas indagaciones de su competencia. Continuando con esta política, en la ley 1753, del Plan Nacional de Desarrollo 2.014- 2.018, expedido posteriormente a la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015, se constituyeron las denominadas Rutas de Atención en Salud en el marco de la Política de Atención Integral PAIS, y su modelo de atención MIAS, como una estrategia para identificar las patologías denominadas “de alto costo”, estrategia que se mantiene en la política pública del gobierno Iván Duque denominada MAITE.

Esto ha permitido diseñar y conformar las llamadas Rutas, que en este caso, le sirvieron al grupo AVAL, y a otros grupos financieros, para implementar una póliza de aseguramiento, así como crear el Instituto de Oncología, en el que estuvo vinculado el actual Ministro, Fernando Ruiz, a quien se le debe también el diseño de esta política pública en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud durante su paso por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Dicha política sigue incentivando la atención de alto costo en el sistema de salud y menoscaba el fortalecimiento de la atención primaria en salud en el marco tecnologías no incluidas en el plan de beneficios, sólo será considerada como definitiva cuando la EPS haya surtido todos los trámites ante la entidad responsable del pago para su reconocimiento.

Los gobiernos han continuado en la ruta de privilegiar el alto costo, profundizando la extracción de renta en el sistema de salud del alto costo, a costa de la gestión de la salud de la población. Directriz que ha fracasado en los últimos 20 años, desde la perspectiva de los resultados en salud y la profundización de la inequidad. Este desarrollo normativo supone acentuar la atención de la enfermedad por evento y grupos de riesgo, con la subsecuente fragmentación de la prestación del servicio de salud. Una política de salud fundamentada en el evento de la enfermedad rompe el principio de integralidad y continuidad en la atención que postula la ley estatutaria en su artículo 8, y torna un sistema de salud ineficaz desde el punto de vista de su sostenibilidad financiera.

Para continuar con este proceso sistemático de limitar el derecho a la salud, el Gobierno del Presidente Santos expidió el decreto 2353 de 2015 acerca de la afiliación transaccional, que obliga a la población a inscribirse nuevamente al sistema de aseguramiento comercial, cuando ya estaba carnetizado más del 96% de los colombianos. Esto conlleva a una supeditación del goce efectivo del derecho a un trámite administrativo de afiliación, que en sí mismo se constituye como una barrera de acceso a la atención en salud. Desconoció abiertamente la universalidad que es consustancial a los derechos humanos, los que reconocen igual dignidad a todos los habitantes del territorio nacional frente al goce efectivo de un derecho fundamental. El Ministerio de Salud y Protección Social con la premisa de que se debe garantizar la autonomía profesional y, por consiguiente, el derecho a la salud, de manera contradictoria intervino profundamente en la autonomía profesional, por medio de las resoluciones 1328 de abril de 2016, modificada por la 3951-2016, la 5884 de 2016 y la 532 del 2017, que se relacionan con el manejo de los Planes de Beneficios, Pos, No-Pos y las exclusiones.

Es de anotar que la garantía del derecho a la salud en su componente de prestación de servicios de salud solo es posible si se protege la autonomía médica o profesional. Con estas resoluciones el Ministerio de Salud y Protección Social, constriñó la libertad de decisión del médico mediante la

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

creación de una plataforma tecnológica denominada Mipres (Mi Prescripción), en donde genera un listado encubierto de tecnologías y tratamientos en salud que limitan la prescripción del médico y opera con criterios arbitrarios. Como consecuencia ahora el médico se autocensura para hacer la prescripción para no generar orden médica y así, el paciente no cuenta con un soporte físico para instaurar una tutela que le permita acceder a la prestación del servicio. Con este dispositivo se vulneró el derecho a la salud del paciente, la autonomía médica y la tutela como herramienta constitucional de defensa de los derechos fundamentales.

El desarrollo de la plataforma Mipres estuvo amparada en la respuesta del Ministerio de Salud y Protección Social para dar cumplimiento a una orden de la Corte Constitucional en el marco del seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008, que ordenó a esta cartera establecer un sistema de información que dé cuenta de la negación de servicios de salud, y permitiera establecer la trazabilidad de las responsabilidades asociadas a estos hechos para los órganos de control. El Mipres, se ha constituido en sí mismo en una barrera de acceso que vulnera el derecho a la salud, y solo permite la trazabilidad de medicamentos y tecnologías que no hacen parte del Plan Obligatorio de Salud (POS), es decir, el No Pos.

Por tanto, su función no es servir de sistema de información para detectar la negación de servicios. Según la Defensoría del Pueblo, el 80% de los servicios que se niegan en Colombia corresponde a los aprobados en el POS y esta plataforma no detecta estos tratamientos y tecnologías. En la práctica opera como una medida de contención del gasto en salud que incentiva la negación de servicios a los pacientes.

En ese sentido, seis meses después de haber sido implementada esta plataforma, la Organización Pacientes Colombia manifestó que de cada 10 pacientes a quienes se les prescribía, 8 enfrentaban la negación de servicios por parte de las EPS (El Tiempo, 2017). Estas cifras no alcanzan a medir el número de veces que el médico se autocensura y evita prescribir un tratamiento. Estas resoluciones, además, establecen otros mecanismos para constreñir la prescripción médica. Enfatizaron en el cumplimiento obligado de guías y protocolos para la prescripción médica, pero vale mencionar que estos documentos sirven de orientación al médico tratante, pero en ningún caso una guía suplanta la decisión clínica del médico en relación con el paciente. La ley estatutaria de la salud elimina el Plan Obligatorio en Salud y establece unos criterios de exclusión de tratamientos que no deben ser cubiertos con recursos públicos de la salud.

La operación de estos criterios se debió definir mediante una ley ordinaria para delimitar un proceso técnico-científico y participativo para la materialización de estas exclusiones. Al respecto, el Ministerio de Salud emitió la resolución 330 de 2017, en donde reactivó por esta vía un listado del POS, se reservó para sí la decisión final de cuáles tratamientos y tecnologías deber ser o no cubiertos con recursos públicos, esto en abierta transgresión del derecho a la participación, de la autonomía médica, en el marco de una política de contención del gasto en salud, que tiene como pivote ahorrar recursos de salud a costa de la atención de los pacientes, y al unísono posibilitar la recuperación financiera de las EPS, en su esquema rentista con recursos públicos de la salud. En últimas, profundizar el modelo de la ley 100, eludir la necesaria reforma a la salud, administrar la crisis y eludir las disposiciones legales de la ley estatutaria y la Sentencia C-313 de 2014.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

## **Período de Gobierno del Presidente Iván Duque Márquez (2018-2022)**

En el gobierno del Presidente Iván Duque se ha mantenido la misma línea de actuación de desconocimiento de la ley estatutaria en salud, es así como en el Plan Nacional de Desarrollo, aprobado en el primer semestre del año 2019, propuso como primer objetivo el saldar las deudas del sector salud con un conjunto de artículos consignados en el PND, que es lo que denominan el acuerdo de punto final. Este acuerdo, consistiría en que, con deuda pública, emisión de bonos del tesoro público, se subsanaría una parte de las deudas del sector salud, correspondientes al No Pos, hasta por un monto aproximado de 5 billones de pesos, cifra inferior a la deuda total. Es decir, lo que propuso el Gobierno, es endeudar el país a futuro, para cubrir las deudas del pasado del sector, sin modificar las causas estructurales que originaron el déficit financiero.

Otra medida adoptada, es el traslado del pago del No Pos del régimen subsidiado que tenía que ser asumido por los entes territoriales, a la nación, a partir del año 2020. Se establecieron unos techos tarifarios para las EPS para la cobertura de los servicios NO Pos, esto supone el reconocimiento de una segunda UPC con cargo al No POS, que se calcula sobre el histórico de los recobros que tienen serios cuestionamientos por opacidad de los mismos.

EL PND del gobierno de Duque, en contravía de la ley estatutaria, mantuvo las figuras del POS y No POS, cuando el nuevo modelo debería implicar que todos los servicios deben estar incluidos en el sistema de salud, menos aquellos que correspondan a los criterios de exclusión que están consignados en el artículo 15 de la LES, esto supone que todo lo incluido debe ser cubierto con la Unidad de Pago por Capitación UPC, por parte de las EPS. Esto es exactamente lo que se dejó intocado en el PND, es evidente que es más conveniente para las EPS, que el menor número de servicios y tecnologías queden dentro de la UPC para que esta prima les resulte más rentable, y puedan además recobrar un mayor número de servicios con cargo al No Pos.

Otras de las medidas adoptadas en este plan, consistió en ampliar los incentivos económicos a aseguradores y prestadores para que cumplan con la labor que deben constitucionalmente cumplir. En contraste, el mismo PND, en un retroceso de los logros progresivos del financiamiento solidario y universal de la salud, introduce un artículo para que un porcentaje de los ciudadanos que pertenecen al régimen subsidiado, deban hacer aportes al sistema so pena de no ser atendidos. Con esta medida aspirar a lograr un recaudo de un billón de pesos anuales para el sistema.

El mayor retroceso del PND es revertir, medidas que, como el giro directo, habían garantizado el flujo de recursos de la salud a los hospitales públicos. Este era obligatorio en el régimen subsidiado y para aquellas EPS sometidas a vigilancia especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. En el articulado del PND se reversa este carácter obligatorio del giro directo, y se deja a disposición del Ministerio de Salud y Protección Social.

Este conjunto de medidas, que a todas luces no van a resolver la crisis de la salud, van a tener el efecto de posponer la crisis, se va a prolongar el sufrimiento de la población. Lo que busca el gobierno nacional es inyectar algunos recursos al sistema, a costa de deuda pública, para posponer parcialmente la debacle, atenuar su impacto, sin adoptar medidas si quiera progresivas para resolver

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

de fondo. El objetivo es el salvamento del sistema de aseguramiento de las EPS a toda costa. La última medida adoptada estuvo dada por la presentación del proyecto de ley 010 de Senado de la República y 425 de Cámara de Representantes en el año 2019, que fue archivado por el Congreso de la República en las Comisiones séptimas conjuntas, como consecuencia de la presión ciudadana dada por el paro convocado el 28 de abril del 2021.

En este articulado una vez se apuntaba a continuar la trazabilidad del negocio instaurado con la salud de los colombianos en el modelo descrito con cuatro aspectos: continuar con el debilitamiento, fusión y liquidación de los hospitales públicos, establecer mecanismos para mantener la negación de servicios en Colombia, dejando a discrecionalidad del Ministerio de Hacienda y Salud la financiación del plan de beneficios, instaurar mecanismos artificiosos para privatizar los recursos públicos de la salud mediante la creación de figuras como los “ conglomerados empresariales” como una manera de introducir un artificio de privatización de los recursos públicos de la salud, que por mandato constitucional tienen destinación específica, intervenir la autonomía universitaria, profesional y la autorregulación, estableciendo mandatos para modificar los currículos de medicina familiar y la formación continua de los médicos, que podría estar a cargo de las aseguradoras.

### **A MANERA DE CONCLUSIÓN:**

El problema de fondo que conduce a la propuesta de todo lo anterior no se desprende una sola conclusión que llame a la expropiación por parte del Estado de los servicios de salud. El problema no está en que el mercado participe en la provisión de los servicios de salud, así como en la provisión de toda clase de insumos y activos necesarios para la misma. El dilema está en que el mercado tome el control de la asignación y distribución de los recursos del sector salud mientras el Estado se venda los ojos. El problema, en términos de Polanyi (Polanyi 1944), no es el mercado, pues el mercado es una función esencial de la sociedad.

El inconveniente en el sector salud, como en el sector bancario o en cualquier otro, son las tesis en boga sobre la capacidad de los mercados de autorregularse y las supuestas ventajas para la sociedad de dejar operar libremente al mercado bajo el supuesto de que la mano invisible garantizará una asignación y distribución eficientes. Entre posiciones defensoras del mercado autorregulado a nivel del fanatismo y posiciones defensoras de la estatización como única salida, existe un enorme campo de posibilidades para arreglos institucionales que entreguen mejores servicios de salud para los ciudadanos. Ello exige entender que no existe tal oposición entre Estado y mercado, sino una relación indisoluble. Para Stiglitz (Stiglitz 2003), “Nos dirigimos, en general, a una postura más equilibrada, una que reconoce tanto el poder como las limitaciones de los mercados, así como la necesidad de que el gobierno desempeñe un papel visible en la economía...” El problema real del SGSSS es un arreglo institucional sui generis basado en la premisa de que el mercado es capaz de decidir por sí solo sobre las necesidades de la población en salud.

Y cuando tal arreglo institucional llega al fracaso, como en el caso de los servicios de salud en Colombia, se pretenda que el problema obedece a “imperfecciones del mercado” o “pequeños problemas de regulación”, que por tanto pueden ser solucionados con pequeños ajustes. Para la CEPAL (Ocampo 1998) “...Uno de los grandes desafíos de América Latina consiste en demostrar que

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

el nuevo modelo de desarrollo es compatible con la corrección gradual de las grandes desigualdades sociales existentes. De no lograrse este objetivo, las bases políticas de las reformas —que han sido sólidas hasta ahora, en gran medida porque el retorno a la estabilidad macroeconómica ha sido visto como positivo por el conjunto de la población— podrían deteriorarse. Lo que es igualmente grave, tal vez se generarían tensiones sociales que podrían afectar la gobernabilidad y erosionar las bases de los consensos políticos que han permitido el fortalecimiento de la democracia en la región, sin duda otro de los grandes logros de los últimos años”.

Desde esta perspectiva el país debe abocarse a una reforma estructural del sistema de salud que reglamente verdaderamente la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015, dado que las reformas llevadas a cabo con la ley 1122 de 2007, 1438 de 2011, han significado arreglos institucionales en el marco del modelo de la ley 100 de 1993 que a todas luces no han logrado garantizar el goce efectivo del derecho a la salud.

## 1. DISPOSICIONES GENERALES

El marco de desarrollo de la reforma estructural del sistema de salud es la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015. Según la OMS el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud; en consecuencia, el Sistema de Salud garantiza el goce efectivo del mismo mediante el acceso universal a los bienes y servicios de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y de paliación necesarios a cada persona en el marco de un modelo de desarrollo y atención integral, intersectorial, transectorial y oportuna de los daños, enfermedades endémicas, epidémicas, raras, ultra huérfanas, laborales, accidentes laborales, de tránsito, de conflicto armado en Colombia, y demás problemas de salud que puedan presentarse. Además otro componente de este derecho son los determinantes sociales de la salud, entendido como la interdependencia de la salud con la garantía de otros derechos, tales como la educación, la cultura, el trabajo, la no discriminación, entre otros.

Para efectos de esta iniciativa de reforma a la salud se consideran los siguientes conceptos:

**Salud.** Es la capacidad y la potencialidad física y mental de las personas para desarrollar sus proyectos de vida en las condiciones materiales y sociales más favorables, cuyo resultado es el bienestar y buen vivir individual y colectivo.

**Salud pública.** Es una función estatal obligatoria, expresada en el conjunto de conocimientos, decisiones y acciones individuales y colectivas que se estructuran en políticas públicas para lograr el buen vivir de las personas y el óptimo mantenimiento de un entorno sano y saludable; orienta al sistema de salud y propicia la articulación entre Estado y Sociedad.

**Territorio de Salud.** Es una extensión determinada del territorio nacional, integrada por su suelo, personas que lo habitan, ambiente, recursos y entorno, todos los cuales se relacionan de manera dinámica y se identifican epidemiológica, económica, cultural, social y ambientalmente.

**Modelo de atención.** Es el conjunto de bienes y servicios articulados en el Sistema de Salud que actúa en los ámbitos individual y colectivo para resolver necesidades sanitarias de los territorios de salud; tiene responsabilidades institucionales y sociales y materializa el derecho a la atención integral en salud para su mantenimiento y recuperación y para la prevención de enfermedades, atención y rehabilitación de las personas afectadas tanto por enfermedades generales como por las relacionadas con el trabajo y accidentes de tránsito.

**Atención Primaria Integral en Salud (APIS).** Es una estrategia que permite articular y coordinar los servicios de salud con otros sectores de la acción estatal, junto con la participación de las comunidades, para garantizar la integralidad de la atención, la afectación favorable de los determinantes sociales de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones en sus territorios. La APIS es la puerta de entrada al Sistema de Salud, que se estructura en redes integrales de servicios inter y transdisciplinarios, cuenta con alta capacidad resolutive de los problemas con enfoque individual, familiar, comunitario, laboral y territorial para prevenir y resolver la mayoría de los problemas de salud de la población; su composición dependerá de la disponibilidad de recursos en cada territorio.

**Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS).** Es una forma de organización de instituciones y servicios de salud individuales y colectivos, de carácter público, privado o mixto, dispuestos a rendir cuentas al Estado y a la sociedad, que se articulan para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud mediante la atención integral de las personas y comunidades adscritas por territorios, en el marco de los principios del Sistema de Salud.

## 2. ORGANIZACIÓN GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD

- Será un sistema público, descentralizado, con atención de los servicios de salud a cargo de entidades públicas, mixtas y privadas.
- En el nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud no existirá la intermediación ni la administración privada del sistema, que es prohibida por la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015.
- El nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud estará cimentado sobre una fuerte Estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (Artículo 12, Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015), con acceso universal, igualitario, no asociado a la capacidad de pago, puesto que los derechos fundamentales no están subordinados a una afiliación y solo se requiere ser residente o estar transitando en el territorio nacional para disfrutar el goce efectivo del derecho a la salud.
- La organización del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud estará basada en las Redes Integrales de Servicios de Salud (Art 13, Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015), un Sistema Nacional de Referencia y Contrarreferencia, organizado en y por los Territorios de Salud con el apoyo de unidades técnico-administrativas, que garanticen la continuidad, integralidad, oportunidad y eficiencia de la atención en salud (Art. 4, Art.13, Art. 8, Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional).

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

- **DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**



- El nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud estará orientado no solamente a la prestación integral de servicios (Art 8, Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015), sino también al control de los riesgos de la salud y la gestión de los determinantes sociales de la salud en el marco de una política pública transectorial (Artículo 9, Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015).
- El nuevo Sistema garantizará a los trabajadores de la salud el disfrute de condiciones laborales justas, dignas y estables, y respetará sus derechos adquiridos (Artículo 18, Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015).
- La Política de formación, capacitación y actualización del Recurso Humano es una obligación permanente, garantizada por el Nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud.
- Para financiar el nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud todos ponen; la administración de los dineros será descentralizada mediante un manejo técnico y transparente de los recursos.
- El nuevo Sistema Seguridad Social en Salud contará con un Sistema Único de Información en Salud con alta tecnología de última generación, transparente y de carácter público; permanecerá disponible en línea y tiempo real.
- El nuevo Sistema elaborará la Política Farmacéutica y de Evaluación de Tecnologías e Innovaciones en Salud (medicamentos, dispositivos médicos y demás insumos), que actualizará bienalmente.
- El Estado colombiano ejerce el gobierno del Nuevo Sistema Seguridad Social en Salud a través del Ministerio de Salud y Protección Social. La rectoría del sistema de salud la ejerce el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que estará conformado por el ministro de Salud y Protección Social, el ministro de Hacienda y por representantes de otros entes descentralizados y organizaciones representativas de la sociedad civil; será el encargado de definir las políticas públicas de salud y se constituye como Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
- El mapa sanitario del país estará conformado por Territorios Saludables establecidos conforme a las características epidemiológicas, sociodemográficas, económicas, geográficas y de servicios públicos de cada región colombiana, que constituirá sus propios entes rectores territoriales. Esto supone que un Territorio Saludable puede estar compuesto por segmentos de divisiones político-administrativas distintas que comparten, esencialmente, características epidemiológicas, culturales, geográficas, cercanía entre sí y lejanía de sus centros administrativos departamentales.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

- **DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

- En ese sentido, cada Territorio Saludable tendrá un ente rector (Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud) para lo cual contará con una alianza participativa y operativa de los entes departamentales, distritales y municipales de salud, más las organizaciones de la sociedad civil presentes en el territorio. Esto redundará en un nuevo concepto de lo público, que no está referido a la estatización de la rectoría y administración del sistema, sino que se entiende lo público como el espacio donde se expresan y se resuelven las necesidades de la sociedad, en el Estado Social de Derecho que es Colombia, según el Artículo 1 de la Constitución de 1991. Con este diseño se evita la cooptación privada de las instituciones estatales como expresión de intereses clientelares o particulares, y se supera el equívoco que introdujo la ley 100 de 1993 al plantear que las instituciones privadas podrían manejar de manera proba y transparente los recursos públicos de la salud y gestionar mejor la salud pública, postulado que resultó ser falso.

La dirección y administración del sistema estará a cargo de unidades técnico-administrativas dependientes de los Territorios Saludables en los niveles departamental, distrital y municipal, y del Ministerio de Salud y Protección social a nivel nacional.

El Estado colombiano ejercerá el gobierno del Nuevo Sistema Seguridad Social en Salud a través del Ministerio de Salud y Protección Social. La rectoría del sistema de salud la ejercerá el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que estará conformado por el ministro de Salud y Protección Social, el ministro de Hacienda y por representantes de otros entes descentralizados y organizaciones representativas de la sociedad civil; será el encargado de definir las políticas públicas de salud y se constituye como Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

El mapa sanitario del país estará conformado por Territorios Saludables establecidos conforme a las características epidemiológicas, sociodemográficas, económicas, geográficas y de servicios públicos de cada región colombiana, que constituirá sus propios entes rectores territoriales. Esto supone que un Territorio Saludable puede estar compuesto por segmentos de divisiones político-administrativas distintas que comparten, esencialmente, características epidemiológicas, culturales, geográficas, cercanía entre sí y lejanía de sus centros administrativos departamentales (Ejemplo: Girardot, Ricaurte, Flandes, Melgar, donde confluyen Cundinamarca y Tolima; Cravo Norte, Mochuelo, La Culebra, donde confluyen Arauca, Casanare y Vichada).

En ese sentido, cada Territorio Saludable tendrá un ente rector (Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud) para lo cual contará con una alianza participativa y operativa de los entes departamentales, distritales y municipales de salud, más las organizaciones de la sociedad civil presentes en el territorio. Esto redundará en un nuevo concepto de lo público, que no está referido a la estatización de la rectoría y administración del sistema, sino que se entiende lo público como el espacio donde se expresan y se resuelven las necesidades de la sociedad, en el Estado Social de Derecho que es Colombia, según el Artículo 1 de la Constitución de 1991. Con este diseño se evita la

cooptación privada de las instituciones estatales como expresión de intereses clientelares o particulares, y se supera el equívoco que introdujo la ley 100 de 1993 al plantear que las instituciones privadas podrían manejar de manera proba y transparente los recursos públicos de la salud y gestionar mejor la salud pública, postulado que resultó ser falso.

La dirección y administración del sistema estará a cargo de unidades técnico-administrativas dependientes de los Territorios Saludables en los niveles departamental, distrital y municipal, y del Ministerio de Salud y Protección social a nivel nacional.

### **Redes de Servicios de Salud**

Las Redes de Servicios de Salud se conformarán con instituciones de salud públicas y privadas, y operarán teniendo en cuenta las necesidades surgidas desde las instituciones de Atención Primaria de cada municipio, así como bajo las siguientes definiciones y estructura administrativa:

Todas las instituciones públicas harán parte de la red de servicios y las instituciones privadas que lo deseen deberán adscribirse a la red departamental o distrital donde esté habilitada cada una de sus sedes. La adscripción es un proceso por el cual se compromete a no discriminar ningún paciente del Sistema que le sea remitido, como también a aceptar el tarifario único de servicios dictado por el Ministerio de Salud y Protección Social y, finalmente, tener en operación permanente un Comité Médico que analice el uso racional de procedimientos, medicamentos e insumos al interior de la institución, así como en las órdenes médicas y fórmulas tramitadas hacia el exterior, acorde a principios de economía y protocolos científicos disponibles. El Comité debe dar respuesta inicial a los interrogantes u observaciones presentados a la Institución por la Auditoría Médica Departamental o Distrital de la RED.

### **Prestación de servicios**

La prestación de los servicios médicos asistenciales a los ciudadanos incluye la baja, mediana y alta complejidad, con todos sus servicios médicos y de apoyo para el diagnóstico y la complementación terapéutica, así como todas las especialidades aprobadas o convalidadas reguladas por Ministerio de Educación Nacional. Igualmente los servicios de atención extrahospitalaria de urgencias y el transporte de pacientes.

### **Atención Primaria Integral en Salud (APIS) en el centro de la Red de Servicios**

La Atención Primaria Integral en Salud (APIS) es una estrategia que busca, mediante tecnologías y métodos sociales, clínicos y científicos, proveer asistencia esencial, continua e integral a las personas, familias y comunidades en condiciones de cercanía como “primer elemento de asistencia sanitaria” que se garantiza por ser de alta calidad, costo efectiva y prestación de servicios multidisciplinarios (OMS, 1978). La atención primaria tiene un alcance mayor que el componente asistencial de los servicios curativos tal como lo plantea la OMS en su informe de 2008, e involucra la territorialización, el fortalecimiento de la participación social efectiva que empodera a la población en la toma de decisiones, la gestión intersectorial y la integralidad de los servicios individuales y colectivos con un enfoque de salud familiar y comunitaria.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

Todos los ciudadanos deberán estar adscritos a un Centro de Atención Primaria en función de la cercanía a su lugar de residencia. Las Direcciones Municipales y Distritales de Salud deberán desarrollar estos centros para garantizar los servicios básicos, incluido un adecuado servicio de apoyo diagnóstico, y para dar sede a los programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de la participación social en las distintas áreas geográficas del territorio. Deberán planificar como mínimo un Centro de Atención Primaria por cada 20.000 habitantes.

Las Direcciones Municipales y Distritales de Salud tendrán bajo su responsabilidad el servicio único de atención extrahospitalaria de urgencias, la coordinación de la red de urgencias, así como los servicios de atención domiciliaria.

### **Acceso a los Servicios**

Para acceder a cualquiera de los servicios, el ciudadano acreditará sus derechos mediante su documento de identidad.

Los procesos administrativos generados por la prestación de los servicios, tales como referencia y contra-referencia, traslados, hospitalizaciones, suministros de medicamentos e insumos, deberán realizarse en forma interinstitucional, nunca trasladados dichos trámites al paciente o a sus familiares.

Cuando en el municipio de residencia del usuario se tenga la disponibilidad de servicios especializados, deberá ser atendido allí y no podrá remitirse a otros municipios, salvo que se demuestren serias falencias en el servicio o problemas específicos que lo justifiquen.

Igualmente, la red de servicios y la ruta de atención debe cumplir el principio de contigüidad, de tal modo que los pacientes no sean remitidos a servicios especializados en ciudades lejanas, cuando en las ciudades próximas a su residencia estén disponibles dichos servicios especializados. Las excepciones a este principio deben demostrar serias falencias del servicio, o condiciones particulares que la justifiquen, para decidir la remisión a una ciudad distante del municipio de residencia del afiliado.

Para garantizar la portabilidad del derecho y la continuidad de la atención, cuando el ciudadano en tratamiento requiera trasladarse temporalmente a otro departamento o región, sin fijar residencia en la misma, por motivos relacionados con aspectos familiares o laborales, se solicitará a la Dirección Local de Salud una comunicación de solicitud de atención temporal en el municipio de destino y su correspondiente red de servicios para garantizar la continuidad de la atención en salud.

Cuando el ciudadano haya optado por recibir servicios médicos básicos distintos de su centro de atención primaria, asignado en función de su residencia, pero requiera del Sistema servicios de mayor complejidad, deberá tramitarlos necesariamente desde el Centro de Atención Primaria.

### **Sistema de referencia y contra-referencia:**

Se entiende por resolver una referencia, la actividad de programar y conseguir la atención ambulatoria u hospitalaria que le ha sido solicitada al paciente por el médico tratante, desde la institución remitora hacia un nivel de complejidad superior, es decir agenciar debidamente cada solicitud de remisión ante las instituciones de mayor complejidad, con la determinación de horarios y consecución del servicio solicitado, y no simplemente como el proceso administrativo de expedir una orden para una institución, que deje al paciente y la familia la responsabilidad de conseguir la atención que requiere.

**Proceso Interinstitucional.** Para garantizar la accesibilidad, continuidad, integralidad, pertinencia y continuidad de la atención en salud, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes a través de la red de servicios será un proceso interinstitucional, mediado por instancias técnicas denominadas Coordinaciones Municipales, Departamentales, Regionales y Nacional de la Red de Servicios.

Cada Institución de salud, sin importar su naturaleza, deberá tener en funcionamiento permanente una Oficina de Referencia y contrarreferencia de pacientes. Toda solicitud de referencia y traslado de pacientes debe orientarse por estas oficinas, que deberán gestionar la consecución del servicio requerido en la institución de mayor complejidad, con el apoyo de la Coordinación Municipal, Distrital o Departamental de la Red de Servicios. Toda contra-referencia debe ser igualmente dirigida por estas Oficinas.

Cada Dirección Departamental o Distrital de Salud conformará una Oficina de Coordinación de la Red de Servicios.

Cada Región constituirá una Oficina de Coordinación Regional de la Red de Servicios, dependiente de la Dirección Regional de Salud y el Fondo Regional de Seguridad Social en Salud.

A nivel Nacional se conformará una Coordinación Nacional de la Red de Servicios Especiales para suplir necesidades de atención que requieran superar los límites regionales, para tratamientos en instituciones especiales no disponibles en muchas regiones.

### **Tecnología de Información y Comunicaciones al Servicio de la Atención en Salud**

La integración de las redes de servicios exige la conversión de múltiples referencia y contra-referencia, por necesidades de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica, en interconsultas especializadas a distancia mediante TIC para aumentar capacidad y resolutivez del médico de Atención Primaria Integral en Salud (APIS) o de los programas de prevención secundaria.

Por ello los servicios de salud requerirán cada vez acercar los exámenes especializados a los primeros niveles de atención y las interconsultas de los especialistas en línea, suprimiendo progresivamente la necesidad de referir o contra referir a los pacientes (un electrocardiograma puede ser tomado y referido al cardiólogo para pedir su concepto sobre el tratamiento, al igual que otros exámenes especializados). Ello no impide que se remita al paciente cuando se considere necesario una valoración más detallada por parte del especialista.

La incorporación de tecnologías de información y la comunicación en salud, tanto en el área administrativa como asistencial, es esencialmente necesaria. El modelo de atención exige el compromiso de incorporar estas tecnologías en las redes de servicios de salud con el propósito de fomentar la movilidad de la tecnología especializada en salud, el acercamiento de esta al paciente en lugar de la movilidad del paciente para acercarlo a la tecnología, también la relación y conectividad de la red prestadora con las instituciones de atención primaria y la interoperabilidad de la historia clínica electrónica entre sus actores, o por ejemplo los beneficios de la automatización de un sistema de referencia y contrarreferencia con su respectiva trazabilidad.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

Es prioritario garantizar la prestación de servicios de salud, condiciones de Acceso, Oportunidad, Resolutividad y Eficiencia en el uso de los recursos desde las instituciones de atención primaria hacia las de mediana y alta complejidad. Se establece el compromiso de implementar un modelo de atención médica con apoyo de telecomunicaciones modernas (con equipos de telemedicina o no) que permita el acceso integral, (procesos, equipos médicos, software y Talento Humano especializado), con especial desarrollo a partir de las de atención primaria y los programas de prevención secundaria para enfermedades crónicas.

**Coordinación Departamental o Distrital de la Red:** La instancia de Coordinación Departamental de la RED, estará conformada por la oficina y el equipo humano, encabezado por profesionales de salud con postgrado en áreas de administración de salud o salud pública, encargada de administrar el Sistema de Referencia y Contra-referencia, coordinar el Sistema de Referencia y Contra-referencia de pacientes entre las instituciones de atención primaria y las instituciones con servicios de mediana y alta complejidad en cada departamento, más el proceso de traslado de pacientes. Deberá tener línea abierta permanente con las IPS que prestan los servicios de mediana y alta complejidad de la red en el departamento, para garantizar la atención oportuna de los afiliados. Igualmente, ofrecerá a las instituciones de la RED comunicación abierta y permanente con la Coordinación Regional para organizar las referencias a las instituciones que prestan servicios de alta complejidad en otros departamentos de la región.

La Coordinación Departamental o Distrital de la RED deberá disponer de una plataforma tecnológica para garantizar la comunicación interinstitucional entre las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la red, capaz de brindar soporte 24 horas, los siete días de la semana. Así mismo, la plataforma debe contener módulos de gestión de información de los servicios de la red, que permitan agenciar debidamente cada solicitud de remisión ante las instituciones de mayor complejidad, así como el seguimiento y registro de toda referencia y contra-referencia. La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la Auditoría Médica. Debe tener la capacidad de generar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe bimestral a la Gobernación Departamental y al Ministerio de Salud y de Protección Social.

En Distritos y municipios de mayor tamaño las Direcciones Territoriales de Salud podrán crear una o varias oficinas de Coordinación del Sistema de referencia y contrarreferencia, en la medida del tamaño poblacional y la multiplicidad de instituciones de atención primaria, para que hagan enlace con las coordinaciones departamentales y distritales respectivas.

**Coordinación Regional de la Red:** La instancia de Coordinación Regional de la RED, está conformada por la oficina y el equipo humano, encabezado por profesionales de salud con postgrado en áreas de administración de salud o salud pública, encargada de administrar y coordinar los procesos asistenciales y administrativos de los servicios de alta complejidad. La Coordinación deberá depender de la Dirección Regional de Salud y debe ser constituida por el Consejo Regional de Seguridad Social en Salud.

La Coordinación Regional de la RED deberá tener línea abierta permanente con las coordinaciones departamentales para atender los requerimientos de referencia de pacientes, así como comunicación estrecha con las direcciones médicas de las IPS que prestan los servicios de alta complejidad en la región o fuera de ella, para garantizar la atención oportuna de los afiliados.

La Coordinación Regional de la RED deberá disponer de una plataforma tecnológica para garantizar la comunicación interinstitucional entre las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la red, capaz de brindar soporte 24 horas, los siete días de la semana. Así mismo, la plataforma debe contener módulos de gestión de información de los servicios de la red, que permitan agenciar debidamente cada solicitud de remisión ante las instituciones de mayor complejidad, así como el seguimiento y registro de toda referencia y contra-referencia. La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la Auditoría Médica. Debe tener la capacidad de generar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe bimestral al Consejo Regional de Seguridad Social en Salud y al Ministerio de Salud y de Protección Social.

### **Pago de los servicios de salud de mediana y alta complejidad**

Las instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios de salud deberán presentar las cuentas de servicios solicitados y prestados al respectivo Fondo Regional de Salud, Fondo que pagará el 80% de su valor dentro de los 30 días siguientes a su presentación, reservando el 20% restante a la revisión y auditoría de las mismas.

Los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud dispondrán de oficinas departamentales de Recepción, Revisión y Auditoría de Cuentas Médicas en cada departamento de la Región. Igualmente cada oficina departamental contará con una Dirección de Auditoría Médica de la RED.

Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% del valor de las mismas, la institución facturante entrará de inmediato bajo investigación de la Dirección Departamental o Distrital de Salud y los resultados de la investigación serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud. Adicionalmente, si se encontraran irregularidades graves en la prestación o facturación por parte de una IPS, por parte de la Auditoría Médica, las Direcciones Territoriales de salud podrán exigir a las Coordinaciones Departamentales de la RED la restricción o el cierre total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios hacia dicha institución.

### **Evaluación de la Prestación de Servicios de la RED**

Cada Coordinación Territorial de la RED debe producir un informe anual de Evaluación de la Red de Servicios, que será presentado ante la autoridad territorial, los cuerpos colegiados del respectivo territorio y el Ministerio de Salud y Protección Social.

La evaluación de la prestación de los servicios de la red se realizará de forma periódica, pero constante, en cada región y departamento, teniendo en cuenta los siguientes atributos:

- Conformación y desarrollo de la red y de los prestadores de servicios de salud que hacen parte de la misma. Equidad en la distribución de la oferta a las distintas poblaciones del territorio.
- Capacidad instalada de la red de servicios y adecuación de la oferta a la demanda de servicios.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

- Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia
- Evaluación periódica de la satisfacción de los usuarios a la red prestadora de servicios de salud
- Evaluación de los atributos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC): accesibilidad, oportunidad, pertinencia, suficiencia y continuidad, además del principio de contigüidad propio las rutas integrales de atención.
- Evaluación de indicadores de Gestión, de cumplimiento e impacto de la red de prestación de servicios de salud.

### 3. FINANCIAMIENTO

Colombia tiene un gasto en salud en porcentaje del PIB de 7,2%, que se encuentra en el promedio de la región, según la Misión del Gasto Público, que está en un 5%. De igual manera, presenta los más bajos gastos de bolsillo de la región, llegando al 15.36% en 2021. El presupuesto anual de salud de la ADRES supera los 60 billones de pesos (MSPS, 2020). Del total de los recursos 34 billones aproximadamente están dirigidos al aseguramiento en salud y la atención individual, casi 3 billones en recobros de medicamentos No Pos del régimen contributivo, y solo 1.3 billones de pesos se dirigen para la salud pública, la promoción y la prevención. (MSPS, 2017).

No obstante las cifras del déficit son variables, y fluctúan entre 10 y 20 billones de pesos. El sistema de salud en Colombia ha sido una caja negra, en donde no se ha contado con un sistema de información cierto que dé cuenta del flujo de recursos dentro del mismo. Se ha tenido conocimiento cierto solo recientemente con la creación de la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud que comenzó a operar desde el 1 de agosto de 2017, cuyo objetivo es administrar los recursos del SGSSS y administrar los recursos del fondo de garantías para el sector salud FONSAET, esto supone llevar a cabo el pago y reconocimiento de los recursos de la UPC, Unidad de Pago por Capitación, a las EPS del régimen subsidiado y contributivo dentro del sistema de aseguramiento. Respecto al déficit financiero del sistema, la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales en su informe de cartera con corte a junio de 2019 manifestó que la deuda a los hospitales y clínicas por la prestación de servicios de salud llegó a los \$10.1 billones de pesos, de los cuales el 59,1 % es deuda morosa.

Estas deudas han aumentado de manera considerable, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) informaba que las deudas habían ascendido casi el doble, solo en dos años, con un estudio de cartera al 31 de diciembre de 2018 que representan 207 instituciones hospitalarias. Según la Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social (Fedesalud), el problema más sobresaliente en el devenir del sistema, pertinente a la relación entre los distintos actores (es decir, sin contar el viacrucis de los ciudadanos), es la inoportunidad en los pagos de las facturas y demás compromisos contractuales, fenómeno que, a pesar de la expedición de decenas de normas, los distintos gobiernos no han logrado corregir.

La verdadera causa del incumplimiento de los pagos es, por supuesto, el hecho de que desde un comienzo se permitió, y se sigue permitiendo, en este “particular mercado”, que el dinero no tenga valor, por lo que no se reconocen intereses de mora. El Código de Comercio de Colombia reza en su Art. 885.- Todo comerciante podrá exigir intereses legales comerciales de los suministros o ventas que haga al fiado, sin estipulación del plazo para el pago, un mes después de pasada la cuenta.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**



En síntesis, los servicios prestados, los suministros entregados e incluso el trabajo realizado deben ser pagados al precio de la fecha en que fueran provistos y, en caso contrario, se deberán reconocer los intereses correspondientes a la mora pues, de no hacerlo, el deudor puede obtener rentabilidad financiera con los dineros del proveedor, y se falsean los precios y los costos de las dos entidades que realizan la transacción comercial.

Desde el inicio hizo carrera en el sistema, y es una realidad de bulto, la desviación de las prácticas comerciales aceptadas en Colombia y el mundo entero, relacionadas con el reconocimiento oportuno de las obligaciones y el pago de los intereses en los casos de mora. La ruptura de las normas más elementales relativas a los contratos entre empresas, respecto a las obligaciones monetarias, sus efectos, las consecuencias y responsabilidades financieras que de ellas se derivan, falsea la condición propia de la economía de mercado relativa al valor del dinero y crea de hecho una subcultura o “economía especial”, que no todos los empresarios e inversionistas parecen dispuestos a aceptar. Otros se ajustan, incluyendo por anticipado en el costo del bien o servicio los costos financieros derivados de la cartera prolongada.

Nunca fue posible ulteriormente, en este extraño “mercado”, la recuperación de las prácticas comerciales, basadas en la necesidad de honrar oportunamente las obligaciones contraídas y en la existencia de medidas coercitivas ante las conductas opuestas, para dar seguridad a los inversionistas en el sector. Una enorme cartera en el sistema, con promedios reales superiores a tres o cuatro meses y con porcentajes significativos a seis u ocho meses, denunciados en múltiples publicaciones, evidencian la falta de seguridad jurídica y financiera en este “particular mercado”. Este fenómeno podría interpretarse, de otra forma, como prueba de que el sistema opera más como un esquema de distribución de recursos públicos del Estado, que con una lógica de mercado. Incluso las últimas medidas del Gobierno para girar directamente a los hospitales los dineros, por franco incumplimiento de los pagos por parte de las EPS, constituyen una prueba más de este comportamiento propio de los sistemas de asistencia pública. Es de anotar que dada la ineficacia de las EPS en el giro de recursos públicos de la salud, el Ministerio de Salud y Protección Social reconoce que entre junio de 2016 y mayo de 2017 se han girado \$15,1 billones de pesos de manera directa por parte del Ministerio a los prestadores, de los cuales el 67,01% se ha girado a las IPS y proveedores.

En total, desde la aplicación de la medida en abril de 2011 a 2017, se han girado \$68,7 billones de pesos de los cuales 65% ha sido para la red prestadora y proveedores (Radicado MinSalud 201742301674932). Para subsanar la crisis financiera de los prestadores de servicios de salud, el Ministerio de Salud ha apelado a la figura de compra de cartera en donde reconoce que a diciembre de 2016 se han aprobado 1.816 operaciones de compra de cartera por \$1,62 billones, en las que se han beneficiado 415 IPS y 26 EPS de los regímenes contributivo y subsidiado (Radicado MinSalud 201742301674932). En cuanto a las EPS, el informe de la Superintendencia Nacional de Salud de 2016 que analiza 33 EPS muestra que tienen un déficit financiero de 5,2 billones de pesos.

El informe publicado por la superintendencia de salud, de evaluación financiera de las EPS con corte a diciembre de 2018, muestra que estas entidades 32 tienen un déficit financiero total de 8 billones de pesos, es decir, en cuatro años el indicador empeoró en un 72%. De acuerdo a los resultados 18 EPS no cumplen con el capital mínimo para continuar en el mercado del aseguramiento, razón por la cual,

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

La Supersalud tendría que revocar la licencia de funcionamiento de varias de estas, la última fue Emdisalud. Para la vigencia de 2018 solo 9 EPS cumplieron con los márgenes de solvencia financiera, esto ocurre, después de la hiper flexibilización de las regulaciones del Gobierno Nacional para facilitar la existencia de estas entidades, la Circular Única de la Superintendencia de Salud mostró que la cifra de patrimonio adecuado de las EPS era de menos 8, 012 billones de pesos.

Posteriormente la Superintendencia de Salud emitió un informe con corte a marzo de 2021 (Supersalud, 2021)<sup>13</sup>, 9 EPS solicitaron plan de reorganización institucional y ajuste financiero, 6 solicitaron autorización de capitalización, todo esto amparado en los actos administrativos que flexibilizaron las exigencias financieras de las EPS.

Tabla 9. Resultado del cumplimiento de indicadores de Capital Mínimo, Patrimonio Adecuado - EPS del régimen contributivo.

ENTIDAD	CAPITAL MÍNIMO							PATRIMONIO ADECUADO						
	Dic. 2015	Dic. 2016	Dic. 2017	Dic. 2018	Dic. 2019	Dic. 2020	Mar. 2021	Dic. 2015	Dic. 2016	Dic. 2017	Dic. 2018	Dic. 2019	Dic. 2020	Mar. 2021
SURA	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ALIANSA SALUD	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
EPM	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
SANITAS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
COMF. VALLE	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
COMPENSAR	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
SALUD TOTAL	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
FAMISANAR	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO
FERROCARRILES	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
SALUD MÍA	-	-	-	-	SI	SI	NO	-	-	-	-	NO	SI	SI
S.O.S.	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Fuente: Información reportada por entidades según Circular Única, cálculos SNS.

<sup>13</sup> Supersalud - Superintendencia Nacional de Salud, Marzo 2021. Informe de evaluación del cumplimiento de los indicadores de capital mínimo y patrimonio adecuado marzo 2021 (<https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/SupervisionRiesgos/EstadisticasEPSRegimenContributivo/INFORME%20DE%20EVALUACION%20DE%20LOS%20INDICADORES%20DE%20CM%20Y%20PA%20-%20MARZO%20DE%202021%20Rev%20MAGC.pdf>)

### 3.2. EPS RÉGIMEN SUBSIDIADO

Tabla 10. Resultado del cumplimiento de indicadores de Capital Mínimo, Patrimonio Adecuado - EPS del régimen subsidiado.

ENTIDAD	CAPITAL MÍNIMO							PATRIMONIO ADECUADO						
	Dic. 2015	Dic. 2016	Dic. 2017	Dic. 2018	Dic. 2019	Dic. 2020	Mar. 2021	Dic. 2015	Dic. 2016	Dic. 2017	Dic. 2018	Dic. 2019	Dic. 2020	Mar. 2021
CAJACOPI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
COMFACHOCÓ	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
CAPITAL SALUD	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
CAPRESOCA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
CONVIDA	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
CCF. SUCRE*	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	SI
AMBUQ**	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
CCF. NARIÑO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO
CCF. HUILA	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
CCF. GUAJIRA	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO
SAVIA SALUD	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
COMPARTA***	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
COMFAORIENTE***	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO

Fuente: Información reportada por entidades según Circular Única, cálculos SNS.

Notas: Actualmente la Superintendencia Nacional de Salud se encuentra realizando las verificaciones pertinentes para determinar la calidad y consistencia de la información financiera reportada por las Caías de Compensación Familiar Comfauajira.



### 3.3. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO

Tabla 11. Resultado del cumplimiento de indicadores de Capital Mínimo, Patrimonio Adecuado - EPS Régimen Contributivo y Subsidiado

ENTIDAD	CAPITAL MÍNIMO							PATRIMONIO ADECUADO						
	Dic. 2015	Dic. 2016	Dic. 2017	Dic. 2018	Dic. 2019	Dic. 2020	Mar. 2021	Dic. 2015	Dic. 2016	Dic. 2017	Dic. 2018	Dic. 2019	Dic. 2020	Mar. 2021
MUTUAL SER*	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
NUEVA EPS	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Fuente: Información reportada por entidades según Circular Única, cálculos SNS.

Notas: \* Una vez realizadas las validaciones correspondientes, se confirmó la inconsistencia advertida respecto de la información de la EPS Mutual Ser para la vigencia 2018 lo que conlleva a establecer el NO cumplimiento del indicador de Patrimonio Adecuado para esa vigencia.

Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN

### 3.4. EPS CON PLAN DE REORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL Y/O PLAN DE AJUSTE

Tabla 12. Resultado del cumplimiento de indicadores de Capital Mínimo, Patrimonio Adecuado - Entidades con Plan de Reorganización Institucional y/o Plan de Ajuste

ENTIDAD	CAPITAL MÍNIMO							PATRIMONIO ADECUADO					
	Dic. 2015	Dic. 2016	Dic. 2017	Dic. 2018	Dic. 2019	Dic. 2020	Mar. 2021	Dic. 2015	Dic. 2016	Dic. 2017	Dic. 2018	Dic. 2019	Dic. 2020
COOMEVA	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO
EMSSANAR E.S.S.	SI	NO	NO	NO	-	-	-	SI	NO	NO	NO	-	-
EMSSANAR S.A.S.	-	-	-	-	NO	NO	NO	-	-	-	-	NO	NO
ASMET E.S.S.	SI	NO	NO	-	-	-	-	SI	NO	NO	-	-	-
ASMET S.A.S.	-	-	-	NO	NO	NO	NO	-	-	-	NO	NO	NO
ECOOPSOS E.S.S.	SI	NO	NO	-	-	-	-	NO	NO	NO	-	-	-
ECOOPSOS S.A.S.*	-	-	-	NO	NO	NO	NO	-	-	-	NO	NO	NO
COOSALUD E.S.S.	SI	SI	-	-	-	-	-	SI	SI	-	-	-	-
COOSALUD S.A.**	-	-	SI	SI	NO	NO	NO	-	-	SI	NO	NO	NO
MEDIMÁS***	-	-	-	SI	NO	NO	NO	-	-	-	NO	NO	NO

Fuente: Información reportada por entidades según Circular Única, cálculos SNS.

Es entonces que el Gobierno expide para este singular mercado una regulación extraordinaria (un regalo sin par para unas empresas sin par), dirigida a permitir que las EPS continúen operando y manejando billones de pesos de recursos públicos a pesar de no contar con un solo peso de patrimonio propio (o presentando “patrimonios negativos” en sus balances financieros durante muchos años). A estas entidades no se les aplica, ante la pérdida total de su patrimonio, lo que es ineludible ante la quiebra de cualquier otra empresa en la “economía normal”: la obligación de recapitalizar o la inevitable liquidación.

En ese sentido, el Gobierno del Presidente Iván Duque, cuando cumplió un año de haberse posesionado, expresó la intención de facilitar la generación de un oligopolio de EPS, en donde se liquiden las que no funcionen para que las de mejor funcionamiento asuman la totalidad del sistema de aseguramiento. En ese sentido, la primera iniciativa legislativa, radicada y aprobada por el actual gobierno, correspondió a la ley 1949 de 2019 para el fortalecimiento de la Supersalud, en la cual se le entregaron mayores facultades a esta entidad, para el ejercicio de la inspección, vigilancia y control. Esto se hizo con el objetivo de dotar de dientes a la institución, para proceder a la liquidación de EPS con el objeto de conducir el sistema hacia un oligopolio, que conforme al Gobierno Nacional, sería la solución al problema de la salud.

Desde esta perspectiva la propuesta de reforma estructural del sistema de salud contempla que el desarrollo de un nuevo arreglo institucional para el manejo de los recursos financieros del sistema no requiere las intermediarias financieras EPS, esto ha resultado a todas luces en un manejo inadecuado de los recursos que no aportan valor agregado a la prestación de servicios de salud y la gestión de la salud pública, realidad que ha sido aceptada por los propios gobiernos y que fue una de las motivaciones del proyecto de ley de reforma a la superintendencia de salud para facilitar la liquidación

Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.

DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN

de las EPS que no cumplan con los criterios de solvencia, que serían la mayoría, y serían todas si se establecieran criterios idóneos de medición, dicho de otra manera, la flexibilización de parámetros de evaluación de las EPS es lo que ha facilitado de manera forzada y antitécnica la manutención de estas entidades en el sistema, que en estricto sentido son administradoras de recursos públicos de los colombianos.

#### **4. ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS**

##### **La lógica de contratación en el sistema de salud**

El Ministerio de Salud y Protección Social reconoce que ha habido un mecanismo de contratación selectiva que ha generado grandes ganancias en eficiencia y ha controlado la presión inflacionaria en el POS, lo cual hizo posible la cobertura universal del aseguramiento sin crecimiento del gasto en salud, con una cobertura de la población subsidiada a más del 50% de los colombianos. El Ministerio reconoce que no hace gastos y obtiene renta. En ese contexto, un estudio reciente evidenció que el nivel de crecimiento constante de los precios de contratación de hospitales no cambió de manera significativa desde 1995 hasta 2013 (Ruiz, 2015). Se destaca el cambio de las instituciones hospitalarias: de un modelo de producción industrializado de servicios, a un modelo de comercializadora o intermediaria de los mismos estimulado por la Ley 1438 (Art 59).

Esta intermediación supone un nuevo traslado del riesgo mediante la subcontratación con otras empresas más pequeñas ubicadas al interior o exterior de cada centro hospitalario. Llevando este modelo al extremo, se podría comparar este hospital con múltiples servicios subcontratados, más con un centro comercial que con una empresa productiva. El objeto social de la IPS continente sería la comercialización de servicios (compra a las IPS contenidas para vender en conjunto a aseguradores, otras entidades y pacientes), actividad que le dejaría un margen de utilidad sin asumir mayores riesgos. Al parecer esta tendencia a no asumir riesgos se está convirtiendo en una característica frecuente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, tanto a nivel de aseguradores como de prestadores.

Esta propensión puede crear al mismo tiempo un sinnúmero de intermediarios que obtienen un margen y trasladan el riesgo sin agregar mayor valor, con lo que finalmente se reducen significativamente los recursos para la prestación efectiva de los servicios de salud. A esto se suma el reconocimiento que hace el órgano rector del sistema, el Ministerio de Salud en el documento MIAS, que expresa: La no existencia de normas que hagan transparente la contratación y el precio ha llevado a la contratación incompleta, la inexistencia o parcialidad de la red que garantice el derecho y uso de la integración vertical. A ello se han sumado barreras negativas desde los prestadores como reducción de demanda, porcentajes de contratación forzada, la diferenciación selectiva de servicios y la creación de barreras a través de la captura del asegurador.

Sin embargo, lo más precario ha sido la extensión de 29 mecanismos contra cíclicos de pago, como el pago per cápita en la baja complejidad y el pago por evento en la mediana y alta complejidad, mecanismos de pago que incentivan la baja capacidad de resolución de los niveles básicos y la inducción de demanda en la alta complejidad. (PAIS-MIAS, 2016) Las consecuencias que se derivan de tal intensa mercantilización de los servicios son, por una parte, la duda permanente sobre la

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

cobertura o posibilidad de autorización o facturación de determinado procedimiento modificado, o insumo incluido en el plan (manual de tarifas), dado el permanente cambio tecnológico, así como, por otra, la pérdida de la continuidad e integralidad del servicio, atributos de la calidad en salud, dada la necesidad de autorización y facturación detallada de cada actividad y procedimiento. La crítica más dura al sistema no es aquella que repite: “la salud es un derecho, no una mercancía”, sino la que define al sistema mismo, no como un sistema de salud, sino como un sistema de facturación. Para los sistemas intensivos en facturación de mercancías resultan ideales los medicamentos, los insumos, los exámenes clínicos y las consultas individuales, que cumplen a cabalidad la condición de mercancías de rápida circulación.

No parecen ajustarse a esta lógica, en el otro extremo, ni el trabajo médico en equipo, ni los programas basados en equipos multidisciplinarios, ni los largos procesos de rehabilitación, ni los complejos mecanismos de atención para pacientes crónicos, menos las reuniones de mortalidad o las autopsias. Más bien, los enfermos se debieron ajustar a las necesidades del mercado y a demandar repetidamente autorizaciones de servicios.

Desde esta perspectiva, para garantizar la administración de recursos, la reforma estructural que reglamenta la ley estatutaria propone la creación de unos fondos territoriales de salud, que serán administrados por unidades territoriales conformadas por entidades públicas descentralizadas con altos estándares técnicos que posibiliten un control anticorrupción. Esta entidad tendría como objetivo el recaudo de los recursos de los entes territoriales, la organización de los presupuestos y los mecanismos de contratación de los prestadores de servicios de salud, el ejercicio de la autoridad sanitaria territorial y la rendición de cuentas ante el consejo territorial de salud.

### **¿Cómo se manejarían la financiación y cómo se administrarían los recursos en el nuevo sistema de salud?**

#### **Todos ponen**

En el mismo lugar donde se genera la riqueza (los excedentes económicos) deben recaudarse los recursos necesarios para asegurar el bienestar de la población, en especial los destinados a garantizar la salud y la seguridad social. La financiación de la salud y la seguridad social debe ser tripartita, como se estableció internacionalmente, desde su origen, en los Estados de bienestar.

Todas las empresas, trabajadores, independientes y rentistas de capital deben aportar sin excepción a fondos parafiscales; las empresas en proporción a los contratos realizados por trabajos o servicios personales, y los trabajadores, cuentapropistas y rentistas en proporción a su ingreso. Todo contrato o pago de trabajo, sin importar la forma jurídica, debe incluir aportes a la seguridad social que, en caso de no realizarse, generarán una deuda exigible con la seguridad social y se constituirá en una obligación fiscal que generará cobro coactivo.

El Estado podrá subsidiar temporalmente las obligaciones de aportes para salud de microempresas y de cuentapropistas, cuando su renta presuntiva sea inferior a la línea de pobreza monetaria de una familia promedio. En ningún caso, el no pago o el atraso en las obligaciones con la seguridad social de empresas, trabajadores, cuentapropistas o rentistas se constituirán en barrera para el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

## **Descentralización**

Los recursos destinados a la salud y la seguridad social en salud respetarán la descentralización político-administrativa del país, establecida en la Constitución de 1991. Por ello, y por la necesidad de fijar competencias y responsabilidades de los servicios de salud y del manejo de los recursos, se establecerán varios niveles de financiamiento que descentralicen efectivamente rentas y gastos.

Los municipios y distritos recibirán efectivamente los recursos de participaciones de los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN) que determinó la Constitución del 91 para la salud de sus habitantes y ubicarán estos recursos en un Fondo de Salud Municipal, junto con los recursos propios, con destinación específica a financiar directamente las instituciones encargadas de la atención básica en salud de sus habitantes y los servicios de promoción de la salud, control de los factores de riesgo y las acciones sobre los determinantes sociales, integradas como un servicio público, con participación social, dirigido a lograr una mejoría constante en los indicadores de salud y calidad de vida de la población.

Los departamentos y distritos dispondrán de: 1. un Fondo Departamental o Distrital de Seguridad Social en Salud, que integrará las rentas cedidas; 2. del recaudo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y 3. de otros recursos propios. Estos recursos serán para planear, organizar, dirigir y adecuar las instituciones hospitalarias públicas, mediante presupuestos de funcionamiento e inversión orientados a garantizar la suficiencia de la oferta de servicios de mediana y alta complejidad en el territorio, incluida la red de urgencias, y para desarrollar los servicios de transporte de pacientes; todo en busca de optimizar la capacidad de respuesta territorial a las necesidades de atención de la población. Los departamentos y distritos deberán asignar un 2% de su presupuesto para la formación y cualificación de los trabajadores de la salud.

Se organizará un nivel regional, que integrará grupos de departamentos y distritos bajo un “territorio de salud”, que contará con un Fondo Regional de Seguridad Social en Salud, al que ingresarán todos los aportes de seguridad social de salud de empresas, trabajadores, independientes y rentistas de capital del territorio y que integrará los recursos destinados a salud de las Cajas de Compensación. Los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud financiarán hospitales públicos y pagarán los servicios prestados por los privados que se integren a la red de servicios del territorio, por mecanismos de reconocimiento de servicios prestados de mediana y alta complejidad, a las tarifas únicas y obligatorias de prestación de servicios que fije el Gobierno Nacional.

El nivel nacional manejará un Fondo Nacional de Compensación que se financiará con un 10% del recaudo de los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud. El Fondo Nacional de Compensación incluirá un sub-Fondo o seguro para apoyar a los territorios en situaciones de catástrofes, eventos catastróficos y desastres. También constituirá un sub-Fondo para garantizar el tratamiento de enfermedades raras de pacientes de todos los territorios en entidades especializadas, con recursos del presupuesto general.

## **Manejo técnico y transparencia en los recursos**

Para garantizar el manejo técnico de los recursos correspondientes a los fondos de salud y seguridad social, en todos los niveles de financiamiento del Sistema, se constituirán Unidades de Planificación y Evaluación que asesorarán la formulación de los planes anuales y evaluarán el cumplimiento de las metas. Estas unidades rendirán informes trimestrales a las respectivas autoridades y a los organismos de control, al tiempo que garantizarán el acceso público y abierto a toda la información disponible. Se

propenderá por que exista un control ciudadano mediante veedurías con conceptos vinculantes.

## 5. PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Con respecto a los prestadores públicos, el Ministerio de Salud y Protección social evidencia en el documento PAIS-MIAS que existe una disminución en la oferta de servicios de los primeros niveles de atención, debido a la exigencia de rentabilidad financiera, antes que el cumplimiento de sus objetivos misionales que son la prestación de servicios de salud, lo que se corrobora a partir de la información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, la cual ha disminuido entre 2013 y 2016 en un 2.8%; en el segundo nivel se presenta el mismo comportamiento con una disminución del 1.5%; el documento señala que existe un crecimiento significativo de las IPS públicas de tercer nivel de atención, las cuales crecen durante el mismo periodo en 9.8% (MSPS,2016).

El Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) a septiembre de 2020, mostró 19.399 Institución Prestadora de Salud (IPS). El 18,75% (3.638) tenían carácter público, el 80,91% (15.696) privado y mixtas el 0,34%. Los territorios de Bogotá D.C (15%), Antioquia (10,93%), Valle del Cauca (9,94%), Atlántico (6,22%), Santander (5,51%), Bolívar (4,99%) y Córdoba (4,27%), fueron los que mayor proporción de IPS. Caquetá, Arauca, Putumayo, Amazonas, San Andrés y Providencia, Guaviare, Vichada, Guainía y Vaupés tuvieron proporciones inferiores al 1,0%. Se observa, que las IPS están concentrados en los departamentos con mayor densidad poblacional y desarrollo urbano.

El 53% de las IPS privadas se concentran en Bogotá D.C (17,67%), Antioquia (11,67%), Valle del Cauca (10,16%), Atlántico (6,88%) y Santander (5,72). Las IPS públicas se encuentran en Nariño (9,76%), Valle del Cauca (9,15%), Antioquia (7,75%), Córdoba (6,24%), Bolívar (5,88%), Magdalena (5,17%), Cundinamarca (5%), Santander (4,67%), Boyacá (4,12%), Cesar (3,99%), Cauca (3,88%), La Guajira (3,82%), Bogotá D.C. (3,68%), Norte de Santander (3,66%) y Tolima (3,38%) (ASIS, 2020)

Para enero de 2020 se contaban a nivel nacional con 68.983 sedes de prestadores, un aumento del 10,5% respecto a las sedes inscritas en el 2017. Por clase de proveedor, a enero de 2020 se presentó incremento, así: se pasó de 18.336 a 18.702 sedes de IPS; en materia de profesionales independientes se aumentó de 40.802 a 47.256 y referente a de transporte especial de pacientes se incrementó de 346 a 364 (Auto, Corte Constitucional, 2020). El 60% de las IPS se encuentran en las capitales. En cuanto a la capacidad instalada se presenta el siguiente reporte: Ver cuadro



<b>CAPACIDAD INSTALADA</b>		
	<b>2017</b>	<b>2020</b>
Camas	83.789	87.554
Quirófano	2.971	3.068
Parto	1.306	1.352
Ambulancia	5.79	6.273
Otros	12.152	15.792
<b>Total</b>	<b>106.008</b>	<b>114.039</b>
Proporción capacidad instalada	86%	
Variación 2017 - 2020 total capacidad instalada (En porcentaje)	7.58%	

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

<b>SERVICIOS</b>	<b>HABILITADOS A NIVEL NACIONAL</b>			
	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Partos	1.306	1.334	1.35	1.352
Quirófanos	2.971	2.996	3.068	3.068
Ambulancias	5.79	6.021	6.265	6.273
Profesionales de la Salud*	--	686.269	731.018	775.771

\*Incluye a los auxiliares

En cuanto a la red de prestación de servicios, para el año 2020 en este informe, solo el 55,4% de las EPS contaba con un concepto positivo por parte de Supersalud, de red habilitada para satisfacer las demandas de sus afiliados.

En cuanto al transporte asistencial para 2019, se disponen de 6.129 ambulancia, con un promedio de 186 ambulancias a nivel departamental. Según la modalidad el 98,0% (6.009) son ambulancias terrestres, el 0,8% (49) corresponden ambulancias aéreas. El 0,962% (59) y 0,20% (12) son ambulancias de tipo fluvial y marítima respectivamente. Los territorios que concentran más del 57,9% de las ambulancias básicas se ubican en Bogotá D.C (545), Valle del Cauca (544), Antioquia (507), Santander (308), Cundinamarca (299), Boyacá (211), Tolima (206) y Atlántico (198). En tanto que el transporte medicalizado se registró más del 51,4% en Bogotá D.C (213), Antioquia (96), Valle del Cauca (85), Atlántico (68), Cesar (67), Bolívar (65) y Santander (54) (ASIS, 2020)

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

Según el REPS a abril de 2019, en Colombia, disponía 8.131 camas, distribuidas por modalidad: adultos con el 23,0 (1.868), obstetricia con el 19,1% (1.557), pediátrica con el 18,8% (1.525), cuidado intermedio adulto con el 6,1% (498), cuidado intensivo adulto con el 5,5% (449), cuidado intermedio neonatal con el 4,0 (324), cuidado intensivo neonatal con el 3,8% (306), cuidado básico neonatal con el 3,2% (261), cuidado intermedio pediátrico con el 2,8% (224) (ASIS, 2020)

Los territorios de Antioquia (12,2%), Bogotá D.C (10,0%), Atlántico (8,1%), Valle del Cauca (7,0%), Bolívar (5,5%), Santander (5,5%) y Cesar (3,9%) concentran el 52,4% (4.257) de todas las modalidades de camas registradas en el REPS\*. En contraste Vaupés y Guainía registraron 9 y 6 camas, respectivamente.

Adicionalmente, se ha evidenciado que los niveles de atención básicos presentan alta obsolescencia tecnológica, deficiencia del personal de salud y de infraestructura, esto debido a la pobre inversión de los gobiernos para el fortalecimiento de la red pública de hospitales. El mercado de la salud instaurado creó la tendencia a estimular la atención especializada en el alto nivel de complejidad, que garantiza la sobrevivencia financiera de las instituciones. Esto en contravía de los postulados de la Atención Primaria en Salud, donde la mayor resolutivez de los problemas de salud debería darse en el primer nivel de atención.

A esto se suma el hecho de que el modelo destruyó el sistema de referencia y contrarreferencia, que posibilitaba que el paciente transitara con facilidad a través de los diferentes niveles de atención requeridos de la red hospitalaria; la contratación de los prestadores de servicios de salud dependió de las EPS y sus criterios mercantiles, sin ninguna regulación por parte del Estado, descuidó las necesidades de salud de la población. Por dicha razón, los niveles de ocupación en los prestadores públicos permiten evidenciar la tendencia de la atención en los niveles de atención superiores; es así como los niveles de ocupación en el primer nivel de atención solo alcanzan el 40%, los demás niveles superan el 78% en el periodo 2007 – 2012, con una tasa de ocupación por encima del 97% en el segundo nivel y del 91% en el tercer nivel. Es así como el uso de los niveles básicos es del 60% y de los niveles de alta complejidad supera el 90% (MSPS, 2016).

El sistema ha aumentado el número de atenciones y prestación de servicios, pero esto no ha respondido a la búsqueda de resultados en salud de la población, sino a los incentivos del mercado para que exista producción de servicios de salud. En 2007, el 48% de los partos se remitía a los centros de mayor complejidad desde los hospitales públicos de primer nivel, para 2012 el 88% generaba esta misma situación, lo cual permite inferir el incentivo al crecimiento de la cesárea en el país, que pasó del 25% en 1998 al 46% en 2013 (MSPS, 2016). Estos índices demuestran que se ha debilitado el sistema de atención primaria en salud, la cual posibilita la detección temprana de los problemas asociados con el parto, mediante los controles prenatales.

El modelo incentiva el alto costo y la facturación de servicios, tanto así que para generar mayor facturación privilegia y genera la necesidad de hacer cesáreas, cuando la mayoría de partos deben ser naturales. Se ha presentado a nivel global un debate en torno al aumento de partos atendidos por cesárea. Se reconoce que esta intervención puede ser eficaz para prevenir morbi-mortalidad materna y perinatal cuando existe una justificación médica; no obstante, puede aumentar el potencial riesgo de infección y complicaciones por la cirugía, específicamente en lugares donde no existen las condiciones seguras para la realización de las intervenciones. En ese sentido, la OMS ha expresado que a nivel

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

poblacional las tasas de cesáreas superiores al 10% no están asociadas con una reducción de la mortalidad materna y neonatal. Otro ejemplo que puede ilustrar los efectos del desmonte que ha hecho el sistema de la atención primaria en salud es en el caso del cáncer, donde se incentiva que la enfermedad evolucione a sus estadios más graves, para la satisfacción y la renta de una industria farmacéutica que se lucra de la venta de medicamentos oncológicos de alto costo. En el caso del cáncer de mama, por ejemplo, el promedio de días transcurridos entre la primera consulta y el tratamiento es de 137 días de los cuales se pierden 90 entre el diagnóstico inicial y la confirmación del dictamen en el centro especializado. Como resultado, en Bogotá se diagnostica el 29,1% de los casos de cáncer de mama en estadio localizado, contra 64% en USA, y el 57.2% en estadio de invasión regional, frente al 27% en USA (Piñeros y cols., 2009).

En ese contexto, sólo el 49% de los pacientes con cáncer de mama son detectados en estados tempranos, existen unas coberturas inferiores al 47% para el tamizaje de cáncer de mama. El tiempo promedio de espera entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento en cáncer de cuello uterino es, en promedio de 70 días (Exposición de motivos PL 010 Senado y 425 de Cámara, 2020).

A esto se suma que la ineficiencia del sistema lleva a la reconsulta por el poco tiempo en la consulta, lo que termina en complicaciones que generan alta rentabilidad. De otro lado, el modelo de mercado a la salud implementado profundiza las inequidades en la concentración de la prestación de servicios. Se evidencia una concentración de las atenciones de carácter nacional; a partir del análisis de la distribución geográfica en la prestación de servicios de salud, se observan cerca de 20 nodos que centralizan el flujo de procedimientos médicos para pacientes provenientes de los 1,101 municipios del país. La consulta especializada, se concentra aún más en diez nodos; seis nodos, por su parte, concentran los procedimientos hospitalarios (Bogotá, Medellín, Bucaramanga, Pasto, Cali y Barranquilla), con preeminencia de Bogotá y Medellín como agrupadores finales de referencia (Páez y Cols, 2012)<sup>14</sup>

Adicionalmente a lo ya evidenciado en los territorios apartados y con las poblaciones dispersas, acerca de la forma como la oferta de los servicios de salud- determinada por el mercado-, no llega a la población pobre, alejada de los centros urbanos, se ha encontrado evidencia más fuerte de este indeseable efecto del alejamiento de los servicios de la población pobre en las grandes ciudades. Una investigación realizada por el CID de la Universidad Nacional, en Bogotá, demuestra que la inversión privada en prestación de servicios se concentra en barrios de alto poder adquisitivo, mientras localidades de poblaciones del sur y occidente de la ciudad se encuentran gravemente desprovistas de servicios.

En los resultados de la investigación se sintetiza la enorme inequidad de una sociedad cuya oferta de servicios, en todos los servicios analizados en las IPS registradas y habilitadas en el Distrito, se aleja consistentemente de la población más pobre y, por tanto, más necesitada en términos de salud. La investigación deja abierta la pregunta de: ¿cómo asigna y distribuye el mercado?, pues supuestamente

---

<sup>14</sup> Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Epidemiología y Demografía (2016) Análisis de situación de Salud (ASIS) COLOMBIA, 2016. pág. 134: "Para 2014, en Colombia había 48.572 instituciones habilitadas para la prestación de servicios (IPS) de salud. El 97,45% (47.335) tenía carácter privado, el 2,48% (1.204) público y el 0,07% (33) mixto. Las IPS están concentradas en Bogotá y en los departamentos más grandes y con mayor estándar de desarrollo. El 26,96% (13.097) de las IPS se hallaba en Bogotá; el 14,39% (6.988), en Antioquia; el 11,03% (5.356), en el Valle del Cauca, y el 4,53% (2.200), en Santander. De este modo, el 57% de las instituciones habilitadas del país se ubicaba en los lugares mencionados".

el aseguramiento es universal y, en consecuencia, la garantía de la demanda previamente financiada garantizaba el acceso igualitario y sin discriminación de la población a los servicios.

### **Planes de Saneamiento Fiscal y Financiero y Hospitales Públicos**

Los planes de saneamiento fiscal y financieros que clasifica a las ESE en riesgo y las obliga a organizar su presupuesto según el recaudo (lo facturado) y no el reconocimiento (lo adeudado por las administradoras). En el 2018 hubo 284 ESE en riesgo (34.1%) y 23 liquidadas. Las ESE han estado sometidas a retrasos en los pagos y a carteras morosas de más de 180 días. Para el 2017 la Asociación de Clínicas y Hospitales expresó que las EPS tenían deudas por 8,2 billones y carteras morosas mayores de 60 días en el 60,2% (2500 millones de dólares)<sup>15</sup>.

También se afirma que al 31 de diciembre de 2020 las deudas superaban 9.042 billones de pesos, afectando la situación financiera de más de 900 ESE, y con el 60% de deuda con mora superior a 90 días, comprometiendo su funcionamiento y permanencia. Este sometimiento de las ESE a permanentes categorizaciones de riesgo y procesos de liquidación/fusión y privatización lo que ha aumentado la crisis hospitalaria, que deriva en ser atentatorio contra el derecho fundamental a la salud<sup>16</sup>.

### **A manera de conclusión**

Surge el interrogante: ¿puede el Estado garantizar una oferta mínima de servicios que responda a las necesidades de los usuarios, si los esfuerzos son insuficientes para compensar el desastre en términos de desigualdad que genera este sistema? Esta situación se da por la hegemonía y el ineficaz control realizado sobre las EPS aseguradoras, quienes ejercen su posición dominante en la contratación de los prestadores y la absoluta negación al ciudadano del derecho de escoger donde recibir el servicio. Los contratos entre aseguradores y prestadores tienden a ser incompletos e inestables.

También es evidente que existen diferencias de precios entre los mercados de prestación que indican diferencias en la concentración y el poder de negociación entre aseguradores y prestadores (Ruiz, 2015). El diagnóstico realizado por el modelo de atención integral en salud MIAS reconoce que en el primer nivel de atención la contratación usualmente corresponde a la capitación sin umbrales y límites definidos, y tanto aseguradores como prestadores tienden a generar rentas sobre las asimetrías en los contratos; los primeros, haciendo uso de la autorización como mecanismo para modular la oferta con contención del gasto; y los prestadores de primer nivel en la remisión de pacientes a la alta complejidad y el mantenimiento de una estructura no resolutive pero menos costosa para la prestación de servicios (MIAS, 2016). Ante esta situación, el paciente debe hacer su propia gestión ante el asegurador, para la obtención de los servicios requeridos. Todo este esquema se traduce finalmente en la violación del derecho a la salud de la población. Estas limitaciones son determinadas por un modelo de salud que privilegia el enfoque hospitalario de servicios orientados hacia la enfermedad y su resolución en las instituciones hospitalarias de mayor complejidad. En efecto, se hace notorio el crecimiento en la demanda de profesionales especializados.

---

<sup>15</sup> Vargas GS, Ruiz LE, Martínez LA. El estado de la red pública hospitalaria en Colombia para enfrentar el COVID-19, posterior a la política de categorización de riesgo fiscal y financiero. Rev Gerenc Polit Salud. 2021;20. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.erph>

<sup>16</sup> Idem

Las urgencias de las IPS de mediana y alta complejidad se han constituido como la puerta de entrada al sistema, con la consecuente subutilización de los servicios básicos. Se posicionó así la enfermedad y las ganancias financieras por parte de los distintos actores, por encima de la salud y la integralidad de la atención. Esto deriva en un sistema de salud absolutamente costoso e ineficaz, en su objetivo que debería ser la garantía del derecho a la salud, lo que hace que el sistema sea insostenible financieramente. En suma, el gasto en salud mediado por el mercado acabó privilegiando el consumo de medicamentos, insumos y equipos de alta tecnología, en hospitales de alta complejidad, negocios que, por permitir márgenes de utilidad mucho mayores, presionan por todos los medios su inclusión, consumo y pago por los fondos de la seguridad social.

Para un empresario de la salud es mucho más rentable manejar dos pacientes hemofílicos que dos mil afiliados para atención básica en un centro de salud. ¿Qué se puede esperar, entonces, de tal estímulo económico? Se podría señalar que el problema fundamental del sistema, que lo tiene actualmente en crisis, parece ser justamente el hecho de que el gasto del Estado no llega a la población pobre y no se traduce en servicios de salud adecuados, sino que buena parte se concentra, se desvía y se aleja por el camino en vista de la presión de diversos intereses descritos en este “mercado”. En síntesis, el arreglo institucional construido en 1993 no ha resultado eficiente en la asignación y menos en la distribución. En el estudio de la Unidad de Capitación del Sistema (UPC) para 2011 (Universidad Nacional 2011), la Universidad Nacional de Colombia, después de estudiar en detalle el gasto en salud, frecuencias y costos para determinar la prima pura del sistema encontró un desproporcionado incremento del gasto de las EPS del régimen contributivo, centrado en el rubro de medicamentos.

Las EPS que presentaron enormes sobrecostos en medicamentos fueron entidades de carácter cooperativo, que se caracterizaban por ser propietarias de su red de prestadores y poseedoras al mismo tiempo de las firmas que les suministraban los medicamentos. En consecuencia, en su estudio, la Universidad Nacional concluye: Se repite insistentemente que las EPS son un negocio de especulación financiera, donde presuntamente se derivan rentabilidades producto de retrasar los pagos a los 32 prestadores y poner a rentar estos recursos en el sector financiero, hecho que no es comprobable empíricamente con los estados financieros.

La preocupación fundamental consiste, por el contrario, en que algunas entidades sin ánimo de lucro, tanto del régimen contributivo como del subsidiado adopten comportamientos rentistas en los que no interesa la utilidad de la EPS sino la ganancia de los negocios derivados integrados verticalmente, como capitación con entidades propias, compra de medicamentos o insumos, servicios de ambulancias, lavanderías, celaduría y otros servicios generales. Las compras de servicios, medicamentos o insumos, en estos procesos de integración vertical con las empresas de la misma entidad o el consorcio, o en el que participan los administradores o sus allegados, quedan por fuera de mecanismos de mercado, sin competencia real de precios y, por tanto, no hay garantía de que las negociaciones se den a los precios óptimos.

Este comportamiento rentista, en lugar de tener un incentivo para controlar el gasto del POS, tiene un claro estímulo a aumentar los gastos en los servicios de los que se derivan rentabilidades, lo que significaría una tendencia al aumento de los gastos de salud en la nota técnica de ambos regímenes.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

En este punto parece haberse encontrado la relación entre el arreglo institucional con entidades sin ánimo de lucro que manejan las unidades de capitación, y el comportamiento rentista consecuente: a estas entidades les interesaba manejar grandes recursos para derivar ganancias a través de negocios secundarios, ya que de la empresa y del negocio principal legalmente no podían derivar ganancias

Por la misma razón, estas entidades no tienen motivación alguna para ahorrar recursos al sistema y tienden a gastar la totalidad de lo recibido. Al mismo tiempo, las entidades privadas que manejan tanto el Plan Obligatorio como los planes voluntarios, tampoco tienen interés en ahorrar recursos al sistema, pues cargan todos los gastos de los pacientes al seguro obligatorio hasta llegar a su tope, y derivan las ganancias por el seguro voluntario. Como consecuencia de tal arreglo institucional y el consecuente aliciente generado, no se puede esperar otro resultado. El premio Nobel Stiglitz señala por su parte: “Hoy en día, no hay apoyo intelectual razonable para la proposición de que los mercados, por sí mismos, generan resultados eficientes, mucho menos equitativos”. (Stiglitz 2010)

En ese sentido, la propuesta de reforma estructural del sistema de salud, sienta sus bases en las disposiciones de la sentencia C-313 de 2014, en la cual cualquier persona residente en el territorio nacional podrá solicitar cita en su institución hospitalaria de referencia sin que medie autorización de algún intermediario, de acuerdo a los principios de autonomía profesional y autorregulación. Esta institución prestadora estará organizada en red integrada e integral con otras instituciones de carácter público, privado o mixto. Esta red conforme el nivel de complejidad requerido por el ciudadano paciente, se circunscribe a su territorio o al nacional según la disponibilidad de servicios y tecnologías en salud. La autoridad sanitaria de la red será ejercida por las unidades territoriales de salud que fijará los presupuestos, formas de pago, contratación, conforme a los lineamientos estipulados por el consejo nacional de salud y el correspondiente consejo territorial de salud.

## **6. MODELO DE ATENCIÓN**

### **La Salud Pública y los Territorios**

El modelo de salud instaurado por la ley 100 de 1993 partió de la consideración de la ineficacia del Estado para gestionar la prestación de servicios de salud y la salud pública, para justificar la entrega de esta última al sector privado, por lo que progresivamente fue mermando la capacidad de los entes territoriales para ejercer rectoría y ejecutar la política de salud. De ahí que la inversión en salud pública muestra condiciones de ineficiencia; una evaluación desarrollada por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre ejecución presupuestal encontró que para octubre de 2015 cerca del 40% de los presupuestos de salud pública de los municipios no había sido ejecutado (MSPS, 2016).

De otro lado, el sistema otorga un poder hegemónico a las EPS en la prestación de servicios de salud, la prevención y la promoción, pero esto menoscaba las posibilidades de vigilancia que el ente territorial pueda ejercer sobre dichas entidades, cuyo control y poder sancionatorio fue centralizado por la Superintendencia Nacional de Salud, que hasta el momento no ha ejercido su función a cabalidad. De otra parte, el modelo de aseguramiento instaurado contrasta con la heterogeneidad territorial y poblacional del país, que no considera las variables poblaciones, étnicas y epidemiológicas. Es evidente que la mayor concentración de la carga de enfermedad y problemas nutricionales se encuentra en zonas apartadas y con mayor concentración étnica.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

El esquema de competencia en el aseguramiento ha permitido una micro-segmentación de la población en dichas 25 comunidades, situación que ha impedido que se pueda hacer una intervención en salud común desde la perspectiva colectiva. Según la OPS, “el eje operativo para la salud pública son las responsabilidades que el Estado debe asumir, y más exactamente lo que le corresponde hacer a las autoridades oficiales en materia de salud en los diferentes niveles territoriales. Esto incluye no sólo las responsabilidades de ejecución directa de actividades o actuaciones específicas de salud pública, sino también y, de forma estratégicamente prioritaria, las actuaciones de movilización, promoción, orientación y articulación de los agentes sociales y el apoyo que se necesita de ellos a la hora que se cumplan las actuaciones en materia de salud pública (Martinez, 2012).

Las posibilidades de desarrollo de un territorio en general, y de salud en particular, dependen también de la existencia de una autoridad territorial con suficiente capacidad técnica y administrativa; es decir, con direcciones de salud capaces, pero que, además, tenga la voluntad política para abrir caminos de participación. Construir procesos de planeación serios y participativos en el país no es sencillo, dado que cientos de pequeños municipios no tienen la más mínima capacidad técnica ni administrativa. De no abordar un verdadero reordenamiento territorial para construir niveles del Estado más racionales en cuanto a su tamaño geográfico y poblacional y, por tanto, con mayor capacidad de planificación, el país y el Gobierno central deben pensar en establecer asociaciones de municipios en provincias o unidades similares que garanticen condiciones más técnicas de administración y gestión del desarrollo, pero que tengan en cuenta las necesidades de los ciudadanos en el territorio, incluidas la planeación y la vigilancia en salud pública. Condiciones de los recursos humanos La implementación de la Ley 100 de 1993 no previó los requerimientos cuantitativos y cualitativos del recurso humano en salud, ni el impacto que el nuevo modelo tendría (MSPS,2016).

No se definieron políticas de formación, gestión o distribución que respondieran a los objetivos del sistema de salud. Dichos procesos se dejaron más a la definición de las perspectivas de cada institución y del mercado, que a la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Además, la ejecución de la Ley 100 coincidió con las directrices de flexibilización laboral que adelantaba el Estado en ese momento. En relación con la formación del recurso humano en salud, el país ha tenido un aumento progresivo, sostenido y sin ningún tipo de regulación. Estos 25 años se han caracterizado por la proliferación de facultades de medicina, que en la actualidad suman 60, pero que se quedan cortas en dar respuesta a una política de Estado de formación de talento humano en salud en función de las necesidades de la población.

En la reforma estructural que se propone el modelo de atención será definido por el Consejo Nacional de Salud con base a una propuesta de reglamentación presentada por el Ministerio de Salud, que debe contener la concepción y gestión de la atención primaria integral en salud, Servicios ambulatorios y hospitalarios especializados, los Servicios especializados de salud ocupacional, los programas de control de problemas y enfermedades de interés en Salud Pública y las prestaciones económicas.

## **7. SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN EN SALUD**

El nuevo sistema de salud desarrollará un sistema de información único, público, transparente, disponible en línea, que usando los últimos recursos tecnológicos de Big Data, Procesamiento Digital

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

de Imágenes, cadena de bloques y demás recursos para Inteligencia Artificial, permita recuperar el máximo de información económica, clínica, científica, tecnológica, técnica y administrativa, desde los orígenes del sistema de salud vigente, para preservar recursos económicos y epidemiológicos, así como tener los elementos empíricos oportunos para la toma de decisiones en política pública, y que en sí mismo sea un instrumento de soporte a la justicia para sancionar la corrupción y evitarla en el sector salud (Art 17, LES).

El Sistema incluirá los datos necesarios para garantizar la información sobre componentes individuales, demográficos, determinantes de salud, genéticos y clínicos, que incluyen diagnósticos con sus ayudas y resultados, procesos de intervención terapéutica, rehabilitadora y de paliación, incluyendo administrativos y contables. Un elemento constitutivo de este sistema será la historia clínica única. Todo esto, garantizando el derecho fundamental constitucional a la intimidad y a la privacidad de cada persona.

Se presenta a continuación la descripción de los sistemas de información que existen en la actualidad en el sistema de salud y sus necesarias modificaciones. Los criterios del sistema de información serán:

- Datos abiertos de subsistemas interoperables
- Herramientas TIC modernas y eficaces
- Generación de información en beneficio de la salud pública y garantía del Derecho Fundamental a la Salud

### **Contexto internacional.**

#### **Organización Panamericana de la Salud (OPS) y cambios estructurales en sistemas de información y transformación digital en salud.**

El 23 de abril de 2021 la OPS publicó las conclusiones de la Conferencia “De la evolución de los sistemas de información para la salud a la transformación digital del sector de la salud” (OPS/EIH/IS/21-0006), que resume las experiencias de los países americanos en sistemas de información, especialmente durante la pandemia de COVID-19 y propone ocho principios para la transformación digital del sector salud:

- 1) Conectividad universal en el sector de la salud
- 2) Creación conjunta de bienes de salud pública para un mundo más equitativo
- 3) Salud digital incluyente a toda la población, principalmente grupos más vulnerables
- 4) Diseño e implantación de sistemas de información digital abiertos, sostenibles, e interoperables
- 5) Integración de los Derechos Humanos en todas las áreas de la transformación digital para la salud
- 6) Participación en la cooperación mundial en materia de inteligencia artificial y toda nueva tecnología
- 7) Incorporación de los mecanismos que garanticen la confidencialidad y seguridad de la información en el entorno de salud pública digital
- 8) Diseño de una estructura de salud pública renovada para la era de la interdependencia digital

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**



En Colombia la pandemia evidenció graves deficiencias del sistema de información en salud y la necesidad urgente de su transformación profunda a la luz de la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud (LES). En ese sentido, evaluemos las fortalezas y debilidades de los principales componentes del sistema vigente para proponer los ajustes y cambios necesarios, que debe contener la ley.

El Sistema Público Único e Integrado de Información en Salud SPUIIS (Gráfica N°1) debe contener:

1. Subsistemas de Públicos Información en Salud, teniendo en cuenta los existentes en Colombia, sus funciones y relaciones y los que se crearían para fortalecer el sistema en desarrollo de la LES.
  - a. Subsistemas públicos de Información generadores de datos:
    - Base de Datos Única de personas registradas en el Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social (BDUA-SNSSS)
    - Página web del ente receptor y pagadores (Administradora de Recursos para la Salud – ADRES y fondos pagadores): deben ofrecer información sobre la población registrada actualizada, como resultado de lo reportado por las instituciones integrantes de las redes de atención. Aquí, el papel del ente rector debe dejar de ser pasivo pues en la actualidad esta base de datos, aunque oficial y única, está operada y controlada por las EPS y solo informa cada usuario registrado en determinada EPS. La Ley que desarrolle la LES establece el registro oficial administrativo único de cada dato en una base operada directamente por el ente rector, para tener el control de la relación administrativa de cada persona con el sistema de salud, que sirve para la identificación única, precisa y portable de cada individuo.
    - SISPRO: Sistema Integrado de Información de la Protección Social. Ofrece datos para facturación electrónica e Indicadores generales del gasto en atenciones en salud y:
      1. Información de Prestadores de Servicios con los Subsistemas:
        - a. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)
        - b. Registro de Talento Humano en Salud (RETHUS)
        - c. Sistema de Gestión Hospitalaria (SIHO)
        - d. Mi Prescripción (MIPRES), que actualmente es un aplicativo para la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, y en la nueva ley identificaría tecnologías y servicios complementarios no existentes en el país
        - e. Registro Único de Atención Primaria (RUAP), contiene la información de cobertura poblacional para promoción de la salud y prevención de enfermedades
        - f. Consulta Masiva de Supervivencia (CMS )
        - g. Mi Vacuna (utilización del registro PAI de Bogotá en todo el territorio nacional, para consulta de todas las personas a vacunar y vacunadas.

2. Información de financiamiento con:

- a. Indicadores generales del gasto en atenciones en salud como Apoyo a las regiones y Empresas Sociales del Estado ESE
- b. Indicadores generales del gasto en salud
- c. Variables presupuestales de la red pública
- d. Recaudos al sistema de seguridad social integral y parafiscales
- e. El Valor de la compensación, existente hoy en día, se cambiaría por el de Proyección de costos por servicios prestados; se emitirá anualmente a cada institución de todas las redes del Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social con base en la información del costo de su actividad del año anterior

3. Información actualizada sobre:

- a. Salud Ambiental
- b. Salud nutricional
- c. Información de la inspección, vigilancia y control que adelanta el INVIMA en diferentes frentes:
  - a. Bancos de sangre con sus requerimientos
  - b. Establecimientos certificados en Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control (APPCC o HACCP por sus siglas en inglés)
  - c. Establecimientos de alimentos y bebidas alcohólicas con buenas prácticas de manufactura.

4. Mi Seguridad Social con Trámites y Servicios, RUAP y PILA Planilla Integrada de Liquidación de Aportes

5. Gestión del conocimiento con:

- a. Prestaciones
- b. Vacunación (Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI, incluye COVID-19 solo en Bogotá, D. C.)
- c. Ficha regional o territorial saludable y municipal

Actualmente el SISPRO muestra avances, pero persisten deficiencias en validación de datos, interoperatividad con los demás subsistemas y en el análisis de resultados en salud. La Ley ordenará exactitud, integridad, consistencia y pertinencia de los datos en todos los subsistemas, así como la obligatoriedad de los mecanismos de validación y análisis periódico de resultados en salud. Debe garantizar la transparencia y el acceso universal al microdato en todos los subsistemas.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

**Instituto Nacional de Salud (INS) y su programa SIVIGILA**, informará sistemática, continua, oportuna y de manera actualizada sobre Covid-19 y todas las enfermedades de interés en Salud Pública y sobre los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población colombiana. En la actualidad el INS y SIVIGILA tienen publicaciones periódicas con información casi exclusiva de patologías transmisibles. Aunque se notifican enfermedades huérfanas, aún no existen informes. Los reportes corresponden solo a Unidades Primarias Generadoras de Datos UPGD y algunas Unidades Informadoras (UI). A este subsistema no se reportan patologías no infecciosas ni datos de miles de profesionales independientes. Siendo este subsistema uno de los más fuertes en su coherencia interna y su relación con los prestadores y entidades territoriales, debe contener el seguimiento a patologías no infecciosas de alto impacto en la salud pública y garantizar el reporte universal de prestadores, incluyendo los profesionales independientes.

**Plan ampliado de inmunización (PAI) y Vacunación Covid-19:** El PAI para el control y erradicación de enfermedades inmunoprevenibles, busca disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por estas patologías en la población menor de cinco años. Además la página de Vacunación Covid-19 hace el seguimiento estadístico global del Plan Nacional de Vacunación en la pandemia. Estos subsistemas no pueden considerarse modelos de transparencia pues los datos del manejo financiero y administrativo durante la pandemia no son públicos ni despejan dudas sobre posibles actos de corrupción. Por tanto, debe garantizarse la transparencia y el acceso universal al microdato en todos los subsistemas.

**MedCol-STAT:** Aplicativo estadístico existente sobre tendencias de prescripción, consumo y gasto de prestaciones farmacéuticas del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (PBS UPC, reemplaza a la sigla POS) del régimen contributivo. Su revisión superficial evidencia el nivel de desactualización de este subsistema: A agosto de 2021, presenta información de solo 2014 a 2019, es decir, después de un año y cinco meses de declarada la pandemia por Covid-19, este aplicativo no tiene datos de lo sucedido con las prestaciones farmacéuticas de las EPS del régimen contributivo durante ella. Por ello y porque tampoco tiene datos del régimen subsidiado, no permite acceso al microdato y presenta su información en formatos rígidos con inconsistencias prominentes al comparar con otras fuentes, lo que hace que su utilidad muy reducida. MedCol-STAT es parcial, y está tan desactualizado que MinSalud tiene que "solicitar" a las EPS reportes especiales con los datos necesarios para definir la suficiencia de la UPC.

**POS Pópuli:** Herramienta para consultar las tecnologías, servicios y medicamentos de salud financiados o no con recursos del PBSUPC. A 5 años de la LES 1751 de 2015, que incluye todo lo que no esté excluido del Plan de Beneficios, aún no existe aplicación total de este principio y su nomenclatura. Los mecanismos de exclusión no se perfeccionan aún, como lo demuestra la precariedad del Informe de MinSalud en la solicitud de exclusión de medicamentos como Elosulfasa Alfa VIMIZIM en Síndrome de Morquio, para dar un ejemplo. Tal información está en poder de las EPS del régimen contributivo y subsidiado, que tienen sistematizados todos sus procesos y sistemas de prescripción de exámenes complementarios, medicamentos y demás tecnologías de salud, así como el acceso a las historias clínicas de sus afiliados por mecanismos

de auditoría médica. A diferencia de todos los subsistemas mencionados, el subsistema EPS de los Regímenes Contributivo y Subsidiado es el único que no puede enlazarse a ningún portal o página Internet que muestre los sistemas de información que manejan estas empresas.

Existen solo páginas de contacto de cada una de ellas para sus usuarios, pero ninguna para "información sobre componentes individuales, demográficos, determinantes de salud, genéticos y clínicos, que incluyan diagnósticos con sus ayudas y resultados, procesos de intervención terapéutica, rehabilitadora y de paliación, incluyendo administrativos y contables" pues cada EPS tiene su propio modelo de digitalización. Esto genera información no centralizada y totalmente fragmentada que se maneja como propiedad privada. En resumen, la intermediación informática de las EPS tiene implicaciones tan perjudiciales como la intermediación financiera, administrativa y laboral que practican. Por esta razón, cuando se requiere información para adoptar medidas de política pública, el ente rector debe "construirla" a partir de bases de datos privadas, no transparentes ni coherentes. Una muestra palpable de esta realidad está en la información empleada para el "andamiaje normativo" con que la actual administración prácticamente ya entregó casi todos los recursos de la salud a las EPS mediante el Acuerdo de Punto Final y los Techos de Recobro, que son políticas públicas en salud basadas en información con inconsistencias.

**Información para definición del POS (hoy PBSUPC) y la UPC.** El subsistema de información ligado a los aplicativos MedCol-STAT y POS Pópuli merece un análisis particular porque la definición del POS (hoy PBSUPC. Que será modificado en el proyecto de ley conforme a la nueva definición de exclusiones de la ley estatutaria en salud) y la UPC es neurálgica para la transferencia de recursos de la salud a las entidades administradoras del sistema y tiene que ver con el diseño institucional de dirección del sistema de salud. Recordemos que luego de los Artículos 9° a 151° del Libro 1° sobre Sistema general de pensiones y antes de los Artículos 249° a 256° del Libro 3° sobre Sistema general de riesgos profesionales, el Libro 2° de la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993 del Sistema general de seguridad social en salud, en su Título 1° de Disposiciones generales, Capítulo 4° De la dirección del sistema y Artículos 170° a 176°, creó el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) con un diseño institucional y alta representatividad que se mantuvo hasta cuando el Art.3° de la Ley 1122 de 2007 modificó sus funciones y dio curso a la Comisión de Regulación en Salud (CRES), organismo de alto nivel técnico que asumió la rectoría del sistema de salud, pero el 10 de diciembre de 2012 la CRES tuvo un entierro "de tercera" con el Decreto 2560 en cuyo 4° y último "considerando" menciona la existencia de un "informe de gestión administrativa" que habría recomendado "la supresión y liquidación de la CRES y el traslado de las funciones misionales al Ministerio de Salud y Protección Social". Es decir, todo el diseño institucional de las Leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007 fue enterrado con un Decreto basado en un informe prácticamente desconocido. Los medios hablaron de "informes" en plural, mientras el entonces no mencionado Informe de Auditoría Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular de la Contraloría General de la República (CGR-CDSS Nq 046 Julio 2011)- y otros, no incluyen semejante recomendación.

En ese contexto, la eliminación del diseño institucional que las Leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007 fijaron para definir el Plan Obligatorio de Salud POS -hoy Plan de Beneficios en Salud PBS- y la Unidad de Pago por Capitación -UPC- con el consiguiente traslado de dichas funciones, la

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud (responsable de MedCol-STAT y POS Pópuli)- constituye una lección histórica de los niveles de irracionalidad que pueden alcanzarse cuando los diseños institucionales son sometidos a los vaivenes de los intereses de actores con poder político y económico, con esto queremos enfatizar la importancia de garantizar la solidez del diseño que se proponga, con mecanismos adecuados de participación social y operatividad tecnológica segura, suficiente, eficiente y eficaz.

Por la inexistencia de un "Sistema Único e Integrado de Información" anualmente el Ministerio de Salud adelanta un proceso ineficiente solicitando datos que debería tener, cada vez define y fija una "metodología de estimación", enuncia resultados anuales sin análisis epidemiológico ni trazabilidad interanual y define la UPC -el núcleo de la destinación de recursos del sistema- sin evaluar resultados en salud, ni fijar objetivos concretos de gestión por falta de seguimiento a la estrategia fallida de ampliación del POS por indicaciones. Con el Sistema Público Único e Integrado de Información en Salud (SPUIIS) los datos se generarán al momento de las transacciones, en línea (cadena específica de bloques) sin intermediación ni necesidad de los reportes en archivos planos -con mallas de validación muy deficientes- que existen en la actualidad. Estos datos serán transparentes e incorruptibles, permitirán estudios técnica y científicamente sólidos, con amplia participación social, trazabilidad histórica, resultados concretos en salud y optimización de recursos.

Las inconsistencias en información relacionada con los precios de servicios y tecnologías como ocurre actualmente por falta de transparencia en la información de recobros, constituye la mayor muestra de opacidad en el sistema de información del FOSYGA y ADRES. En ese sentido, la Federación Médica Colombiana (FMC) adelantó un litigio para que la información de recobros por prestaciones no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud POS sea pública y libre de inconsistencias. En este se muestran las incoherencias, la falta de un sistema de información parametrizado, la falta de transparencia y las deficiencias de vigilancia y control que se evidenciaron en dicho proceso, que se inició el 8 de abril de 2010 cuando la FMC presentó su primer derecho de petición al Consorcio FIDUFOSYGA y concluyó en septiembre de 2015 cuando la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia ordenó al MinSalud entregar la información depurada de recobros. Pero fue inútil porque se entregaron datos de solo un medicamento (Rituximab).

Algo similar sucedió con las peticiones de IFARMA en 2019 en el litigio por la información de recobros, cuya respuesta del 26 de julio de 2019 de la ADRES a IFARMA constituye un retorno al pasado. En efecto, como lo hicieron a principios de esta década el Consorcio Fidufosyga, el Consorcio SAYP y el propio Ministerio de Salud, la ADRES esgrime los mismos argumentos ya derrotados por la FMC ante los tribunales de justicia puesto que la información de la base de datos de los recobros corresponde a los datos diligenciados por la APS y EOC, conforme las estructuras, contenidos y alcances definidos en los diferentes actos administrativos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Por lo anterior, dicha información no es objeto de modificación por ninguno de los actores que intervienen en el proceso de recobros. Por otra parte, los pagos efectuados por la ADRES, se basan en los resultados de auditoría integral emitidos por la firma contratada para realizar dicha tarea. Decidir si es procedente o no pagar el recobro se hace una vez realizadas las verificaciones sobre todos los soportes allegados por las

entidades recobrantes y si llegara a existir una diferencia entre la información allegada en el medio magnético y los soportes del recobro, prima la información de los soportes; por lo tanto, son dichos soportes los que respaldan el valor reconocido por la ADRES. De acuerdo con lo anterior, la ADRES no cuenta con una base de datos diferente a la que reportan las EPS. Luego, "las normas y procedimientos que han regulado el proceso de auditoría"...no han exigido la elaboración de una base de datos diferente a la ya mencionada", por lo cual las actividades de auditoría "se presumen realizadas con estricta sujeción al principio de legalidad en el ejercicio de la función administrativa".

Es decir que estamos frente al mismo desastre informático que la FMC denunció desde 2010, la posible existencia de apropiación indebida de recursos de la salud es la misma y los discursos con que se encubren los muy probables actos de corrupción siguen siendo los mismos. Independientemente de lo anterior, la gestión del primer director de ADRES mostró las posibilidades de manejo de la información en beneficio del sistema de salud, pues se publicaron 6 informes del 17 de noviembre de 2017 al 22 de agosto de 2018 y dos boletines de reclamaciones y recobros. Los informes sobre Síndrome de Morquio y Enfermedad de Gaucher son ejemplos de formas en que se pueden analizar los datos y recomendar cambios en políticas públicas, pero, al mismo tiempo, muestran la necesidad de informes periódicos de este tipo, para los temas de mayor impacto en salud pública. Desafortunadamente dichos informes no se institucionalizaron y las siguientes administraciones de ADRES dejaron de publicar informes para generar cambios reales en el sistema.

### **Inconsistencias de SISMED en información de precios y ventas de medicamentos.**

El Sistema de Información de Medicamentos es actualmente uno de los más avanzados, pero presenta inconsistencias que muestran la importancia de la participación social, el aseguramiento tecnológico y el aseguramiento legislativo en el diseño del SPUIIS. Las tablas Excel de la Consulta Pública de Precios de Medicamentos en la Cadena de Comercialización son en realidad reportes de precios y ventas de todos los actores de la cadena del medicamento en Colombia que, junto con los Cubos de Sismed y MiPres, constituye una de las pocas opciones con acceso al microdato dentro el sistema de salud. Se trata de un logro de las organizaciones de la sociedad civil, la justicia que rechazó la demanda de AFIDRO cuando pretendió bloquear este nivel de transparencia y la decisión de administraciones comprometidas con esta política pública. Pero en la práctica esta política está "frenada" por decisión política de la nueva administración y notorias señales de incompetencia que pueden verse en los siguientes hechos:

- Persisten las inconsistencias en las bases de datos del INVIMA tales como los errores en clasificación ATC, definición no parametrizada de nombres, presentaciones, titularidad del registro sanitario, etc. que afectan los reportes a SISMED. Ejemplo: En la presentación de Oxígeno Medicinal CUM 50423-17 que reportó ventas de 2.794.448 unidades por \$ 4.938.728.036 dice de manera imprecisa "Tanque 500 a 5000 m<sup>3</sup>. Asumiendo que las unidades de lo reportado al SISMED corresponde a m<sup>3</sup>, el precio sería de \$1.767 el m<sup>3</sup>. Pero otro CUM, el 50589-04 presentación "Cilindro x 1,5 m<sup>3</sup>" reportó 83.601.954 unidades por \$1.254.029.310. En dicho caso, ¿el precio reportado sería de \$15 el m<sup>3</sup>? Esta falta de precisión del INVIMA puede ser la responsable de las multimillonarias inconsistencias en los reportes de Oxígeno durante la pandemia.

- Persisten las inconsistencias en los reportes a SISMED y la insuficiencia o falta de mallas de validación de datos. Existen reportes con CUM inválido por valores que superan los 100.000 millones por trimestre, datos de ventas de muestras médicas (que serían ilegales), datos incoherentes entre las transacciones primarias que son mono fuente, con transacciones secundarias y finales que son multifuente, etc., etc.

- Persiste la falta de análisis comparado de datos propios de cada cubo o bodega de datos y los relacionados directamente. No se publicaron más informes de la prescripción de medicamentos con mayor impacto para el sistema y menos aún informes de la relación entre datos de prescripción en MiPres con datos de ventas en SISMED.

- Existen datos muy prominentes que simplemente están fuera del sistema de información, como por ejemplo los relacionados con medicamentos y vacunas que se emplearon durante la pandemia. Los pocos datos que se conocen de Tocilizumab muestran incoherencias entre prescripciones y ventas que deben investigarse.

### **Mayor participación social, fortalecimiento tecnológico y legislativo con el SPUIIS**

En conclusión, el articulado que desarrolle la LES asegurará la efectiva participación social y el fortalecimiento tecnológico y legislativo del Sistema Público Único e Integrado de Información del Sistema de Salud (SPUISS) e incluir funcionalmente otros subsistemas complementarios como:

- SIS-DISP equivalente a SISMED, para Dispositivos Médicos
- INSST Instituto Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo
- INETIS Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud
- ICC Instituto de Compras Centralizadas
- ICEI Instituto Colombiano de Enfermedades Infecciosas
- IPIENH Instituto de Prevención e Investigación de Enfermedades Nuevas y Huérfanas
- ACGM Asociación Colombiana de Gremios Médicos
- OCDP Organización Colombiana de Defensa de Paciente

Estas dos últimas con financiación del sistema de salud para evitar que sean cooptadas por intereses de las farmacéuticas, demás actores y poderes fácticos.

## **8. PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL**

La participación social y ciudadana se ha tornado en el actual sistema de salud en un elemento formal y retórico, sin poder vinculante, un ejemplo de los muchos que se podrían mostrar en el sector salud, está dado por la resolución 330 de 2017 "Por la cual se adopta el procedimiento técnico-científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías que no podrán ser financiados con

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

recursos públicos asignados a la salud y se establecen otras disposiciones”, esta resolución tenía como objetivo implementar el artículo 15 de la ley estatutaria en salud, no obstante la manera como fue concebida por el contrario, elude la reglamentación manteniendo el concepto de listados y tratamientos bajo la denominación de POS, con cargo a la UPC o PBS, que no corresponde a las consideraciones de la Sentencia C-313 de 2014, en donde se desaparecen estos listados, en donde se mantienen solo unos criterios de exclusión de servicios que no serían cubiertos con recursos del sistema de salud, dado que la manutención de listados ha derivado en la negación de servicios y en la vulneración de la autonomía profesional, y con ella la vulneración del derecho a la salud.

Esta resolución que en sí misma se presenta como un mecanismo participativo aclara en uno de sus apartados que no tiene un carácter vinculante, las decisiones que resulten del proceso de convocatoria para participar, quedan a discrecionalidad del Ministerio de Salud. Esta es una de las explicaciones del porqué las organizaciones de la sociedad civil de la salud han disminuido su participación anual en este procedimiento, un ciudadano no va a participar para que le nieguen un derecho, a partir de la negación de su postura en un proceso participativo de toma de decisiones.

En este sentido, en la reforma estructural que se propone la participación se considera como un derecho y un deber fundamental con carácter vinculante, que implica los mecanismos para la exigibilidad del derecho, en el diseño de las políticas públicas a través del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y los respectivos Consejos territoriales, la consulta previa con las comunidades étnicas y la participación en el proceso de inspección, vigilancia y control.

A continuación se describen las modalidades de participación social y ciudadana, que constituye además unas de las medidas para evitar la corrupción en el sistema y que serán reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Consejo Nacional de Salud.

- a) **Participación en los procesos cotidianos de Atención Primaria Integral en Salud (APIS).** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud desarrollarán procesos y procedimientos para el libre ejercicio de la autonomía de las personas en materia de salud, de manera que puedan expresar, mediante consentimiento informado y consciente, su aceptación o rechazo de cualquier procedimiento o intervención que implique riesgos razonables, técnicos y morales.
- b) **Participación en la exigibilidad del derecho.** Las Instituciones que participan en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud deben establecer mecanismos y escenarios, suficientes y eficaces, para impulsar la exigibilidad de este derecho por parte de las personas y las organizaciones sociales, tanto en el interior de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como en las diferentes instancias de inspección, vigilancia y control, y del sistema judicial.
- c) **Participación en las políticas públicas en salud.** El Sistema contará con reglas, mecanismos y escenarios para fomentar y desarrollar la participación informada, activa, vinculante y efectiva de los ciudadanos y las organizaciones sociales en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas con salud y seguridad social, y en la veeduría y el control social de los planes, programas e instituciones dedicadas al manejo de



- d) recursos para la salud y la seguridad social en los diferentes niveles territoriales. Se podrán establecer comités, círculos o consejos de participación en salud en los micro territorios o divisiones locales de los territorios de salud, como parte del desarrollo de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS), los cuales podrán tener delegados para la organización periódica de asambleas, congresos o conferencias regionales y nacionales de salud que permitan incidir en las políticas públicas de salud, a través del Consejo Nacional de Salud.
- e) **Consulta previa a las comunidades étnicas.** El mecanismo de participación de las comunidades étnicas será la consulta previa como derecho fundamental consagrado en la Constitución y las leyes, el cual deberá garantizar el consentimiento previo, libre e informado respecto del desarrollo del enfoque diferencial en las políticas de salud y seguridad social, y promover procesos de desarrollo de la interculturalidad en salud.
- f) **Participación en inspección, vigilancia y control.** La ciudadanía que participe individualmente o representada en organizaciones sociales, podrá, de acuerdo con la norma correspondiente a tal efecto, hacer veedurías en salud, desde el ámbito micro territorial hasta el nacional, en coordinación con los organismos de control principales del sistema, como son la Superintendencia Nacional de Salud, la Procuraduría General de la Nación y la Contraloría General de la República.

## 9. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL IVC

Una de las instituciones centrales en la IVC del actual sistema de salud es la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud), que cumple funciones sancionatorias sobre las EPS, no obstante, la labor sancionatoria ha sido débil, frente la magnitud de las transacciones económicas que ejercen estas instituciones. La ley 1949 de 2019 no logra el cometido de generar una descentralización efectiva de la Supersalud, esta se limita a la apertura de unas oficinas para recepción de quejas y peticiones en las regiones, y el monto de las sanciones establecidas son pírricos respecto al caudal de recursos públicos que intermedian los administradores de estos recursos, es probable que estos recursos de las sanciones se paguen con los propios recursos públicos. En el siguiente cuadro se muestra el número de investigaciones con sanción desde el 2014 a 2017, en un año estas no superan los 30 mil millones de pesos (Gaceta del Congreso, 2018):

<b>Sanciones impuestas</b>		
<b>Vigencia</b>	<b>No. Investigaciones con sanción</b>	<b>Monto</b>
2014	306	\$15.542.795.171
2015	1.165	\$71.269.539.650
2016	1.432	\$75.863.783.174
2017	814	\$26.465.439.516
Ene.-Ago. 2018	171	\$17.471.872.218

Fuente: Delegada de Procesos Administrativos de la Supersalud.

Otras de las debilidades, es los tiempos cortos para que la Superintendencia adelante las investigaciones administrativas que previo a la ley 1949 de 2019 era de tres años, por lo que se propuso una ampliación de 5 años, dado que un número importante de procesos caducaban ante la incapacidad de la delegada de estos procesos para tramitar los mismos (Ver Cuadro de Gaceta del Congreso, 2018)

<b>Acto sancionatorio vs. declaratoria de caducidad</b>		
<b>Vigencia</b>	<b>No. Total sanciones</b>	<b>No. Caducidades</b>
2014	306	118
2015	1.165	501
2016	1.432	624
2017	814	125
Ene-Ago 2018	171	96
<b>Total</b>	<b>3.888</b>	<b>1.464</b>

Fuente: Delegada de Procesos Administrativos de la Supersalud.

La ley 1949 de 2019 fue una iniciativa del gobierno del presidente Iván Duque Márquez que fue aprobada con las siguientes consideraciones para reformar la Supersalud: Incrementar el monto de las multas, la instauración de sanciones alternativas como las multas sucesivas, se precisan nuevas posibilidades para la revocatoria parcial o total de autorizaciones de funcionamiento, la suspensión de certificados de autorización, el cierre temporal o definitivo de servicios y establecimientos por incumplimiento, la adopción de medidas concretas contra representantes legales y revisores fiscales. Se definió las conductas e infracciones, los criterios agravantes, las sanciones con la cuantía, el procedimiento para su imposición y la autoridad competente.

Esta Ley tiene una demanda por inconstitucionalidad dado que se expresa que se transgrede el debido proceso, en tanto se entregan facultades a una autoridad administrativa para definir multas y sanciones, además de otorgar un excesivo poder para sancionar y remover representantes legales en el sector salud. Se expresa que se vulneran los criterios de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que define los plazos de un proceso.

En la propuesta que se hace la Superintendencia de Salud debe ser un organismo descentralizado con un poder de actuación efectivo en los territorios, con una estructura nacional, que se debe dirigir a investigar a prestadores que vulneren el derecho a la salud, dado que en esta propuesta de reforma desaparecen las intermediadoras financieras y de la prestación de servicios, que en este momento se encuentran en cabeza de las Empresas Promotoras de Salud (EPS). Esta institución debe vigilar la prestación adecuada de todas las instituciones de prestación de servicios, debe resolver las quejas que se hagan frente el manejo de los recursos de los fondos regionales y el fondo nacional; y la resolución de la respuesta oportuna a las quejas, reclamos y solicitudes de información de los ciudadanos en todos los niveles de atención del sistema de salud. Las actuaciones de este organismo deben responder en un tiempo corto que no debe superar las 72 horas, con esto se podría lograr la desjudicialización del sistema, sin perjuicio de la protección constitucional del derecho a la tutela.

La **Supersalud** responderá por su gestión ante el Estado colombiano en las instancias competentes como son el Ministerio de Salud y Seguridad Social, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y los Consejos Territoriales de Seguridad Social y Salud.

El procedimiento del nombramiento del Superintendente Nacional de Salud se hará por concurso de méritos, coordinado y reglamentado por el Consejo Nacional de Salud, la Comisión Nacional del Servicio Civil-CNSC y el Departamento Administrativo de la Función Pública, con vigilancia y auditoría del Ministerio Público.

La persona que obtenga el mayor puntaje en el marco del concurso de méritos será posesionada por el presidente de la República como Superintendente Nacional de Salud, por un periodo institucional de cuatro (4) años.

Por eso en el proyecto de ley se propone expresamente que “El manual de funciones, los prerrequisitos y la idoneidad del perfil para postularse al concurso serán elaborados por una comisión integrada por el Consejo Nacional de salud, la Comisión Nacional del Servicio civil-CNSC y el Departamento Administrativo de la Función Pública”.

## **10. DETERMINANTES DE LA SALUD**

Otro de los elementos que determina la inequidad en salud se refleja en la diferencia en la gestión de los determinantes sociales de la salud, estos son las condiciones y derechos interdependientes que debe garantizar el estado para el logro del goce efectivo del derecho a la salud física y mental. Se reconocieron como parte del derecho a la salud en la observación general 14 del Comité DESC en el

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

año 2020, y fueron incorporados por la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015 y la Sentencia C313 de 2014, estos son los determinantes:

1. Acceso a agua potable limpia y a condiciones sanitarias adecuadas
2. Disponibilidad de alimentos sanos para una buena y adecuada nutrición (seguridad alimentaria)
3. Derecho a vivienda digna, energía eléctrica y disposición de excretas
4. Condiciones de trabajo dignas, seguras y sanas
5. Medio ambiente sano
6. Acceso al transporte
7. Acceso a la educación y recreación
8. Condiciones de vida digna
9. No discriminación de ningún tipo
10. Paz (Violencia o Conflicto armado)
11. Acceso a la información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.
12. Participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.
13. Diferencias y enfoques basadas en la perspectiva de género
14. Distribución de los recursos (Distribución social de la riqueza)

A continuación, se hace una descripción de la situación de algunos elementos de estos determinantes en Colombia.

La Encuesta de Calidad de Vida para 2017 muestra que en Colombia el 90% de la población tiene acceso a acueducto y el 78% a alcantarillado. El acceso a servicios es mayor en el área urbana o cabecera que en el área rural o resto. El 17,19% (1.817.629) de los hogares colombianos no tiene acceso a fuente de agua mejorada y existe gran heterogeneidad por departamentos: en Chocó, Guainía, Guaviare, Vichada, Putumayo y el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, el porcentaje sobrepasa el 50% de los hogares. El DNP estima que el 16,98% (1.794.807) de los hogares hace inadecuada eliminación de excretas; los departamentos más críticos en su orden son: Chocó, Vichada, Guainía, La Guajira, Córdoba y el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina, donde el porcentaje de hogares con la deficiencia es superior al 50% .

En suma, el acceso al agua potable universal sigue siendo una promesa incumplida por varios gobiernos, un lugar común que aparece en los discursos de cada mandatario año tras año sin que se traduzca en hechos y realidades, frente a un tema de tan elemental necesidad para la conservación de la vida humana (El Espectador, 2021)

En cuanto a la seguridad alimentaria, se estima que entre 2005 y 2018 casi nueve de cada 100 nacidos vivos tuvieron bajo peso al nacer y nueve muertes se atribuyeron a esta causa. De todas maneras, no se desconoce su importancia, pues para este periodo 844.573 recién nacidos pesaron menos de 2.499 gramos, para un promedio anual de 60.327 y una desviación estándar de 1.598 (ASIS, 2020).

Igualmente, y siguiendo el informe citado, *de acuerdo con la encuesta ENSIN 2015, la prevalencia por anemia en el país es de 27,7%, un 0,4% más frecuente en niñas (24,7%) que en niños (24,6%), en área urbana fue de 24,1% y en el área rural fue de 26,1%*. Del mismo lado, en el 2010 la prevalencia de deficiencia de zinc en niños y niñas entre 1 y 4 años fue de 43,30 por cada 100 menores; y la prevalencia de deficiencia de vitamina A fue de 24,30 por cada 100 menores.” “En Colombia, la obesidad en las personas entre 18 y 64 años ha tendido al incremento; la prevalencia para 2010 es un 20% mayor que en 2005, pasando de 13,70 a 16,50 casos por cada 100 personas.

Otro asunto clave es la obesidad, que puede ser intervenida con políticas públicas como los impuestos a las bebidas azucaradas, la reciente ley aprobada de etiquetado. En Colombia la obesidad en las personas entre 18 y 64 años ha aumentado y la prevalencia para 2015 es un 13,3% mayor que en 2010 al pasar 16,5 a 18,7: *la población con obesidad es mayor en mujeres (22,4%) que en hombres (14,4%), con una diferencia absoluta de 8,0 mujeres; un 18,1% mayor en el área urbana (19,5%) que en la rural (15,9%), con una diferencia absoluta de 3,5 por quintil de riqueza (20,5%) con respecto al quintil más bajo de riqueza (16,8%)*.

Otra arista de este tema se observa en la encuesta del pulso social del DANE para enero del 2021, la cual documentó que solo el 67,3% de los hogares consumieron tres comidas al día, el 29,6% dos comidas al día y el 2,43% solo una comida<sup>17</sup>. Esta misma encuesta para el 2022 mostraba que antes de la pandemia el 88,9% de las familias consumían tres comidas al día, para diciembre de 2021 esta cifra se había reducido al 69,1%, lo que significa que para diciembre del 2021, 14,3 millones de personas comían 2 veces al día, 14 millones de personas una vez al día, y 154.828 personas menos de una vez al día. Esta información es corroborada por Abaco, los bancos de alimentos que afirman que el 54,2 % de la población del país vive en inseguridad alimentaria, lo que corrobora el informe de la FAO en donde Colombia aparece entre los 20 primeros países del mundo con riesgo de inseguridad alimentaria<sup>18</sup>.

Las condiciones medio ambientales asociadas a la crisis climática es otro de los determinantes de enfermedades respiratorias, en ese sentido se han definido unos efectos directos e indirectos del cambio climático, dentro de los directos se encuentran las lesiones, enfermedades y defunciones por fenómenos meteorológicos extremos, entre los indirectos se encuentran las enfermedades respiratorias y alérgicos que conducen a mayor mortalidad cardiopulmonar, las enfermedades transmitidas por alimentos, el agua y por vectores, los desplazamientos forzados generan trastornos mentales y estrés.

Para el año 2020 las tasas de desempleo entre los meses de septiembre a noviembre eran de 14,6%, aumento más de 4% respecto al mismo trimestre del año anterior, siendo las mujeres más afectadas con un 19% respecto a los hombres que presentaron el 10,9%.

La alta comisionada de Derechos Humanos de Naciones Unidas ha documentado en su informe sobre Colombia del año 2020 que la empresa Cerrejón en el sitio de Tajo Pitilla ha causado problemas de salud en las comunidades indígena como parte de la explotación minera a cielo abierto. Esta situación se presenta a lo largo y ancho del territorio nacional, debido al pobre o nulo control por parte de las autoridades ambientales.

---

<sup>18</sup> <https://www.fao.org/publications/sofi/2021/es/>

Siguiendo con el informe citado, entre el 25 de marzo y el 31 de diciembre se realizaron 21.602 llamadas por violencia intrafamiliar a la línea 155, un 103% más que el año 2019 en el mismo periodo. Esta situación se ha asociado a las medidas de restricción de la movilidad que ha generado cuarentenas con dificultades de convivencia que han derivado en este tipo de violencia.

En cuanto a los derechos sexuales y reproductivos, el 18,3% de niños y niñas nacidos en el tercer trimestre del 2020 eran hijos de menores de 19 años.

En cuanto a la discriminación, en Colombia en el año 2019, las personas que vivían en situación de pobreza multidimensional era 2,8 más alto en las zonas rurales que en las urbanas, así mismo la tasa de analfabetismo es de 3,4 veces superior en lo rural que en lo urbano.

En lo referente a la paz y el conflicto, de acuerdo con el Informe de la Alta Comisionada de Derechos Humanos en el año 2020, la tasa de homicidios reportada por la policía nacional es alarmante en departamentos como el Cauca (53,7), Chocó (54,3), Putumayo (42,8), y Valle del Cauca (45,1). En el 2020 se documentaron 76 masacres que acabaron con la vida de 292 personas, incluidas 23 mujeres, 6 niñas, 18 niños, 7 indígenas, y 10 afrodescendientes. La Misión de verificación de Naciones Unidas documentó el homicidio de 73 antiguos integrantes de las FARC-EP, para un total de 248 después de la firma del acuerdo de paz en Colombia.

También se expresa que para el 2020 hubo 94 eventos de desplazamiento masivo que afectaron 25.366 personas, el 76% ocurrieron en Antioquia, Chocó y Nariño.

En el 2020 hubo 133 casos de homicidios de personas defensoras de derechos humanos, de los casos verificados se encuentran presuntamente entre los perpetradores el ELN, disidencias de las FARC-EP e integrantes de la Policía y el Ejército. Además, documentan 795 amenazas a personas defensoras de derechos humanos.

La distribución de la riqueza y la inequidad es otro de los determinantes sociales de la salud, en ese sentido, el mismo informe de la Alta Comisionada de Derechos Humanos en el año 2020 expresa que en el contexto de la pandemia el PIB decreció en un 9% respecto al mismo período en el año anterior, en cuanto a inequidad, de acuerdo a la CEPAL, Colombia continúa estando entre los países más desiguales de la región, estiman que el coeficiente de Gini podría aumentar en un 2,9% a raíz de la crisis generada por la pandemia.

En el análisis de Garay y Espitia de los datos del DANE (2018-2019) de inequidad se concluye (Revista Sur, 2021)<sup>19</sup>:

- Apenas un 3.3% de los hogares o un 3.2% de las personas se podrían clasificar como de clase alta, con una participación de 22.3% en el total de ingresos de los hogares o personas del país.
- Un 45.1% de las personas o un 40.6% de los hogares podrían catalogarse como de la denominada clase media, los cuales participarían con un 56.0% del ingreso total de personas u hogares.
- Cerca de un 27.0% de los hogares o un 19.5% de las personas del país se encontrarían en situación de vulnerabilidad, con una participación del 13.3% de los ingresos totales.

---

<sup>19</sup> Luis Jorge Garay S. & Jorge Enrique Espitia Z, 22 marzo, 2021, Revista Sur, La crisis económica y social en Colombia a propósito de la pandemia del covid-19, (<https://www.sur.org.co/la-crisis-economica-y-social-en-colombia-a-proposito-de-la-pandemia-del-covid-19/>)

- Los más pobres serían un 24.6% de los hogares o un 36.7% de las personas en pobreza las cuales participarían tan solo con el 8.4% de los ingresos totales.

Los mismos autores señalan que la concentración del ingreso bruto en Colombia ha sido una constante histórica, por la vía del capital financiero, de los medios de producción o la tierra, e incluso por las asignaciones salariales. Los niveles se exacerbaban al relacionar tanto el ingreso bruto promedio como el patrimonio promedio del 1% o del 1 por mil de las personas naturales más ricas con el promedio de las personas naturales del decil 1 de menores ingresos. El ingreso bruto promedio del uno por ciento de las personas naturales más ricas del país es 294 veces el ingreso promedio de las personas naturales del decil 1, mientras que en patrimonio esta relación es de 683 veces; entre tanto, para el uno por mil de las personas naturales más ricas dichas relaciones son de 1302 y 3606 veces, respectivamente.

Las inequidades también se reflejan en el acceso a los servicios de salud y la mortalidad la mortalidad más alta por Covid-19 en el año 2020 se presentó en el Amazonas, el departamento del Chocó que es habitado mayoritariamente por población afrodescendiente e indígena solo cuenta con dos hospitales para atender a 520.296 habitantes, que se encuentran en la capital, con dificultades de acceso por parte de la población rural. Esta situación se repite a lo largo y ancho del país en las zonas dispersas y rurales.

El modelo de la ley 100 profundizó la inequidad en salud y sigue siendo lo más prevalente. Esto no solo se refleja en los resultados de salud diferenciales en las zonas dispersas, sino en las barreras de acceso para la prestación de servicios en estas zonas. Barreras de acceso e inequidad territorial. De acuerdo con las estimaciones del DNP, el 16% de los hogares en Colombia tiene barreras de acceso a los servicios para el cuidado de la primera infancia; en Chocó, Vichada y La Guajira más del 33% de los hogares encuentra estas barreras. Así mismo, el 6% de los hogares en Colombia tiene barreras de acceso a los servicios de salud; los departamentos donde esta proporción es más alta son Chocó y Putumayo, con un 19% y 16% de hogares; el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina tiene el 2% de sus hogares con barreras de acceso a estos servicios.

Para la gestión de los determinantes sociales de la salud, la reforma que se propone generará la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de la Salud, integrada por los Ministros de gabinete sin posibilidad de delegación, que tendrá como objetivo introducir metas, presupuestos y acciones específicas en el Plan Nacional de Desarrollo para lograr incidencia e impacto en cada uno de estos determinantes. De igual manera se crearán las comisiones intersectoriales de determinantes sociales de la salud en los departamentos y distritos, con la participación de los secretarios de despacho que harán lo propio en los planes de desarrollo locales.

## **11. POLÍTICAS PÚBLICAS PRIORITARIAS**

### **Recurso Humano en Salud**

El talento humano en salud es el recurso más importante de cualquier sistema de salud. Según el

observatorio de Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud para el 2017 había 323.039 profesionales de la salud, las auxiliares de enfermería pasaron de 179.077 en 2011 a 311.984 en 2017, para este último año habían 76.235 tecnólogos profesionales (ASIS, 2020). Entre los profesionales de la salud la distribución es la siguiente: médicos (31,9%), enfermería (19,2%), Odontología (15,2%), y otras profesiones (15,1%). Para el año 2017 se disponían de 26 médicos y enfermeras por cada 10 mil habitantes. La mayor concentración de médicos se encuentra en las ciudades de Bogotá, Atlántico, Risaralda, Santander, Antioquia, Valle del Cauca, la menor densidad se encuentra en el Vaupés y Chocó. En cuanto a enfermería se encuentran 13 profesionales por 10 mil habitantes, con mayor presencia en Bogotá, Santander y Atlántico, con menor déficit en la Guajira, Chocó y Caquetá.

El Ministerio de Salud y Protección Social ha manifestado que la titulación de médicos generales y enfermeras se ha incrementado en los últimos años; la tasa de formación de especialistas se ha mantenido estática e incluso ha bajado en la proporción de nuevos especialistas por habitantes que ingresan al mercado laboral (MSPS, 2016); no obstante, en el momento no existe evidencia clara del número de especialistas que tiene el país o de su distribución dentro del territorio nacional para atender las necesidades de la población. La razón es que la atención a la comunidad no ha sido el criterio para desarrollar las regulaciones de la formación de este recurso.

Lo que sí es cierto es que en Colombia existen enormes dificultades para el acceso a especialidades médico-quirúrgicas. Uno de los elementos que explican con preeminencia este fenómeno es el altísimo costo que tiene cualquier especialidad médico-quirúrgica. Ante la ausencia de una regulación estatal efectiva del mercado universitario, las instituciones formadoras llegan a cobrar matrículas que fluctúan entre 10 a 40 millones de pesos anuales, a precios del 2.017, en programas que requieren formación de tiempo completo por tres a cinco años.

Esta condición que es excepcional en el mundo; en ningún otro país se paga por entrar a las residencias, ya que para el médico en formación implica trabajar en la prestación de servicios de salud y ejercer como docente de los estudiantes de pregrados y aún en el mismo posgrado en estudiantes de la misma residencia de cursos inferiores, en las instituciones de educación superior. Esta realidad, que resulta aberrante al compararla con los demás países, se intentó subsanar mediante la aprobación de la ley 1917, de iniciativa de los gremios médicos y el Congreso de la República que reglamenta el sistema de residencias médicas con el objetivo de remunerar a los médicos residentes con recursos públicos de la salud y regular las onerosas matrículas universitarias. Esta ley de la República se encuentra en proceso e implementación y cuatro años después de expedida no ha regulado las exorbitantes matrículas.

La formación de talento humano en el modelo de mercado ha tenido una tendencia a desincentivar la formación en áreas como salud pública, comunicación, gestión, comprensión del contexto y los saberes humanos. Durante los años posteriores a la reforma de la ley 100 no se profundizó en la formación asociada a la educación y promoción de la salud, atención primaria en salud, procesos de gestión y coordinación de programas e intervenciones de carácter familiar y comunitario.

Así mismo, existe una enorme deuda en la formación con respecto a las culturas médicas tradicionales de los grupos étnicos y la implementación del enfoque intercultural. (MSPS, 2016). Sin embargo, recientemente se conoció un informe de la OCDE en el cual se evidencia la falta oferta de médicos y



enfermeras: En cuanto al número de médicos, nuestro país se encuentra ocupando uno de los peores lugares en el ranking, con 1,8 médicos por cada 1.000 personas. Sin embargo, en peor posición nos dejan las cifras en relación con el personal de enfermería, enviándonos al último lugar, con un índice de 1,1 por cada 1.000. El Ministerio de Salud y Protección Social expresa que existe una brecha entre los resultados de la formación y las necesidades del desempeño que determinan una baja capacidad resolutive de los profesionales de la salud, no solo para la atención sino también para la prevención de la enfermedad y el cuidado paliativo (MSPS,2016).

El perfil del médico general, las especialidades médicas básicas, los odontólogos generales, bacteriólogos y enfermeros han perdido la mayor parte de la capacidad para resolver las necesidades de salud en el primer nivel de atención, así como para la coordinación de programas e intervenciones comunitarias dada la tendencia a perfiles de formación especializados y hospitalocéntricos (MSPS,2016). Han desaparecido perfiles como el promotor de salud, los gestores en salud, los agentes comunitarios y los auxiliares de salud pública. El impacto que ha tenido el sistema de aseguramiento sobre la educación en salud, es la amnesia formativa de 25 años en el recurso humano para el abordaje de la salud pública. El sistema ha puesto énfasis en la atención especializada, llevada a cabo por médicos especialistas y auxiliares de enfermería. La adquisición de capacidades para el uso de nuevas tecnologías contrasta con la baja capacidad resolutive del personal de salud en los niveles básicos de atención.

En cuanto al modelo de aseguramiento, la segmentación del sistema de salud, la participación del sector privado, las políticas de flexibilización laboral, transformaron las condiciones laborales del sector salud en un campo donde confluyen y se superponen diversos regímenes laborales, la mayoría de ellos fundamentados en la tercerización laboral ilegal, la contratación por prestación de servicios y a destajo, lo que ha terminado afectando negativamente las condiciones laborales y el ejercicio profesional. La masacre laboral del sector salud en Colombia, que arrojó decenas de miles de funcionarios de sus cargos y los tercerizó o los convirtió en contratistas de servicios, constituyó una clara violación a los Artículos 22 a 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y un retroceso histórico del país en el cumplimiento de los mismos. Así, la gestión del recurso humano se ha enfocado más en mejorar la productividad y controlar el gasto de las instituciones en el corto plazo, se han invisibilizado los derechos laborales, y el personal de salud en muchos casos se ha concebido como un insumo más del mercado de la salud.

La reforma estructural considera diversas políticas prioritarias, una de ellas es la generación de un régimen y política laboral del talento humano en salud en cumplimiento de las directrices de la Organización Internacional del Trabajo, que genere un plan de formalización laboral en el sector público y privado, respetando los derechos adquiridos y recuperando las plantas de personal en las Empresas Sociales del Estado. Otras de las políticas prioritarias que desarrolla el proyecto de reforma es la atinente a la formación y educación en salud, la certificación y recertificación de los trabajadores de la salud, y una política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud.

En ese sentido, las instituciones públicas, privadas y mixtas del sistema, destinarán y garantizarán los recursos y el tiempo de trabajo utilizado en la actualización y educación continua de los trabajadores de la salud. Esta actividad permanente del Sistema de Salud será llevada a cabo con financiación pública proveniente de los dineros que para tal efecto deben presupuestar las Instituciones que hacen

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

parte de las redes integrales para la prestación de servicios de salud y preservará la autonomía e independencia intelectual y moral las profesiones, las distintas disciplinas y de los trabajadores de la salud. Los Ministerios de Salud y Educación establecerán reglas claras, precisas y rigurosas para la convalidación de títulos extranjeros y se dará cumplimiento a la Ley de Residencias Médicas (Ley 1917 de 2018), con implementación efectiva de la regulación de matrículas.

En relación con medicamentos, dispositivos médicos y demás tecnologías de la salud:

a) Creará un organismo independiente de evaluación periódica científico-técnica y económica a todas las tecnologías de salud, para poder aceptarlas.

b) El sistema de salud velará por la seguridad de las personas sujetas a tratamientos médicos, quirúrgicos, de rehabilitación y de paliación, y financiará los medicamentos y demás tecnologías existentes, con utilidad y seguridad demostradas mediante rigurosos estudios científicos independientes, requeridos para la atención integral en salud (Art 15, LES).

c) Desarrollará y actualizará continuamente la política farmacéutica basada en el concepto de medicamentos esenciales (componente de la atención primaria) y en la utilización exclusiva de las denominaciones comunes internacionales.

d) Desde el ejercicio de la Autonomía Profesional, las organizaciones científicas, académicas y gremiales de las distintas profesiones y disciplinas de la salud desarrollarán mecanismos de autorregulación para la prescripción de medicamentos y tecnologías de salud, conforme lo establecido en el artículo 16 de la ley estatutaria que establece: “Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores de servicios de salud, utilizando criterios de razonabilidad científica, de acuerdo con el procedimiento que determine la ley.”

e) Habrá sistematización total de atenciones, prescripciones y transacciones del sistema de salud con portabilidad de historias clínicas, conectividad universal y acceso público al microdato.

f) Se desarrollarán mecanismos evaluadores de pertinencia y resultados en salud.

g) Se creará un sistema público de producción y participación en cadenas de suministro, con énfasis en transferencia de tecnología y soberanía nacional.

## **12. MECANISMOS DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS**

La Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015 estableció la autonomía profesional como uno de los ejes centrales de la garantía del derecho a la salud, esta debe estar enmarcada en el principio de autorregulación, en ese sentido se definió el artículo 16 que estipula:

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

*“Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores de servicios de salud, utilizando criterios de razonabilidad científica, de acuerdo con el procedimiento que determine la ley”.*

En la actualidad se ha tergiversado este mandato legal y se han generado juntas médicas a cargo de las EPS y no de los prestadores de servicios de salud, en algunas ocasiones estas se han convertido en mecanismos para negar servicios, y desconocer el concepto del médico tratante. Es necesario señalar que las juntas médicas por principio deben contar con la participación del médico tratante y tienen como función tomar las mejores decisiones colegiadas para el cuidado de la vida de los pacientes, resolver conflictos, discrepancias de diagnóstico y tratamientos con criterios éticos, autonomía profesional, autorregulación, razonabilidad y evidencia científica.

El proyecto de reforma estructural al sistema de salud establece que si el médico tratante lo requiere podrá solicitar el concurso de una junta médica, los integrantes de la misma deberán ser escogidos en un acuerdo entre el enfermo, su familia y el médico tratante, se debe garantizar al enfermo la posibilidad de escoger el especialista o cirujano de confianza. La frecuencia de sesiones de las juntas médicas está supeditada a la gravedad de la enfermedad, de aclaración del diagnóstico, y la necesidad de información por parte del paciente y su familia.

### **13. RÉGIMEN DISCIPLINARIO Y SANCIONATORIO**

La Corte Constitucional en la Sentencia C313 de 2014 caracteriza el derecho fundamental a la salud como autónomo e irrenunciable, tanto en lo individual como en lo colectivo, y comprende los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. Señala que el Estado tiene el deber de adoptar políticas que aseguren la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. Y advierte que la prestación de este servicio público esencial obligatorio se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado<sup>20</sup>.

La violación permanente del derecho a la salud en Colombia, evidente con el incesante uso del poder judicial,<sup>21</sup> para buscar que se tutele el goce efectivo del mismo, hace necesario que se incluyan medidas de control que reduzcan, combatan y mitiguen todas aquellas prácticas que pongan en riesgo el derecho a la salud de los colombianos en los términos que señala la Corte.

La vulneración de dicho derecho fundamental se ha venido reflejando en una deficiente prestación de los servicios tanto de promoción de la salud, como de prevención y atención de las enfermedades a

---

<sup>20</sup> Sentencia **C-313** del veintinueve (29) de mayo de dos mil catorce. Magistrado Ponente Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, por medio de la cual se realizó el control de constitucionalidad de los proyectos de ley estatutaria en salud. (<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-313-14.htm>)

<sup>21</sup> Defensoría del Pueblo. 2016, Cada 3.5 minutos se presenta una tutela por la salud. Ver en: Redacción El Tiempo. 25 de diciembre de 2016, EL TIEMPO: (<https://www.defensoria.gov.co/es/nube/enlosmedios/5911/Cada-35-minutos-se-presenta-una-tutela-por-la-salud.htm>)

través de prácticas tales como las negaciones, el incumplimiento de fallos judiciales, el retraso u obstaculización de los servicios que comprenden el citado derecho fundamental.

En consecuencia, estas medidas de control se hacen necesarias toda vez que el Estado debe garantizar el goce efectivo del derecho a la salud a aquellos sujetos de especial protección como lo son niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad.

Las citadas conductas y todas aquellas que pongan en riesgo el derecho a la salud, deben estar sujetas tanto al régimen disciplinario y sancionatorio, así como al derecho penal, toda vez se afecta un derecho fundamental de especial protección por parte del Estado. De igual manera debe darse traslado de dichas faltas a la Contraloría General de la República y a los Tribunales de Ética de los Trabajadores de la Salud.<sup>22</sup>

La sentencia C-313 de 2014 señala frente a la aceptabilidad del servicio de salud:

*Este enunciado consagra el derecho a recibir un trato digno que respete las creencias y costumbres, así como las opiniones sobre los procedimientos. Para la Sala, dicho derecho se aviene con el contenido fijado a la aceptabilidad en la observación 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. También resulta congruente con lo preceptuado en el numeral 1.5 y 5.1 de la Declaración para la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa, y con lo establecido en el principio 10 literal a) y el principio 11 de la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente. Para la Corte, este deber compromete no solo a los médicos, sino a todos los profesionales de la salud (enfermeras, auxiliares) y, en general, a aquellos que interactúen con los pacientes, cual es el caso de los funcionarios administrativos y el personal de seguridad, a cuyo cargo está alguna actividad de atención al paciente, quien finalmente es el afectado por los factores varias veces mencionados, como lo son el mismo padecimiento, la falta de información y la circunstancia dependencia respecto de aquel que debe suministrarle el servicio. Ninguna duda cabe que este derecho requiere para su mejor fortuna de campañas de formación y sensibilización dirigidas a los arriba mencionados, con el acompañamiento de las medidas de rigor frente al quebrantamiento del derecho.*

Así las cosas, es importante resaltar que la Corte señala como responsables de la garantía del derecho no solamente al personal médico sino a todos aquellos que interactúan con el paciente, es por esto, que se ha considerado introducir adiciones al Régimen Disciplinario Único

---

<sup>22</sup> Sentencia C 313/14. Numeral 5.2.5.3.4. Literal d): "En lo concerniente al literal d) del artículo en revisión, advierte la Sala que no cabe reparo a la adopción de mecanismos que conduzcan a evitar la violación del derecho y comporten la imposición de sanciones por tal transgresión. Las vías que conduzcan al goce efectivo del derecho e, impongan castigos a quienes en contravía del ordenamiento constitucional vulneren el derecho fundamental a la salud, se entienden como una expresión al servicio del titular del derecho frente al actor que desatendiendo el ordenamiento jurídico niega, obstaculiza, dilata o presta deficientemente el servicio. Resalta la Sala Plena, como importante en la disposición revisada, la obligación de establecer las condignas sanciones por el quebrantamiento del derecho, pues, estima la Corte que se trata de modos de asegurar el derecho, cual es la filosofía que inspira la regulación mirada en su conjunto".

El proyecto de ley de Reforma al Sistema de Salud adiciona al Código Disciplinario algunos incisos al capítulo correspondiente al régimen de los particulares en los artículos que se refieren a normas aplicables y sujetos disciplinables y las inhabilidades, incompatibilidades y conflicto de intereses.

Así mismo adiciona tres tipos penales referentes a delitos contra la Salud: a) La omisión o denegación de urgencias en Salud, b) La negativa, retraso u obstaculización de acceso a servicios de salud y finalmente señala las c) Circunstancias de agravación punitiva, cuando la conducta se cometa en sujetos de especial protección como son: *i.* niños, niñas y adolescentes<sup>23</sup>, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad; *ii.* por los directivos de las instituciones prestadoras de servicios y en los casos en que el empleado actúa siguiendo instrucciones explícitas o implícitas de su superior; *iii.* el desconocimiento de fallos de tutela proferidos en la materia, y especialmente de sentencias de unificación; *iv.* El cobro por los servicios, o valores que no corresponden a las tarifas autorizadas o cobrar por servicios que deben ser gratuitos; *v.* exposición a la persona a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, o que le causen o le hagan soportar un sufrimiento evitable y *vi.* el sometimiento a la persona a cargas administrativas o burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio.

Se resalta además la importancia de los Tribunales de Ética, como parte esencial del régimen sancionatorio y disciplinario del sistema de salud, lo cual garantiza la calidad de la atención por parte de los trabajadores del sector salud.

En la reforma que se propone, las citadas conductas y todas aquellas que pongan en riesgo el derecho a la salud, deben estar sujetas tanto al régimen disciplinario y sancionatorio, como al derecho penal, toda vez se afecta un derecho fundamental de especial protección por parte del Estado. De igual manera debe darse traslado de dichas faltas a la Contraloría General de la República, Procuraduría General, la Fiscalía General de la Nación y a los Tribunales de Ética de los Trabajadores de la Salud.

## REFERENCIAS.

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/Informe3-MEONS-Definitivo.pdf>
- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asiscolombia-2016.pdf>). <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>.
- Documento ASIS Colombia 2.016 de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud
- Documento ASIS Colombia 2.020 de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud

---

<sup>23</sup> Sentencia C 313/14. Interés superior del menor- Características “*El interés superior del menor, se caracteriza por ser: (1) real, en cuanto se relaciona con las particulares necesidades del menor y con sus especiales aptitudes físicas y psicológicas; (2) independiente del criterio arbitrario de los demás y, por tanto, su existencia y protección no dependen de la voluntad o capricho de los padres, en tanto se trata de intereses jurídicamente autónomos; (3) un concepto relacional, pues la garantía de su protección se predica frente a la existencia de intereses en conflicto cuyo ejercicio de ponderación debe ser guiado por la protección de los derechos del menor; (4) la garantía de un interés jurídico supremo consistente en el desarrollo integral y sano de la personalidad del menor.*”

- El espectador, <https://www.elespectador.com/opinion/columnistas/cecilia-oro-zco-tascon/la-cirurgia-cosmetica-del-gobierno/>
- Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Tercer Informe ONS: Mortalidad Evitable en Colombia para 1998-2011.
- Martínez Félix. “Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el distrito capital” Capítulo V, en Restrepo D. y Hernández M. (E) Inequidad en salud en Bogotá: convocatoria para la acción colectiva. Colección La seguridad social en la encrucijada. Tomo VII. Secretaría Distrital de Salud. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia, Oficina de Comunicaciones CID, Bogotá. 2012.
- Muestra: <http://www.eltiempo.com/vida/salud/entrega-de-medicamentos-a-traves-de-mipres-en-colombia-100974>
- Ministerio de Salud y Protección Social, Modelo de Atención Integral en Salud MIAS, 2016 Ocampo José Antonio: “Distribución del ingreso, pobreza y gasto social en América Latina”. Revista de la CEPAL 65. Agosto de 1998. Polanyi Karl 1944. La gran transformación. Los orígenes políticos y económicos de nuestro tiempo”.
- Fondo de Cultura Económica, México Segunda Edición 2003. Joseph E. Stiglitz, “Caída Libre: El libre mercado y el hundimiento de la economía mundial”, Editorial Taurus, Madrid 2010.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

*PROYECTO DE LEY N° \_\_\_\_\_*

*“Por la cual se desarrolla y reglamenta el Sistema de Seguridad Social en Salud, definido por la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y se establecen normas para garantizar el goce efectivo del Derecho a la Salud en Colombia”*

(Versión: 23 de febrero de 2022)

<b><u>CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES.....</u></b>	<b><u>81</u></b>
<b><u>CAPÍTULO II. DETERMINANTES DE SALUD .....</u></b>	<b><u>87</u></b>
<b><u>CAPÍTULO III. ORGANIZACIÓN GENERAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD .....</u></b>	<b><u>89</u></b>
<b><u>CAPÍTULO IV. FINANCIAMIENTO .....</u></b>	<b><u>98</u></b>
<b><u>CAPÍTULO V. ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS .....</u></b>	<b><u>109</u></b>
<b><u>CAPÍTULO VI. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD .....</u></b>	<b><u>114</u></b>
<b><u>CAPÍTULO VII. MODELO DE ATENCIÓN .....</u></b>	<b><u>125</u></b>
<b><u>CAPÍTULO VIII. SISTEMA PÚBLICO ÚNICO INTEGRADO DE INFORMACIÓN EN SALUD (SPUIS)...</u></b>	<b><u>132</u></b>
<b><u>CAPÍTULO IX. PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL.....</u></b>	<b><u>134</u></b>
<b><u>CAPÍTULO X. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL .....</u></b>	<b><u>136</u></b>
<b><u>CAPÍTULO XI. POLÍTICA NACIONAL DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN EN SALUD .....</u></b>	<b><u>142</u></b>
<b><u>CAPITULO XII POLÍTICA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD .....</u></b>	<b><u>143</u></b>
<b><u>CAPÍTULO XIII. POLÍTICA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD .....</u></b>	<b><u>145</u></b>
<b><u>CAPITULO XIV. RÉGIMEN LABORAL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD .....</u></b>	<b><u>146</u></b>

<b><u>CAPITULO XV. EL ACTO MÉDICO Y LA AUTONOMÍA PROFESIONAL .....</u></b>	<b><u>152</u></b>
<b><u>CAPITULO XVI. RÉGIMEN DISCIPLINARIO Y SANCIONATORIO .....</u></b>	<b><u>153</u></b>
<b><u>CAPÍTULO XVII. PERÍODO, DISPOSICIONES DE TRANSICIÓN Y VIGENCIA .....</u></b>	<b><u>158</u></b>
<b><u>CAPITULO XVIII. OTRAS DISPOSICIONES .....</u></b>	<b><u>160</u></b>

BORRADOR



*PROYECTO DE LEY N° \_\_\_\_*  
*“Por la cual se desarrolla y reglamenta el Sistema de Seguridad Social en Salud, definido por la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y se establecen normas para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud en Colombia”*  
*(Versión: feb 12/2022)*

## **CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES**

**Artículo 1º. Objeto.** La presente ley desarrollará los principios, enfoques, estructura organizativa y competencias del Sistema Nacional de Salud.

**Artículo 2º Definición del Sistema de Salud** Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental a la salud, acorde a lo contemplado en el art 4º de la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015.

**Artículo 3º.** El sistema institucional en su conjunto establece que el derecho fundamental a la salud es transversal al disfrute de toda una gama de oportunidades, facilidades, bienes, servicios, condiciones, enfoques y referentes necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

**Artículo 4º.** El Sistema de Seguridad Social en Salud tiene una estructura que garantiza el goce efectivo del derecho mediante el acceso universal a los bienes y servicios de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y de paliación necesarios de cada persona, comunidad y

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

región en el marco de un modelo de desarrollo con atención integral, intersectorial y transectorial que minimice los riesgos en salud mediante la educación al ciudadano sobre los mismos y sus condicionantes, la prevención y la atención de eventos que atenten contra la misma y favorezcan la ocurrencia o permanencia de enfermedades generales, endémicas, epidémicas, raras, ultra huérfanas, de origen laboral, por accidentes de tránsito o por conflicto armado interno o externo, en los ámbitos individual y colectivo y demás problemas de salud que ocurran en el marco de los determinantes sociales de salud.

**Parágrafo.** Para tal efecto, la presente Ley establece los componentes de organización del sistema, modelo de atención, financiamiento, administración de los recursos, prestación integral de los servicios para la atención en salud, sistema integrado de información en salud, inspección, vigilancia y control, participación social y criterios para la definición de las políticas públicas prioritarias en ciencia, innovación, medicamentos, tecnologías en salud, y formación y condiciones de trabajo de los Trabajadores de la Salud.

**Artículo 5°. Principios.** Son principios del Sistema Nacional de Salud, además de los establecidos en los Artículos 6º, 7 y 8º de la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015, los siguientes:

- a) El Sistema de Seguridad Social en Salud en su conjunto incorpora los principios y elementos de **la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015**
- b) **Principio de no regresividad**, es la garantía social de que los derechos adquiridos en materia de salud no pueden ser desconocidos ni desmejorados por decisiones político-administrativas posteriores a la expedición de la presente ley.
- c) **Principio de la condición más beneficiosa**, establece que cuando haya diferentes alternativas u opciones para el cuidado y protección de una persona, primarán las decisiones que le garanticen las mejores condiciones terapéuticas para su recuperación, según el estado del arte y la capacidad y disponibilidad del sistema referente a tratamientos, medicamentos y estrategias de prevención de riesgos, en un acto médico.

- d) **Enfoque diferencial.** Es el conjunto de acciones de discriminación positiva que permite reconocer las diferencias y superar las exclusiones o desigualdades en materia de necesidades y respuestas sociales e institucionales en salud, con el propósito de cerrar brechas por contextos de género, etnia, generación y situación de discapacidad, factores psicosociales o determinaciones económicas, culturales o ambientales.
- e) **Transparencia.** Está dada por el comportamiento ético, probo y visible de todos los actores que integran el sistema y por el manejo legal, limpio y honesto de los recursos de este para prestar atención integral y garantizar el usufructo y desarrollo del derecho a la salud de toda la población.
- f) **Autonomía.** Prevalencia del sujeto en la toma de decisiones sobre su salud: El Sistema Nacional de Salud debe definir las estrategias e instrumentos para evitar la vulneración de derechos en la autonomía de los sujetos, frente a las decisiones sobre su cuerpo y salud, ante la necesidad de tratamientos, procedimientos o tecnologías en salud, sobre los cuales se pueda predicar la objeción de conciencia del médico tratante.
- g) **Objeción de conciencia.** Prevalece la imperativa obligación de utilizar todos los recursos para garantizar la prestación del servicio. La objeción de conciencia no será una barrera, pues solo puede ser ejercida por personas naturales más nunca por personas jurídicas; es obligación de las instituciones prestadoras de servicios de salud brindar todas las garantías disponibles para que quien lo requiera pueda acceder a los servicios en el menor tiempo posible.

**Artículo 6°.** Son elementos esenciales del Sistema Nacional de Salud, además de los establecidos en los Artículos 6º, 7 y 8º de la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015, los siguientes:

- a) **Obligatoriedad.** Los aportes a la seguridad social en salud y riesgos laborales son obligatorios para todos los trabajadores, empleadores, pensionados y rentistas de capital a excepción de lo establecido en la presente Ley y otras Leyes conexas.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

- b) **Parafiscalidad.** Los recursos aportados para la seguridad social en salud, riesgos laborales y accidentes de tránsito son de carácter parafiscal y por lo tanto tienen naturaleza pública y destinación específica, así como los recursos asignados por el presupuesto general de la nación para el sector de la salud. No podrán ser utilizados para fines diferentes a la destinación establecida por la Ley y demás normas correspondientes.
- c) **Gratuidad:** Es el acceso a los bienes y servicios de salud sin exigencia de pago previo o directo o cualquier otro requisito que constituya barrera para que una persona, familia o comunidad sea atendida.
- d) **Vínculo.** Es la relación entre el personal de los servicios de salud y los individuos, familias y comunidades en los diferentes ámbitos de prestación de servicios de manera individual y colectiva en el largo plazo y a lo largo del ciclo vital, que permite obtener un amplio conocimiento de sus necesidades y la confianza mutua, necesaria para el cuidado permanente en todas las etapas de la vida.
- e) **Eficacia.** Es el logro de los mejores resultados en salud en la población por parte del Sistema Nacional de Salud en su conjunto y de los establecimientos y trabajadores de la salud con cada paciente, familia y comunidad. Dichos resultados deben expresarse y publicarse periódicamente como Indicadores de Salud en el Sistema de Información.
- f) **Intersectorialidad.** Es la articulación estructural y sistémica de los sectores Estatal, social, corporativo y privado para lograr una incidencia real y efectiva sobre los determinantes sociales de salud y garantías sociales para materializar mejores condiciones de vida en diferentes grupos, comunidades y poblaciones, desde una perspectiva de progreso social; su principal objetivo es encontrar soluciones y alternativas efectivas y eficaces.
- g) **Transectorialidad.** Es la acción temporal conjunta del Estado y el sector privado para actuar sobre los determinantes sociales con el fin de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y los objetivos del sistema en su conjunto.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

- h) **Participación vinculante.** Es la intervención real y efectiva de las personas y las comunidades en las decisiones, en la gestión del sistema, en la vigilancia y el control de las decisiones político administrativa, el control social a los establecimientos de salud y de las instancias de formulación, implementación y evaluación de planes y políticas públicas relacionadas con la salud de la población.
- i) **Enfoque de género.** Tiene por fin la superación de todas las barreras y restricciones a los derechos sexuales y reproductivos, el reconocimiento y autodeterminación plenos sobre el cuerpo, las concepciones y valoraciones sobre el cuidado, la superación de estereotipos supuestamente basados en lo biológico y el reconocimiento histórico sobre las múltiples situaciones y circunstancias que afectan los derechos de las mujeres y de las personas sexualmente diversas, para lo cual se requiere un Sistema Nacional de Salud que contemple tanto la diversidad sexual y de género, como la autonomía sobre el cuerpo.

**Artículo 7°. Definiciones.** El Sistema de Seguridad Social en Salud se organiza a partir de los siguientes conceptos:

- a) **Salud.** Es la capacidad y la potencialidad física y mental de las personas para desarrollar sus proyectos de vida en las condiciones materiales y sociales más favorables, cuyo resultado es el bienestar y buen vivir individual y colectivo. Los bienes y servicios de atención integral aportan a la salud de las personas en la medida en que contribuyen a desarrollar, preservar, recuperar y mejorar esa capacidad, propiciando el ejercicio de su autonomía y el logro del mejor nivel de bienestar y calidad de vida posible. La salud es un derecho humano fundamental y autónomo e irrenunciable, con una dimensión de servicio público esencial y su garantía es deber y obligación del Estado en su responsabilidad social
- b) **Salud Pública.** Es el conjunto de políticas, programas y acciones estatales que cobijan a toda la población o a un grupo preciso de ella; sus propósitos son cuidar y promover la salud y prevenir las enfermedades. Las políticas de Salud Pública deben proteger el ambiente y mantener la salud de las comunidades y las personas para mejorar continuamente su calidad de vida y bienestar, y preservar en condiciones óptimas un ambiente y entorno sano y saludable. La Salud Pública propicia la articulación entre Estado y Sociedad.

- c) **Territorio de Salud.** Es una extensión determinada del territorio nacional, integrada por su suelo, personas que lo habitan, ambiente, recursos, economía y entorno, que se relacionan de manera dinámica y se identifican epidemiológica, económica, cultural, social y ambientalmente y requieren por tanto una planificación conjunta del accionar sectorial para garantizar la salud de sus habitantes.
- d) **Modelo de atención.** Es el proceso dirigido y organizado que articula bienes y servicios en el Sistema Nacional de Salud, en los ámbitos individual y colectivo, con el fin de resolver necesidades sanitarias de los territorios de salud; incluye responsabilidades institucionales y sociales y materializa el derecho a la Atención Integral en Salud para su mantenimiento y recuperación y para la prevención de enfermedades, atención y rehabilitación de las personas afectadas tanto por enfermedades generales como por las relacionadas con el medio ambiente, el trabajo y los accidentes de tránsito.
- e) **Atención Primaria Integral en Salud (APIS).** Es una estrategia que permite articular y coordinar los servicios de salud con otros sectores de la acción estatal con participación activa de las comunidades, para garantizar la integralidad de la atención, la intervención favorable sobre los determinantes sociales de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones en sus territorios. Es el contacto primario entre las personas, familias y comunidades con el Sistema Nacional de Salud, estructurado en redes integrales inter y transdisciplinarias para la prestación de servicios con capacidad resolutive de los problemas de tipo individual, familiar, comunitario, laboral y territorial con el fin de prevenir y resolver la mayoría de los problemas de salud de la población. Su composición en cada territorio dependerá de las necesidades y características sanitarias, epidemiológicas, socio ambientales y de los determinantes de salud existentes allí.
- f) **Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS).** Es la forma de organizar integral y articuladamente a las instituciones y servicios de salud individuales y colectivos, de carácter público, privado o mixto, para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud mediante la atención integral de las personas y comunidades en un conjunto definido de territorios; todas las instituciones que integran las redes están obligadas a informar continuamente y en tiempo real su actividad a través del Sistema Público Único de Información en Salud y rendir periódicamente cuentas al Estado y a la sociedad, en el marco de los principios del Sistema de Seguridad Social en Salud.

## **CAPÍTULO II. DETERMINANTES DE SALUD**

**Artículo 8°.** Con el fin de reducir las desigualdades que limitan o impiden el goce efectivo del derecho a la salud, generadas por los Determinantes de Salud, se incidirá sobre estos para: a) mejorar las condiciones generales e individuales de vida de los habitantes del territorio nacional y, con ello, la salud misma, b) reducir la prevalencia e incidencia de enfermedades y disminuir su carga socio económica y c) elevar el nivel de la calidad de vida de la población. Todo ello para alcanzar y preservar la salud en cada territorio y mantener un Sistema de Seguridad Social en Salud basado en la equidad.

**Parágrafo.** Son Determinantes de Salud aquellos factores que al no existir o al actuar negativamente, permiten e inducen la aparición de enfermedades o el empeoramiento de las mismas. Tales factores son: sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos. Las acciones correctivas sobre ellos para lograr avances en salud serán financiadas con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.

**Artículo 9°.** La presente Ley establece en principio como Determinantes de Salud los contenidos en la Observación General 14 de las Naciones Unidas y la Sentencia C-313 de 2014 de la Corte Constitucional de Colombia, pero el Sistema de Seguridad Social en Salud debe guiarse integralmente por las recomendaciones de la Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud.

**Artículo 10°. Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud.** El Presidente de la República creará por Decreto la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud, integrada por todos los Ministros del gabinete, para conformar la Comisión Nacional de Determinantes de Salud, la cual iniciará funciones treinta (30) días calendario después de ser sancionada la presente Ley y será presidida por el Ministro de Salud y Protección Social. Su misión es establecer prioritariamente la inversión para actuar sobre los Determinantes de la Salud y su primera función será revisar la información epidemiológica nacional que presente el Instituto Nacional de Salud (INS) y demás instancias gubernamentales de información estadística, para establecer los Determinantes a intervenir en un comienzo.

**Artículo 11°.** Esta Comisión incluirá en cada Proyecto del Plan Nacional de Desarrollo (PND) el valor de los recursos asignados para modificar los principales Determinantes de Salud, los cuales serán incluidos en los presupuestos plurianuales consignados en el precitado PND. Así mismo, esta Comisión presentará al Presidente de la República el monto de los recursos asignados a cada uno de los Determinantes de salud en el proyecto de presupuesto anual de la Nación.

**Artículo 12°.** La Comisión reglamentará el tratamiento de dichos Determinantes, sus decisiones tendrán carácter de Decreto y serán respaldadas mediante firma por los ministros del gabinete del ejecutivo. Se reunirá trimestralmente para conocer la situación del país en lo pertinente, a partir de los informes de cada departamento del territorio nacional, con el fin de evaluar el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud mediante seguimiento al comportamiento de indicadores de salud y consignará trimestralmente los resultados en el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud (SPUIIS).

**Parágrafo 1.** La condición de miembro de la Comisión es indelegable y la inasistencia acarreará sanción disciplinaria.

**Parágrafo 2.** La Secretaría Técnica de la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud será de carácter institucional presidida por el Instituto Nacional de Salud (INS).

**Artículo 13°.** **Comisiones Departamentales y Distritales de Determinantes de Salud.** El Gobernador de cada departamento nombrará por Decreto y durante un período de dos (2) años un (1) Representante de cada Secretaría, de comprobada idoneidad en los temas a tratar, para conformar la Comisión Departamental de Determinantes de Salud, la cual iniciará funciones treinta (30) días calendario después de ser sancionada la presente Ley. Su primera función será revisar la información epidemiológica departamental que presente el Instituto Nacional de Salud (INS) y su Secretaría Departamental de Salud, para establecer los Determinantes a intervenir en un comienzo. La Comisión reglamentará el tratamiento de dichos Determinantes, sus decisiones tienen carácter vinculante y son respaldadas mediante firma por los secretarios departamentales del gabinete de la Gobernación respectiva. Se reunirá cada mes para conocer el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud departamental mediante evaluación de indicadores de salud y publicará trimestralmente los resultados en el SIIS.



## **CAPÍTULO III. ORGANIZACIÓN GENERAL DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

**Artículo 14°. De la rectoría del sistema.** La rectoría del sistema consiste en la articulación interinstitucional e interdisciplinaria del conjunto de políticas públicas que orienta a las instituciones y actores del sistema para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud.

El Sistema de Seguridad Social en Salud, tiene instancias de rectoría en los ámbitos nacional y territorial. En el ámbito nacional, la rectoría será ejercida por el Consejo Nacional de Salud. En los ámbitos territoriales, será ejercida por el respectivo Consejo Territorial de Salud. Habrá tantos Consejos Territoriales como territorios de salud, según los criterios definidos en la presente Ley.

**Artículo 15°. Consejo de Seguridad Social en Salud.** El Consejo Nacional de Salud es la instancia rectora del orden nacional del Sistema de Seguridad Social en Salud, tiene total autonomía decisoria y está adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, con las siguientes características:

- a) **Composición.** El Consejo Nacional de Salud es la instancia rectora y estará conformado por treinta y siete (37) miembros con voz y voto, y contará con la presencia permanente del Superintendente Nacional de Salud, quien ejercerá allí directamente su actividad de Inspección, Vigilancia y Control, con voz pero sin voto; la conformación del Consejo será la siguiente:
- 1) Cinco (5) representantes del gobierno nacional: el ministro de Salud y Protección Social, quien presidirá; el ministro de Hacienda; el ministro de Trabajo; el Director de Planeación Nacional y el Ministro de Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible. Adicionalmente el Director del Fondo Único Público para la Salud, quien tendrá voz pero no voto en el Consejo.
  - 2) Tres (3) representantes de las Secretarías territoriales de Salud.
  - 3) Dos (2) representantes del sector empresarial: uno de las grandes empresas y uno de las pequeñas y medianas empresas, elegidos por sus asociaciones.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

- 4) Dos (2) representantes de las centrales obreras.
- 5) Dos (2) representantes de las asociaciones campesinas.
- 6) Siete (7) representantes de las organizaciones de pacientes, uno por cada región socio cultural del país (Central, Pacífica, Atlántica, Eje cafetero, Nororiental, Orinoquia y Amazonia)
- 7) Tres (3) representantes de comunidades étnicas: uno (1) de los pueblos indígenas, uno (1) de las comunidades afrocolombianas y uno (1) de la comunidad ROM.
- 8) Un (1) representante de las organizaciones de la población en condiciones de discapacidad.
- 9) Un (1) representante de las comunidades LGBTI
- 10) Una (1) representante de asuntos de la mujer y perspectiva de género
- 11) Dos (2) representantes de las asociaciones de instituciones prestadoras de servicios de salud: uno estatal y uno privado.
- 12) Un (1) representante de la Academia Nacional de Medicina, entidad consultora del Gobierno Nacional.
- 13) Un (1) representante de la Federación Médica Colombiana, entidad consultora del Gobierno Nacional.
- 14) Un (1) representante de la profesión de Enfermería.
- 15) Un (1) representante de las facultades de Ciencias de la Salud.
- 16) Un (1) representante de las facultades y programas de Salud Pública.
- 17) Un (1) representante de los estudiantes de Ciencias de la Salud.
- 18) Dos (2) representantes de las demás organizaciones de trabajadores no médicos de la salud: uno profesional y otro no profesional.
- 19) Un (1) representante de los pensionados.

b) **Elección de los miembros no gubernamentales.** Los representantes no gubernamentales serán elegidos directamente por cada una de las organizaciones correspondientes mediante procesos democráticos, de acuerdo con la reglamentación hecha por el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en los principios de representatividad, transparencia, e imparcialidad.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

- c) **Invitados.** El Consejo Nacional de Salud estará en libertad de invitar a las instituciones y personas naturales o jurídicas que considere convenientes, según las necesidades de la agenda definida para cada sesión.
- c) **Período.** Los representantes del gobierno nacional lo serán en virtud del ejercicio de sus cargos. Los representantes no gubernamentales tendrán un período de tres años, con posibilidad de postulación para reelección por máximo un período.
- d) **Funcionamiento.** El Consejo Nacional de Salud se reunirá regularmente cada trimestre en los siguientes meses: Febrero, Mayo, Agosto, Noviembre. Podrá ser convocado de manera extraordinaria por el Ministro de Salud y Protección Social o por solicitud de cinco (5) de sus miembros, cuando una situación extraordinaria lo exija (catástrofes naturales, emergencias sanitarias). Su sede para cada reunión será establecida por el Ministro de Salud y Protección Social.
- e) **Secretaría Técnica.** La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo idóneo para tal efecto, no dependiente del Ministerio de Salud y Protección Social, con presupuesto propio, a partir de convocatoria pública por méritos, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Salud.
- f) **Presupuesto de funcionamiento.** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá un presupuesto de funcionamiento del Consejo Nacional de Salud que incluya los gastos de funcionamiento de la Secretaría Técnica, los gastos de honorarios, desplazamiento de los consejeros y el soporte técnico necesario, así como estrategias de comunicación. Los consejeros no gubernamentales recibirán viáticos y honorarios por asistencia a las reuniones ordinarias y extraordinarias, según reglamento establecido por el mismo Consejo.

**Parágrafo 1.** El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el proceso y procedimiento de elección de los miembros no gubernamentales garantizando la participación plural y democrática de la sociedad civil. La reglamentación deberá surtirse en un plazo no mayor a seis (6) meses a partir

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

de la vigencia de la presente ley. Los criterios de selección respetarán los principios de neutralidad e imparcialidad para llevar a cabo una valoración objetiva de la trayectoria y representatividad demostrada por las organizaciones y delegados que se postulen en el desarrollo de las convocatorias.

**Parágrafo 2.** Una vez entrada en vigencia la presente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá en un período no mayor a tres meses, emitir la reglamentación para la conformación del Consejo Nacional de Salud.

**Artículo 16°. Funciones del Consejo Nacional de Salud.** El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

- a) Adoptar las políticas públicas nacionales de salud, con visión de salud pública individual y colectiva, que se estructuren en las propuestas gubernamentales presentadas por el Ministerio de Salud y Protección Social o de las iniciativas de las organizaciones de la sociedad civil.
- b) Dichas políticas están orientadas a promover la calidad de vida y la salud de la población, tanto en las funciones, tareas y obligaciones del Sistema de Seguridad Social en Salud, como en lo que compete a políticas y acciones de la administración pública o sectores, contextos o determinaciones que inciden directamente en la salud como lo son (alimentación y nutrición, vivienda, educación, acceso a agua potable, condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo y transporte seguras y saludables y un medio ambiente sano, entre otros factores y determinantes), mediante la incorporación de enfoques transversales, estructurales e interseccionales de la salud, en todas las políticas para el ámbito territorial y nacional.
- c) Establecer las reglas de funcionamiento del Sistema, en especial en los aspectos señalados de su competencia en la presente Ley, para la reglamentación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.
- d) Establecer las reglas específicas sobre la estructura y el funcionamiento del Fondo Único Público para la Salud y de los Fondos Territoriales de Salud y supervisar su operatividad.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

- e) Definir las reglas generales de presupuesto, contratación y pago de los Fondos Territoriales de Salud a los prestadores de servicios de salud, públicos y privados.
- f) Velar por el buen funcionamiento del Sistema y por el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de la transparencia y el acceso a la información pública desde una concepción institucional de gobierno abierto.
- g) Presentar un informe general y específico de las actuaciones y gestiones del Consejo Nacional de Salud cada semestre ante las comisiones séptimas constitucionales del Senado de la República y la Cámara de Representantes.
- h) Adoptar su propio reglamento.

**Artículo 17°. Consejos Territoriales de Salud.** Los Consejos Territoriales de Salud tienen como objetivo, desarrollar estrategias para garantizar la aplicación territorial de las políticas emanadas del Consejo Nacional de Salud y tendrán una composición similar en sus funciones e integrantes, teniendo en cuenta las particularidades del territorio correspondiente; así mismo, diseñarán las políticas específicas a desarrollar en el territorio de su competencia, según las necesidades identificadas y los objetivos definidos en él, siempre en concordancia con los criterios, metas y estrategias definidas en la política pública nacional de salud. En todas sus reuniones participará con voz, pero sin voto el representante de la Superintendencia Nacional de Salud del Territorio.

**Parágrafo.** Los Consejos Territoriales de Salud ejercerán funciones de adecuación de la política emanada del Consejo Nacional de Salud a través de mecanismos de coordinación, seguimiento y veeduría del buen funcionamiento y uso de los recursos disponibles en el territorio para la salud.

**Artículo 18°. De la dirección del sistema.** La dirección del sistema consiste en la coordinación, definición de enfoques y gestión social y administrativa, cuyo objetivo será la puesta en marcha de las políticas públicas definidas en la instancia rectora por parte del poder ejecutivo en el ámbito nacional, departamental, regional, distrital y municipal.

**Artículo 19°. Dirección en el nivel nacional.** En el nivel nacional, la dirección será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social. En el nivel regional la Dirección será ejercida por la Direccional Territorial de Salud correspondiente.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

**Artículo 20°. Dirección en el nivel territorial.** En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por las Direcciones Territoriales de Salud, encargadas de la administración de los Fondos Territoriales de Salud, que ejercerán la función de autoridad sanitaria en el Territorio de Salud correspondiente bajo la Supervisión y orientación de los respectivos Consejos Territoriales de Salud.

**Artículo 21°. Funciones del Ministerio de Salud y Protección Social.** Además de las consagradas en las disposiciones legales vigentes, el Ministerio de Salud y Protección Social tendrá las siguientes funciones:

- a) Presentar al Consejo Nacional de Salud la política pública nacional de salud cada 4 años, para su aprobación.
- b) Dirigir la ejecución, seguimiento, evaluación e implementación de la política pública cuatrienal de salud a través de un Plan Nacional de Salud en todo el territorio nacional, en coordinación con las instancias correspondientes del ámbito territorial.
- c) Expedir las normas de obligatorio cumplimiento para la ejecución de la política de salud por parte de los agentes del sistema.
- d) Presentar al Consejo Nacional de Salud iniciativas de reglamentación de temas específicos del Sistema Nacional de Salud para su aprobación.
- e) Coordinar la elaboración de los informes del Consejo Nacional de Salud a presentar al Congreso de la República.
- f) Proporcionar las condiciones y medios para el buen funcionamiento del Consejo Nacional de Salud.
- g) Diseñar y poner en marcha el Sistema Integrado de Información en Salud.

**Artículo 22°. Instituciones adscritas al Ministerio de Salud y Protección Social.** Para cumplir las funciones relacionadas con la misión y el buen funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social contará con las siguientes instituciones adscritas:

- a) **Instituto Nacional de Salud (INS).** Conservará las funciones vigentes a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley y además deberá garantizar la calidad de la información en salud de la población en el territorio nacional, realizar los procesos de monitoreo,

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

- b) investigación y evaluación de la situación de salud de la población en general, y las respuestas desde lo institucional y social desarrolladas en el país, con el fin de orientar la toma de decisiones de las instancias de rectoría, dirección, administración de recursos y prestación de servicios del Sistema.
- c) **Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA)**. La función de este instituto será garantizar la pertinencia, la calidad e inocuidad de los medicamentos y alimentos que se ofrezcan en el país, con base en el ejercicio de la función de inspección, vigilancia y control de los procesos de importación, producción, distribución y consumo, y en la realización de los estudios pertinentes para la formulación, implementación y evaluación de la política pública de medicamentos y alimentos formulada por las instancias rectora y de dirección del Sistema.
- d) **Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud (INETIS)**. La función de este instituto será la de realizar los estudios necesarios para garantizar la pertinencia, la calidad, efectividad, eficacia, costo eficiencia y la seguridad de las tecnologías duras y blandas utilizadas en el Sistema Nacional de Salud y definir los criterios de su adquisición óptima y uso pertinente, con base en la mejor evidencia disponible y el nivel de participación estatal que sea necesaria, para la defensa de la salud pública.
- e) **Instituto Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo (INSST)**. La misión de este instituto es actuar como centro de referencia nacional en temas de investigación, ciencia y tecnología en el campo de la salud y la seguridad en el trabajo, y orientar las respuestas institucionales, de formación, laborales y sociales desarrolladas en el país para el control de los eventos de salud.
- f) **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)**. La misión de este instituto es la de contribuir al logro de las mejores condiciones de vida posibles para las familias e infancia colombianas, respetando su diversidad y su autonomía, por medio de la disposición de bienes y servicios complementarios y articulados a los sistemas encargados de la garantía de los derechos sociales, económicos y culturales para la población colombiana [A14].

- g) **Instituto Nacional de Cancerología (INC).** La misión de este instituto es, además de la prestación de servicios en materia de atención integral del cáncer que viene desarrollando, actuar como centro de referencia nacional y realizar los procesos de monitoreo, investigación y evaluación de la situación de la enfermedad, las respuestas institucionales, de formación, laborales y sociales desarrolladas en el país para el control del cáncer, con el fin de orientar la toma de decisiones de las instancias de rectoría, dirección, administración de recursos y prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud.
- h) **Centro Dermatológico Nacional Federico Lleras Acosta.** La función de este centro es prestar servicios especializados de dermatología, educar permanente y suficientemente al estudiantado de ciencias de la salud y a los trabajadores sanitarios sobre la lepra o enfermedad de Hansen con miras a favorecer su detección temprana y eliminarla en el territorio nacional, servir de referente nacional para la atención de los pacientes dermatológicos y realizar los procesos de monitoreo, investigación y evaluación de la situación de las enfermedades de la piel, las respuestas institucionales, formativas, laborales y sociales desarrolladas en el país para el control de este tipo de enfermedades, con el fin de orientar la toma de decisiones de las instancias de rectoría, dirección, administración de recursos y prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud.
- i) **Sanatorios de Agua de Dios y de Contratación.** Su función es la detección de la lepra (enfermedad de Hansen) entre sus habitantes y la atención integral de los pacientes que padezcan su forma activa o sus secuelas. En dichas localidades el Ministerio de Salud establecerá programas de investigación, prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación.
- j) **Centro Nacional de Investigación y Desarrollo en Tecnologías de la Salud,** bajo un régimen jurídico descentralizado, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, cuyo objeto será la investigación, fabricación, producción, distribución y demás etapas del desarrollo en tecnologías de la salud, como lo son el desarrollo de vacunas, medicamentos, tecnologías experimentales, ensayos clínicos y demás dispositivos médicos.
- k) El gobierno nacional reglamentará la creación o adecuación de las instituciones adscritas, según los criterios establecidos en el presente artículo, respetando su autonomía administrativa y asignando los recursos suficientes para cumplir las funciones asignadas.



**Artículo 23°. De los Territorios de Salud.** La garantía del derecho fundamental a la salud se materializa a través de los Territorios en Salud. Los Territorios de Salud son unidades de organización administrativa, que operarán en zonas geográficas, socioeconómica y socio-demográficamente delimitadas, para la solución y atención integral de las necesidades en salud de la población bajo el principio de dignidad humana y el criterio de equidad.

**Artículo 24°. Cooperación, coordinación, integración y articulación a nivel territorial.** Las Direcciones Territoriales de Salud deben garantizar la cooperación, coordinación, integración y articulación de las acciones y redes de servicios requeridos para la materialización del derecho a la salud de las poblaciones. Igualmente podrán asociarse para el manejo conjunto de zonas geográficas o territorios especiales en salud con características comunes en términos ambientales, económicos, sociales, culturales, étnicos o comunicacionales, cuyo abordaje por separado implicaría mayor dificultad para atender las necesidades de las poblaciones de estos espacios geográficos limítrofes.

**Artículo 25°. Territorios focalizados o subdivisiones internas de carácter local.** Las Direcciones Territoriales de Salud podrán, así mismo, definir territorios focalizados o subdivisiones internas de carácter local, para responder de manera efectiva a necesidades específicas de las poblaciones que los conforman, facilitar la organización de la prestación de servicios según necesidades y propiciar el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud y realizar el trabajo intersectorial para el mejoramiento de las condiciones de vida y el goce efectivo del derecho a la salud en todos sus componentes esenciales.

**Parágrafo. Revisión de las condiciones sociales, económicas y culturales a nivel territorial.** La constitución de los territorios especiales en salud debe garantizar una revisión de las condiciones sociales, económicas y culturales y de las formas como se han abordado las necesidades en salud de dichos territorios, en las zonas donde se plantee la necesidad y conveniencia de concurrir administrativamente más de una repartición territorial en salud, mediante un esquema asociativo.

**Artículo 26°. De las Instancias Operativas.** Las instancias operativas del Sistema Nacional de Salud son las de financiamiento, de administración y gestión de la salud, de prestación de servicios de salud, de información, de participación social y de inspección, vigilancia y control, definidas en la presente Ley

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCION**

## CAPÍTULO IV. FINANCIAMIENTO

**Artículo 27°. Características generales.** El financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud integra los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones a la seguridad social en salud, riesgos laborales y accidentes de tránsito, con los recursos fiscales del orden nacional y territorial, con el propósito de generar condiciones de solidaridad intergeneracional, en beneficio de toda la población, condiciones de solidar que deben ser extensivas entre generaciones (edad), entre géneros, entre empleados y desempleados, entre sanos y enfermos.

**Artículo 28°. Aportes desde todos los actores.** De esta forma, todas las personas y las empresas, según su situación social y condiciones de ingresos, aportan a la financiación del sistema mediante contribuciones ligadas al salario, a los ingresos o a la renta, impuestos, tasas o contribuciones que se destinan o asignen al Sistema Nacional de Salud en los presupuestos de orden nacional, departamental, distrital o municipal, incluyendo la de los Territorios de Salud, y otros ingresos y pagos expresamente establecidos por norma general.

**Parágrafo. Recursos por cooperación bilateral y multilateral.** El Ministerio de salud con acompañamiento del Ministerio de Relaciones Exteriores, deberá elaborar trimestralmente un plan de acción y gestión para el desarrollo de las distintas formas de cooperación internacional que faciliten el desarrollo del Sistema de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 29°. Fondo Único Público para la Salud.** Créase el Fondo Único Público para la Salud con persona jurídica de carácter público, con presupuesto, administración, dirección y personal propios, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la supervisión del Consejo Nacional de Salud, el cual fungirá como una Junta Directiva, que nombrará a la persona lo administre, y cuya inspección y vigilancia estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

**Artículo 30°.** El Fondo Único Público para la Salud tiene los siguientes objetivos misionales:

- a) Propiciar la solidaridad plena entre la población según su nivel de ingreso económico, entre generaciones, entre géneros, entre empleados y desempleados, y entre sanos y enfermos, para lograr universalidad y equidad en el acceso oportuno a servicios de igual calidad para toda la población.

- b) Favorecer, mediante la asociación de los recursos, la eliminación de las inequidades prevalentes en materia de salud, riesgos laborales y accidentes de tránsito.
- c) Propiciar la asignación, transferencia y gasto equitativo de los recursos por territorios de salud y a partir de estos, por territorios focalizados y otras subdivisiones territoriales.
- d) Integrar los recursos públicos disponibles para garantizar la Atención Primaria Integral en Salud (APIS).
- e) Conformar una Central Única de Recaudo de las cotizaciones obligatorias definidas en la presente Ley.
- f) Garantizar el flujo de recursos de la Nación hacia los Territorios de Salud de forma oportuna para los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y directamente a las Instituciones Hospitalarias para el control, la provisión y prestación de los servicios integrales de salud individuales y colectivos.
- g) Garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud.

**Parágrafo 1.** El Fondo Único Público para la Salud no hará parte del Presupuesto General de la Nación, pero sí de la contabilidad del gasto público, respetando el criterio definido en el Artículo 350 de la Constitución Política de no disminuir su proporción porcentual y su cantidad a valor presente, con relación al año anterior, respecto del gasto total de la correspondiente Ley de Apropriaciones, y deberá responder a los organismos de control por la trazabilidad de los recursos asignados.

**Parágrafo 2.** El funcionamiento del Fondo Único Público para la Salud será presupuestado y financiado con un porcentaje de los recursos fiscales y parafiscales recaudados para la prestación de servicios de salud que no excederá de cero puntos tres por ciento (0.3%) de los recursos distintos de las transferencias ordenadas por la Constitución a los territorios, el cual será definido anualmente por el Consejo Nacional de Salud.

**Artículo 31°. Fuentes de financiación del Fondo Único Público para la Salud.** El Fondo Único Público para la Salud será constituido con las siguientes fuentes de recursos:

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

a) Recursos fiscales del orden nacional:

- 1) Los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) definidos como participaciones para salud, agua potable y saneamiento básico, según lo establecido en las leyes 715 de 2001 y 1176 de 2007, asignados mediante cuentas específicas a los entes territoriales.
- 2) Los recursos de una partida anual del Presupuesto General de la Nación (PGN) equivalente a la sumatoria del monto total de las cotizaciones aportadas por patronos y trabajadores dependientes, provenientes de la cotización para la seguridad social en salud recaudadas en el año inmediatamente anterior.
- 3) Los recursos provenientes del 7% de las remesas de utilidades de empresas mineras y petroleras en fase de explotación de carbón e hidrocarburos.
- 4) Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, correspondiente al 20% de un salario mínimo mensual, y a las municiones y explosivos, que se cobrará como un impuesto *ad-Valorem* con una tasa del 30%, exceptuando las armas, municiones y explosivos de las fuerzas armadas, de policía y las entidades de seguridad del Estado.

b) Recursos parafiscales del orden nacional:

- 1) Los recursos provenientes de las cotizaciones para la seguridad social en salud correspondientes a salarios de los empleados o trabajadores dependientes
- 2) Los recursos provenientes de las cotizaciones a la seguridad social en salud de los trabajadores por cuenta propia o trabajadores independientes y rentistas de capital. Los recursos provenientes de las cotizaciones de los pensionados.
- 3) El dos por ciento (2%) del aporte a las Cajas de Compensación Familiar.
- 4) Los rendimientos financieros.

**Artículo 32°. Aportantes.** La financiación de la seguridad social en salud debe ser tripartita. Todas las empresas, deben aportar sin excepción a fondos parafiscales de conformidad con los contratos de trabajo suscritos y por los contratistas en el caso de la prestación de servicios personales.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

**Artículo 33°. Aportes a la seguridad social.** Todo contrato de trabajo, sin importar la tipología jurídica, debe incluir aportes a la seguridad social, que en caso de no realizarse generarán una deuda exigible con la seguridad social y se constituirá en una obligación fiscal que generará cobro coactivo.

**Artículo 34°. Cotización de los trabajadores.** Todos los trabajadores dependientes e independientes, así como los contratistas de prestación de servicios y rentistas de capital deben cotizar a la seguridad social en proporción a su ingreso, cotización que en caso de no hacerse generará una deuda exigible con el sistema y se constituirá en obligación fiscal que generará cobro coactivo.

**Artículo 35°. Sobre el carácter obligatorio de las cotizaciones para la salud.** La cotización a la seguridad social en salud, riesgos laborales y accidentes de tránsito es de carácter obligatorio; para todos los efectos son dineros públicos y serán entendidos como de carácter parafiscal. Todo contrato laboral incluirá los costos correspondientes a esta cotización, incluyendo los trabajadores que aportan a los regímenes especiales de seguridad social en salud. Los trabajadores independientes deberán presentar su autoliquidación de ingresos para hacer la cotización correspondiente ante la Central Única de Recaudo, que hace parte del Fondo Único Público para la Salud. La cotización para enfermedad general y maternidad será en las siguientes proporciones:

- a) 12,5% sobre los salarios de los empleados o trabajadores dependientes, en proporción de 8,5% a cargo del empleador o contratante y 4% a cargo del trabajador.
- b) 12% sobre el 40% de los ingresos declarados por los trabajadores por cuenta propia o trabajadores independientes y por los rentistas de capital, superiores a un (1) salario mínimo mensual
- c) 12% de los ingresos de los pensionados, excepto de las pensiones menores a dos salarios mínimos que cotizarán un 4%.

**Parágrafo 1.** En lo referente a los 8.5% de los aportes patronales de los trabajadores con ingresos inferiores a 10 salarios mínimos, que desde 2013 asumió el presupuesto nacional, los Ministerios de Salud y Hacienda deben presentar al Consejo Nacional de Salud, en el término de un año, un estudio

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

sobre la conveniencia de que el Estado continúe haciéndose cargo de los aportes para la salud que previamente correspondían a los patronos, y por cuanto tiempo, sopesando los efectos a largo plazo para la estabilidad financiera del sector salud y las finanzas públicas en general, así como para el desarrollo del Estado social de derecho. El Consejo Nacional de Salud solicitará la evaluación de este informe a un grupo de universidades.

**Parágrafo 2.** No se podrán establecer barreras económicas para acceder a los beneficios del Sistema tales como copagos o cuotas moderadoras, ni se podrán establecer condiciones como preexistencias o exigir períodos mínimos de cotización.

**Parágrafo 3.** El Consejo Nacional de Salud dispondrá los mecanismos de estímulo, inspección, vigilancia y control de la cotización en salud, con base en propuesta técnica elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Artículo 36°. Central Única de Recaudo para el Sistema Nacional de Salud (CUR).** Créase la Central Única de Recaudo para el Sistema Nacional de Salud (CUR), como parte integrante del Fondo Único Público para la Salud. Su función será recaudar todos los aportes de cotizaciones en salud, y accidentes de tránsito en todo el país, para incorporar los recursos al Fondo Único Público para la Salud. Esta central contará con un mecanismo de recaudo de tipo electrónico y con un sistema único de identificación de usuarios, basado en el documento de identificación establecido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

**Artículo 37°. Estructura del Fondo Único Público para la Salud.** El Fondo Único Público para la Salud contará con ocho (8) cuentas, según la destinación de los recursos, denominadas así:

- a) **Atención Primaria Integral en Salud (APIS):** destinada a la cofinanciación de la Atención Primaria Integral en Salud.
- b) **Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE):** destinada a la cofinanciación de los servicios de mediana y alta complejidad tecnológica y de atención especializada.
- c) **Programa de Salud en el Trabajo,** destinada a la financiación de la prevención de los riesgos tanto de trabajadores formales como informales y la investigación de esta problemática de salud.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

- d) **Control de Problemas y Enfermedades de Interés en Salud Pública (CEISP):** destinada al diseño y desarrollo de los programas de control de problemas y enfermedades de interés en salud pública, a la compra y producción de biológicos para inmunizaciones y de medicamentos de interés público, a la vigilancia y control de medicamentos y alimentos y a la evaluación de tecnología e innovación en salud.
- e) **Compensación regional para la equidad:** destinada a compensar a las regiones con menor empleo formal y capacidad de aportes a la seguridad social en salud.
- f) **Prestaciones Económicas en Salud):** destinada al pago de las prestaciones económicas derivadas de la situación de maternidad e incapacidad o invalidez por enfermedad general
- g) **Infraestructura y equipamiento en salud (IES):** destinada a la construcción, adecuación o renovación de la infraestructura pública de servicios de salud en todo el territorio nacional.
- h) **Formación en salud (FS):** destinada al estímulo de formación de personal en salud en áreas prioritarias según las necesidades de salud de la población.
- i) **Funcionamiento del Fondo (FF):** destinada a cubrir los gastos de funcionamiento del Fondo.

**Artículo 38°. Distribución de los recursos en las subcuentas del Fondo Único Público para la Salud.**

El Fondo Único Público para la Salud hará la distribución de los recursos disponibles a cada una de las subcuentas que lo constituyen con base en el criterio de buscar la universalidad de la Atención Primaria Integral en Salud (APIS), considerando las necesidades y especificidades detectadas en los territorios de salud. Tomando como punto de partida el gasto en salud por niveles de atención y en acciones colectivas, en el período de transición de los dos primeros años de vigencia de la presente Ley, el Consejo Nacional de Salud distribuirá los recursos entre las siguientes cuentas:

- a) Cuenta Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS): 45%
- b) Cuenta Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE)
- c) Cuenta Promoción de la Salud en el Trabajo
- d) Cuenta Control de Problemas y Enfermedades de Interés en Salud Pública (CEISP)
- e) Cuenta de enfermedades raras
- f) Cuenta Fondo Nacional de Compensación
- g) Cuenta Prestaciones Económicas en Salud
- h) Cuenta de Infraestructura y Equipamiento en Salud (IES)
- i) Cuenta de Formación en Salud (FS):
- j) Cuenta de Funcionamiento del Fondo Único Público para la Salud (FF)

**Parágrafo 1.** El Ministerio de Salud y Protección Social hará los estudios de costos que permitan ajustar semestralmente las proporciones de la asignación de los recursos a las cuentas, las cuales serán aprobadas por el Consejo Nacional de Salud.

**Parágrafo 2.** El Ministerio de Salud y Protección Social en la vigencia fiscal, podrá presentar al Consejo Nacional de Salud propuesta de incremento de asignaciones al fondo que lo requiera, con previa justificación de los motivos y objetivos pretendidos con el incremento en la asignación de recursos, cuando las necesidades de prestación del servicio lo requieran por eventualidades sanitarias.

**Parágrafo 3.** Con el fin de dar una adecuada respuesta a las enfermedades huérfanas y olvidadas, el Consejo Nacional de Salud formulará una política pública específica, con base en propuesta elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social, que destine recursos a instituciones específicas, orientada por la garantía del derecho fundamental a la salud de las poblaciones afectadas por este tipo de enfermedades, sin relación expresa a la capacidad de pago de las personas o las familias, que incluya la articulación con el Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación, para el desarrollo de nuevos conocimientos sobre el diagnóstico, prevención y tratamiento de las mismas.

**Artículo 39°. Plan Nacional de Equipamiento en Salud.** El Ministerio de Salud y Protección Social presentará para aprobación por parte del Consejo Nacional de Salud un Plan Nacional de Equipamiento en Salud a diez (10) años, con criterios de equidad regional, concertado con las unidades territoriales de salud y con revisiones cada dos (2) años, con base en los recursos destinados para tal efecto en la cuenta de Infraestructura y Equipamiento del Fondo Único Público para la Salud.

**Artículo 40°. Fondos Territoriales de Salud.** Los Fondos Territoriales de Salud serán administrados por las Direcciones Territoriales de Salud, excepto los fondos regionales de seguridad social en salud que serán administrados por un Consejo Directivo de Seguridad Social en Salud integrado por representantes del Gobierno, los empleadores y los trabajadores.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**



Los Fondos Territoriales de Salud recibirán los recursos provenientes de las transferencias del Fondo Único Público para la Salud para cada Territorio de Salud y los sumarán a los recursos de diferente origen propios del ente o entes territoriales participantes según la normatividad vigente, en especial, la Ley 1393 de 2010 sobre rentas cedidas al orden territorial de destinación específica para la salud.

**Artículo 41°. Criterios generales para la transferencia de recursos del Fondo Único Público para la Salud a los Fondos Territoriales de Salud.** Los criterios para la transferencia de recursos del Fondo Único Público para la Salud a los Fondos Territoriales de Salud serán definidos anualmente con base en los criterios del Sistema General de Participaciones (SGP), más un sistema de incentivos a la equidad y la rentabilidad social. El mecanismo de distribución deberá asignar más recursos, según la proporción que defina el Consejo Nacional de Salud durante el primer año de vigencia de la presente Ley, a los territorios que tengan las siguientes características:

- a) Mayor prevalencia o incidencia de problemas y enfermedades de interés en salud pública que la tasa nacional.
- b) Inequidades en salud, medidas por resultados de morbi-mortalidad y por restricciones de acceso a los servicios de salud (barreras económicas, geográficas, administrativas o culturales) entre subgrupos de la población a cargo y entre Territorios de Salud.
- c) Mayor mortalidad materna e infantil que la tasa nacional.
- d) Menor cobertura de saneamiento básico y agua potable que la cobertura nacional.
- e) Mayor incidencia de emergencias y desastres que el promedio nacional.
- f) Deficiencias notorias en la oferta de servicios de salud

**Artículo 42°. Estructura de los Fondos Territoriales de Salud.** Los Fondos Territoriales de Salud tendrán las mismas tipologías de subcuentas del Fondo Único Público para la Salud, para ejecutar los recursos según los tipos de servicios definidos en el modelo de atención establecido por la presente Ley.

**Artículo 43°. Cobertura de atención del Sistema de Seguridad Social en Salud.** El Estado reconocerá como parte del derecho fundamental a la Atención Integral en Salud, lo establecido en el artículo 15 de la Ley 1751 del 2015, Estatutaria de Salud. Todos los bienes y servicios que se requieran, individuales y colectivos, definidos por profesionales de la salud o agentes de salud aceptados por el Estado colombiano, excepto las exclusiones, establecidos en el Art. 15 de la Ley Estatutaria de Salud (LES) 1715 del 2015 y su reglamentación.

**Artículo 44°.** El Estado podrá exonerar de manera temporal, para el cumplimiento de las obligaciones de aportes para salud, a microempresas y trabajadores independientes en condiciones económicas adversas que puedan ser comprobadas y verificadas, o cuando la renta presuntiva del independiente sea inferior a dos líneas de pobreza.

**Parágrafo.** Anualmente el Consejo Nacional de Salud evaluará las exenciones temporales y determinará su permanencia de acuerdo con los términos y condiciones en los cuales fueron concedidas.

**Artículo 45°.** El Estado deberá establecer los mecanismos de recaudo de las deudas generadas por el no pago de la seguridad social, mediante mecanismos fiscales, a través de la reglamentación para la expedición de un certificado de paz y salvo obligatorio con la seguridad social, que será requisito para la protocolización de transferencia de activos.

**Artículo 46°.** En ningún caso el no pago o atraso en las obligaciones con la seguridad social de empresas, trabajadores o rentistas constituirá una barrera de acceso para solicitar y recibir los servicios de salud en el territorio nacional. Es decir, al usufructo y goce del Derecho Fundamental a la Salud.

**Parágrafo.** En virtud del régimen de transición, el Ministerio de Hacienda realizará un proceso de compilación sobre los saldos adeudados en el Sistema de Seguridad Social en Salud por parte de los cotizantes, beneficiarios y actores del sistema en la prestación del servicio, con el objetivo de la actualización de la cartera.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

**Artículo 47°. Descentralización.** Los recursos destinados a la salud y la seguridad social en salud tendrán como criterio de asignación la descentralización político-administrativa del país, establecida en la Constitución de 1991, con el propósito de garantizar la autonomía de los territorios en su capacidad de gasto e inversión para la protección del derecho fundamental de la salud.

**Artículo 48°.** Con el propósito de fijar competencias y responsabilidades de los servicios de salud y el manejo de los recursos, se establecerán niveles de financiamiento que descentralicen efectivamente rentas y gastos según las necesidades de los municipios.

**Artículo 49°. Nivel municipal:** Los municipios recibirán los recursos que determinó el ordenamiento jurídico, para la salud de sus habitantes y ubicarán estos recursos en el Fondo de Salud Municipal, con destinación específica a la atención básica de sus habitantes, la promoción de la salud y el control de los factores de riesgo y acciones sobre los determinantes sociales, con el objetivo de garantizar una mejoría constante en los indicadores de salud de la población.

**Artículo 50°.** En el Fondo Municipal ingresarán recursos por actividades propias del objeto social, la asignación de las regalías que destinen al sector salud y los recursos de solidaridad que distribuyan a los municipios los fondos de seguridad social regionales. Los distritos constituirán un Fondo separado que se denominará Fondo Distrital de Atención Primaria en Salud, con este objetivo.

**Artículo 51°. Nivel Departamental y Distrital:** Los departamentos y distritos dispondrán de un fondo departamental o distrital de salud, que integrará las rentas cedidas, las contribuciones del SOAT y los recursos destinados a salud de las Cajas de Compensación Familiar en su territorio, para planear, organizar, dirigir y garantizar la prestación de servicios de mediana y alta complejidad en su territorio, la red de atención de urgencias y para garantizar el transporte medicalizado interinstitucional de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo, en el momento que se requiera, con recursos de inversión y funcionamiento, así como para planear, organizar, dirigir y garantizar la ejecución de un plan de salud que integre programas de salud pública, control de factores de riesgo y acciones sobre los determinantes sociales de la salud en el territorio, el cual deberá ser construido con participación de las universidades con programas de salud pública en el departamento o distrito.

**Artículo 52°.** En el Fondo Departamental o Distrital ingresarán igualmente recursos propios, recursos por actividades económicas en el marco del objeto social, en concurrencia con la porción de las regalías que se destinen al sector salud.

**Artículo 53°. Nivel Regional:** El nivel regional integra un grupo de departamentos y distritos organizados bajo un “territorio de salud”, regido por un Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. Contará con un Fondo Regional de Seguridad Social en Salud; los aportes parafiscales para salud del territorio se recaudarán por parte del Sistema Único de Recaudo e ingresarán al fondo regional respectivo.

**Artículo 54°.** Los Fondos de carácter parafiscal no harán parte de los presupuestos nacional ni territoriales y a ellos ingresarán todos los aportes de seguridad social en salud de empresas, trabajadores, contratistas y rentistas de capital del respectivo territorio.

Igualmente, ingresarán a los Fondos Regionales los aportes a la seguridad social en salud provenientes del Presupuesto General de la Nación (PGN), correspondientes a la proporción de la atención de mediana y alta complejidad de la población no contributiva.

**Artículo 55°.** Los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud financiarán los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones hospitalarias y ambulatorias, públicas y privadas o mixtas, que se integren a la red de servicios del territorio, a las tarifas únicas y obligatorias de prestación de servicios que fije el Gobierno Nacional para todo el Sistema.

**Parágrafo.** Las tarifas únicas y obligatorias, revisadas con periodicidad anual, servirán como herramienta de política para que la dirección del Sistema incentive el desarrollo de servicios escasos o desestimule los utilizados más allá de las recomendaciones científicas.

**Artículo 56°.** Los aportes de solidaridad provenientes de las cotizaciones deberán ser distribuidos por el Consejo Regional de Seguridad Social en Salud entre los municipios del territorio para fortalecer la atención primaria, con criterios de equidad.

**Artículo 57°. Nivel Nacional:** El nivel nacional administrará los recursos del Sistema en el Fondo Nacional de Compensación que se financiará con un 10% de los aportes a la seguridad social que se trasladen a los Fondos Regionales. Este fondo incluirá un sub-Fondo o seguro para apoyar a los territorios en situaciones de catástrofes.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

**Parágrafo.** En virtud del principio de cooperación, entre el sistema nacional de gestión de riesgos y desastres y el sistema nacional de salud se definirán los criterios y planes de respuesta frente al conocimiento y gestión en las prevenciones del riesgo.

**Artículo 58°.** El nivel nacional también constituirá un Fondo para garantizar el tratamiento de enfermedades raras de pacientes de todos los territorios en entidades especializadas, con recursos del presupuesto general. Igualmente, con recursos del presupuesto nacional, financiará los programas especiales de prevención y control de patologías que desee fomentar en los territorios y las actividades comunicacionales sobre promoción de la salud y prevención y control de patologías que requieran acciones nacionales.

## **CAPÍTULO V. ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS**

**Artículo 59°. Administración de los Fondos Territoriales de Salud.** Los Fondos Territoriales de Salud serán administrados por las Direcciones Territoriales de Salud,

**Artículo 60°. Funciones de las Direcciones Territoriales de Salud.** Las Direcciones Territoriales de Salud tendrán las siguientes funciones:

- a) Recaudar los recursos de los entes territoriales involucrados en el territorio de salud correspondiente y articularlos a los transferidos por el Fondo Único Público para la Salud para constituir el Fondo Territorial de Salud correspondiente. (cuenta única)
- b) Distribuir los recursos integrados del orden nacional y territorial, según las cuentas correspondientes del Fondo Territorial de Salud.
- c) Proponer al Consejo Territorial de Salud el Plan Territorial de Salud a cinco (5) años, con enfoque intersectorial y participativo y revisión anual, que incluya objetivos, estrategias y metas de calidad de vida y salud de la población del Territorio de Salud.
- d) Organizar el presupuesto y los mecanismos de relación y/o contratación de los prestadores de servicios de salud, públicos, privados o mixtos, en el territorio de salud a su cargo, y las

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

- e) formas de pago de los servicios prestados por otros prestadores externos, en caso de requerirse atenciones en lugares por fuera del Territorio de Salud, con criterios de calidad, integralidad y equidad en la atención.
- f) Ejercer las funciones de autoridad sanitaria territorial, tanto en salud pública como en riesgos laborales, en todos los aspectos señalados en las leyes 9ª de 1979 y 1562 de 2012.
- g) Rendir cuentas ante el Consejo Territorial de Salud correspondiente, ante la Superintendencia Nacional de Salud y ante el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Artículo 61°. Manejo técnico y transparencia en los recursos.** Para garantizar el manejo técnico de los recursos correspondientes a los fondos municipales, se constituirán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, que integren municipios o localidades con grupos poblacionales no menores de 100.000 habitantes y no mayores de 1.000.000 de habitantes. Para la conformación de las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación se tendrán en cuenta los criterios establecidos en el artículo 24 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

**Parágrafo.** En el caso de los municipios o distritos mayores a un millón (1.000.000) habitantes, deberán crearse varias Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en salud.

Los estándares para el manejo técnico y transparencia en los recursos se deben orientar al reconocimiento del modelo de atención y la prestación del servicio como la prioridad en el goce efectivo del derecho, supeditando la estructura administrativa a este objetivo.

**Artículo 62°.** Las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación deberán contar como mínimo con profesionales expertos en salud pública, administración de salud y saneamiento ambiental, así como profesionales de información y sistemas y; deberán asesorar la formulación de los planes de salud municipales y la formulación de los presupuestos de los Fondos Municipales de salud en su área de influencia, así como fijar su concepto, proporcionando observaciones u objeciones técnicas sobre los contenidos finales del Plan de Salud o del presupuesto anual aprobado por los Concejos Municipales.

**Parágrafo.** Los departamentos y distritos reglamentarán el número de zonas de planeación y evaluación, para lo cual tendrán en cuenta los criterios establecidos en el artículo 24 de la Ley

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

Estatutaria de Salud (LES) 1751 de 2015. Igualmente determinarán su estructura y organización, el presupuesto para los gastos de funcionamiento, el reglamento general de funcionamiento y las reglas generales del proceso de selección de los funcionarios para su composición. Igualmente, los mecanismos de participación comunitaria en los procesos de planeación y evaluación de cada Unidad Zonal.

**Artículo 63º.** Los municipios estarán en la obligación de reportar a las Unidades Zonales toda la información sobre actividades y recursos ejecutados y objetivos y metas alcanzados, con periodicidad mensual.

**Artículo 64º.** Las Unidades Zonales rendirán informes trimestrales de evaluación a cada municipio o Distrito, así como a la respectiva Secretaría de Salud Departamental o Distrital, y a los organismos de control. Los informes deberán estar disponibles con dos semanas de anticipación para garantizar que los representantes de la comunidad estén debidamente informados antes de participar en el proceso de evaluación.

**Artículo 65º.** Para garantizar el manejo técnico de los recursos de los Fondos Departamentales y Distritales, las Direcciones Territoriales organizarán un Consejo de Planeación y Evaluación en Salud, encabezado por el Director Territorial de Salud, con su grupo de profesionales expertos, al que asistirán con voz, pero sin voto los directores de las Unidades Zonales de Planificación y Evaluación del respectivo Departamento o Distrito y delegados de las Universidades en áreas de la administración en salud o salud pública y delegados de la sociedad civil. Igualmente, los mecanismos de participación comunitaria en los procesos de planeación y evaluación de cada Departamento o Distrito.

**Artículo 66º.** El Consejo deberá recomendar técnicamente la construcción del Plan Territorial de Salud y hacer una evaluación trimestral de las actividades y recursos ejecutados, así como de objetivos y metas alcanzadas. Los Informes Trimestrales de evaluación serán entregados a la máxima autoridad territorial y al Ministerio de Salud y Protección Social, así como a los organismos de control y una copia será remitida a las bibliotecas de las Universidades en el respectivo Departamento o Territorio, para garantizar el acceso público a la información. Los informes deberán estar disponibles con dos semanas de anticipación para garantizar que los representantes de la comunidad estén debidamente informados antes de participar en el proceso de evaluación.

**Artículo 67°.** Para garantizar el manejo técnico de los recursos de los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud, se constituirá un Consejo Regional de Planeación y Evaluación en Salud, conformado por representantes de las direcciones departamentales y distritales de salud del respectivo territorio, que deberá recomendar los ajustes a la red de servicios de mediana y alta complejidad en la región y hacer una evaluación trimestral de las actividades y recursos ejecutados, así como de objetivos y metas alcanzadas en términos de indicadores de calidad de la prestación de servicios. Igualmente, los mecanismos de participación comunitaria en los procesos de planeación y evaluación de la operación de la red de servicios de cada Región.

**Artículo 68°.** El Consejo Regional de Planeación en Salud dispondrá del apoyo de una oficina y un grupo de profesionales expertos de dedicación exclusiva, para garantizar la labor técnica en planificación y evaluación de la red integral de servicios de salud del territorio.

**Artículo 69°.** Los Informes Trimestrales de evaluación serán entregados al Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud, a las autoridades territoriales que conforman la región, así como a los organismos de control. Una copia del informe será remitida a las bibliotecas de todas las Universidades en la respectiva región, para garantizar el acceso público a la información. Los informes deberán estar disponibles con dos semanas de anticipación para garantizar que los representantes de la comunidad estén debidamente informados antes de participar en el proceso de evaluación.

**Parágrafo 1.** En un plazo no mayor a un año a partir de la vigencia de la presente ley, la superintendencia de salud debe garantizar la conformación de un equipo de trabajo, con funciones específicas para la evaluación de los informes, con el propósito de garantizar un seguimiento real y efectivo a los informes y las acciones que sean necesarias para garantizar la vigilancia y control oportuna.

**Parágrafo 2.** El contenido de los informes. Cada uno de los informes que se generen por parte de las instituciones del sistema deben ajustarse a los plazos específicos que cada uno de sus indicadores determine, el tipo de información analizada y la materia objeto de revisión y estudio, reconociendo el tipo de evaluaciones que se requieren, discriminando los componentes e indicadores.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**



**Artículo 70°.** Delimitación y precisión en la ley para la asignación de recursos necesarios, la medición de resultados debe ser anual, informe público sobre ingresos y gastos por cada unidad territorial.

**Artículo 71°.** La periodicidad de los informes se establecerá por medio de reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizando un procedimiento de rendición de cuentas por cada vigencia fiscal, garantizando información oportuna para la planificación y el acceso a la ciudadanía.

**Artículo 72°.** Las Unidades Zonales, así como los Consejos de Planeación Departamentales y Distritales y los Consejos Regionales de Planeación deben desarrollar un sistema de información detallado, abierto, transparente y accesible, con la información disponible en línea para todos los interesados.

**Parágrafo 1.** La plataforma de rendición de cuentas del Sistema de Seguridad Social en Salud, debe ser un portal interoperable que permita el cruce masivo de información por cada uno de los municipios, con toda la información disponible del sistema (Informes, bases de datos, Directorios, Canales, Archivos, Bibliotecas virtuales de código libre) entre otros componentes de la información que generen los actores.

**Parágrafo 2.** Por parte del Sistema de Seguridad Social en Salud en su conjunto se garantizará asignación presupuestal específica, para el funcionamiento operativo del sistema de información, cuyos criterios de funcionamiento, accesibilidad e interoperabilidad serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social con el acompañamiento del Ministerio de las Tecnologías de la Información y la Comunicación.

**Parágrafo 3.** Se establecerá un plazo de reglamentación, planificación y periodo de prueba por el término de seis (6) meses, en un plazo no mayor a un (1) año, a partir de la vigencia de la presente ley se debe garantizar el funcionamiento a nivel nacional del sistema de información.

**Artículo 73°.** **Naturaleza pública de los recursos para la salud.** Los recursos aportados para la salud, en la forma de cotizaciones o impuestos, son de naturaleza pública e inembargable y no serán objeto de ánimo de lucro. Estos recursos serán sometidos a cuidadosa inspección, vigilancia y control de su aplicación por parte de la Contraloría General de la República, la cual deberá contar con la suficiente capacidad técnico-administrativa, de manera desconcentrada y con participación social, mediante redes de control social sobre el uso de estos recursos.

## CAPÍTULO VI. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

**Artículo 74°. Acceso a los servicios de salud.** Cualquier persona en el país, podrá solicitar la atención en salud, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con su identificación expedida por la Registraduría del Estado Civil, o por otros métodos tecnológicos que permitan la comprobación de su identidad.

**Parágrafo.** En virtud del principio por persona, el Sistema Nacional de Salud brindará cobertura del Sistema Nacional de Salud a la población migrante regularizada y no regularizada, de conformidad con los principios de la ley estatutaria. Igualmente, a los extranjeros con residencia temporal y los turistas, sin perjuicio de que se les exija a estos cobertura de un seguro de salud internacional, contra el cual los Fondos Regionales de seguridad Social puedan generar recobros por los servicios prestados.

**Artículo 75°. Concepto de calidad del servicio de salud.** Se define como calidad del servicio de salud a la materialización real y efectiva de todas las condiciones institucionales para el goce y disfrute del más alto nivel posible de la salud, de conformidad con los elementos de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad profesional, bajo los principios de equidad, solidaridad y universalidad. La calidad se debe materializar como una garantía de la atención en salud de todos los usuarios.

**Artículo 76°. Naturaleza de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud serán únicamente de tres tipos: pública, privada y mixta. Sus relaciones serán de cooperación y complementariedad y no de competencia de mercado.

**Parágrafo.** En virtud del régimen de transición, las disposiciones normativas referentes a las Empresas Sociales del Estado estarán vigentes hasta la reglamentación de las instituciones que en el nuevo sistema entren a cumplir las funciones y competencias asignadas a las ESE antes de la vigencia de la presente ley.

Se conservará toda la estructura locativa y operativa de las Empresas Sociales del Estado a la fecha vigente, para la actualización de la capacidad operativa del sistema.

**Artículo 77°. Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS).** Las Redes Integrales de Servicios de Salud son conjuntos ordenados de servicios, prestados por diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de carácter público, privado o mixto, ubicadas en los Territorios de Salud, relacionadas según la necesidad de atención en salud respaldada con los recursos tecnológicos correspondientes. Las redes de servicios son:

Las redes de servicios son:

- a) Red de Atención Primaria Integral en Salud.
- b) Red de servicios especializados ambulatorios.
- c) Red de servicios de hospitalización, incluye hospitalización domiciliaria
- d) Red de urgencias médicas.
- e) Red Nacional de Laboratorios
- f) Redes integrales de apoyo (vigilancia en salud pública, servicios diagnósticos, farmacéuticos y de tecnologías en salud, y de rehabilitación).

**Parágrafo 1.** El Consejo Nacional de Salud definirá los estándares y mecanismos para la conformación de las redes de servicios en los territorios de salud y la adecuación de las formas de gobierno y participación social en la gestión de los centros y hospitales públicos, con base en la propuesta técnica apoyada en experiencias propias y de otros países, elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social, dando prioridad a la red hospitalaria pública como eje articulador de las redes de servicios en los territorios de salud que se definan. La participación en las redes por parte de las entidades privadas será voluntaria y en concordancia con los lineamientos que establezca el Consejo Nacional de Salud.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

**Parágrafo 2.** El gobierno reglamentará las nuevas tecnologías como telemedicina, el proceso de define en dos etapas: la primera corresponde a la reglamentación técnica y operativa de los sistemas de tecnología de la información y la comunicación, cuyo proceso corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo periodo máximo de reglamentación será de un (1) año, a partir de la vigencia de la presente ley.

**Parágrafo 3.** La segunda etapa reclama el reconocimiento de la telemedicina como un componente de la autonomía médica, cuyos parámetros generales serán definidos en una comisión de expertos del área de la salud, comisión médico-científica que analizará los procedimientos para la atención, el contexto de la distribución geográfica, según las condiciones de las poblaciones dispersas y rurales, el acceso a las tecnologías de la información y la comunicación, la calidad, pertinencia y oportunidad del diagnóstico por medios virtuales según la tipología de necesidades de atención del usuario. El objetivo de la comisión de expertos será garantizar un consenso sobre los criterios generales del cómo se debe garantizar el derecho por medios como la telemedicina, con plenas garantías de calidad y eliminando riesgos sobre las brechas en la desmejora del servicio. La comisión de expertos tendrá un plazo de seis (6) meses para la definición de los estándares generales, a partir de la fecha de expedición de la presente ley.

**Artículo 78°. Autorregulación médica.** Las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán ejecutar reuniones de control de procedimientos y conductas médicas adoptadas por todas las especialidades médico-quirúrgicas; serán de composición plural entre las disciplinas y las especialidades médicas, relacionados con los servicios ofrecidos, cuya función será ejercer la autorregulación colectiva e institucional de las decisiones médicas y prevenir el uso indebido o no justificado de tecnologías, medicamentos y procedimientos.

**Artículo 79°. Procedimiento de resolución de conflicto por parte de los profesionales de salud.** Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o por las juntas médicas de la Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud, utilizando criterios de razonabilidad científica y ética, de acuerdo con la Ley 23 de 1981 (Ley de Ética Médica) o la reglamentación que emane posteriormente a la aprobación de la presente ley.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

**Artículo 80°. Formas de relacionamiento entre las Direcciones Territoriales de Salud y las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud.** Las formas de relacionamiento entre las Unidades Territoriales de Salud y las Instituciones que conforman las Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS) serán de cuatro tipos, según su naturaleza institucional y en atención a un sistema de contabilidad de costos de los bienes y servicios de salud:

- a) Presupuestos anuales financiados con recursos públicos que garanticen el completo funcionamiento de los Centros de Atención Primaria por parte de los Municipios y Distritos, como entidades de carácter público.
- b) Presupuestos anuales financiados con recursos públicos para cada uno de los centros y hospitales públicos del Territorio de Salud, según su complejidad tecnológica y el régimen laboral que se establezca, que garanticen el funcionamiento sin crisis y el pago oportuno del personal de salud de planta que labora en los hospitales, basado en los criterios de la presente ley, por parte de los presupuestos departamentales y distritales, que deben complementar la capacidad institucional de facturación de servicios.
- c) Formas de pago complementarias a los centros y hospitales públicos por servicios integrados que estimulen la calidad de la atención, la accesibilidad, la oportunidad, la aceptabilidad de los servicios de salud, el logro de metas y resultados en salud, la superación de inequidades y el desarrollo del modelo de atención basado en la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (APIS). Con el fin de cualificar continuamente la prestación y atención de los servicios, el Ministerio de Salud diseñará y reglamentará estrategias para reconocer el esfuerzo realizado por cada institución en ese sentido.
- d) Pago por prestación de servicios a las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, por parte de los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud, según las necesidades de la población en el territorio correspondiente.
- e) Formas de pago específicas para servicios prestados en otros territorios de la geografía nacional.

**Parágrafo 1.** Cuanto menor posibilidad de obtener ingresos por facturación de servicios de mediana y alta complejidad tenga un hospital público, por las características poblacionales del territorio que

sirve, mayor presupuesto público debe recibir por parte del departamento o distrito al que pertenece.

**Parágrafo 2.** El Consejo Nacional de Salud definirá el sistema de contabilidad de costos, las formas de contratación y pago a los proveedores directos de servicios y el sistema tarifario para prestadores independientes, con base en propuestas técnicas elaboradas por el Ministerio de Salud y Protección Social, y del Instituto Nacional de Salud, con la participación de los prestadores, los trabajadores y los profesionales de la salud, con especial atención a la protección de la red hospitalaria pública.

**Parágrafo 3.** Se entienden derogadas, a partir de la expedición de la presente ley, las normas previas que condicionan la entrega de recursos de los Fondos Territoriales a las instituciones hospitalarias, relacionadas con regímenes de seguridad social en salud diferenciales o poblaciones no aseguradas, que dejan de existir con la presente ley.

**Artículo 81°. Prestación de servicios médicos asistenciales.** La prestación de los servicios médicos asistenciales a los ciudadanos incluye la baja, mediana y alta complejidad, ambulatoria y hospitalaria, con todos sus servicios médicos y de apoyo para el diagnóstico y la complementación terapéutica, de rehabilitación y regreso a las actividades normales de cada persona tratada, así como todas las especialidades aprobadas o convalidadas reguladas por el Ministerio de Educación Nacional.

**Artículo 82°.** Igualmente, incluye los servicios de atención prehospitalaria de urgencias, el transporte de pacientes y los servicios farmacéuticos, aplicando los estándares de reconocimiento del desarrollo jurisprudencial, posterior a la vigencia de la ley estatutaria, a todas las decisiones administrativas en materia de salud.

**Artículo 83°. Integración de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).** Todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas, privadas y mixtas, harán parte de la red de servicios del Sistema de Seguridad Social en Salud. Para integrarse a las redes, las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y mixtas declararán por escrito su decisión de adscripción voluntaria a la red departamental o distrital donde estén habilitadas.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

**Artículo 84°. Adscripción de instituciones privadas y mixtas a la red de servicios.** La adscripción es un proceso por el cual la institución prestadora de servicios de salud privada se acoge a los mandatos de la presente ley y se compromete a no discriminar ningún paciente del Sistema Nacional de Salud que le sea remitido para los servicios habilitados en su institución, como también a aceptar el tarifario único y las condiciones para el pago de dichos servicios, dictados por el Ministerio de Salud y Protección Social y, finalmente, se obliga a tener en operación permanente un Comité Médico que analice el uso racional y eficiente de procedimientos, medicamentos e insumos al interior de la institución, así como en las órdenes médicas y fórmulas tramitadas hacia el exterior, acorde a principios de economía y los protocolos científicos disponibles.

**Artículo 85°. Servicios Farmacéuticos.** Las instituciones que dispensen medicamentos en el Sistema de Seguridad Social en Salud deberán habilitar dicho servicio, de acuerdo con la normatividad que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Industria y Comercio, elaborará el plan de acción y precisará los criterios del mercado que regirá para los distribuidores farmacéuticos, el plan de acción se deberá proyectar en el primer año de vigencia de la presente ley y deberá garantizar la participación de los distribuidores farmacéuticos en la deliberación y la toma de decisiones.

**Artículo 86°. Servicio único de atención prehospitalaria y extrahospitalaria.** Las Direcciones Municipales y Distritales de Salud tendrán bajo su responsabilidad el servicio único de atención prehospitalaria de urgencias, que podrá ser integrado con otros servicios de emergencia, como cuerpos de bomberos o Cruz Roja y tendrán igualmente a su cargo la coordinación de la red de urgencias, así como los servicios de atención básica domiciliaria a personas con limitación de la movilidad y a las personas sin hogar o en precaria condición social.

**Artículo 87°. Atención Primaria Integral en Salud (APIS) en el centro de la Red de Servicios.** La Atención Primaria Integral en Salud (APIS) es una estrategia que busca, mediante tecnologías y métodos sociales, clínicos, técnicos, tecnológicos y científicos, proveer asistencia esencial, continua e integral a las personas, familias y comunidades, directamente y como “primer elemento de asistencia sanitaria” de alta calidad, costo efectivo, multi y transdisciplinaria.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

**Artículo 88°.** La atención primaria tiene un alcance mayor que el componente asistencial básico de los servicios curativos, involucra la territorialización, el fortalecimiento de la participación social efectiva que empodera a la población en la toma de decisiones, la gestión intersectorial y la integralidad de los servicios individuales y colectivos con un enfoque de salud familiar y comunitaria.

**Artículo 89°. Adscripción para atención primaria.** Todos los ciudadanos deberán estar adscritos a un Centro de Atención Primaria en función de la cercanía a su lugar de residencia.

**Parágrafo.** Los ciudadanos podrán solicitar la atención primaria de manera temporal en un sitio diferente al que se encuentra inscrito originalmente, mediante previa solicitud por escrito.

**Artículo 90°.** Las Direcciones Municipales y Distritales de Salud deberán desarrollar estos centros para garantizar los servicios básicos, incluido un adecuado servicio de apoyo diagnóstico, y para dar sede a los programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de la participación social en las distintas áreas geográficas del territorio.

En centros urbanos, deberán planificar como objetivo a mediano plazo el desarrollo de un Centro de Atención Primaria Integral en Salud (APIS) por cada 20.000 habitantes, con todos los componentes de atención básica y los correspondientes servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico. En centros urbanos con alta densidad poblacional estos servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico podrán unificarse por cada tres centros de atención primaria.

**Artículo 91°. Acceso a los Servicios.** Para acreditar sus derechos y acceder a cualquier servicio de salud, el ciudadano o residente en el país, únicamente requerirá su documento de identidad.

**Artículo 92°.** Los procesos administrativos generados en el proceso de prestación de los servicios, tales como referencia y contrarreferencia, traslados, hospitalizaciones, ordenes de servicios, suministros de medicamentos e insumos, deberán realizarse en forma interinstitucional, nunca trasladados dichos trámites al paciente o a sus familiares. Se prohíbe todo proceso administrativo de autorizaciones para la prestación de servicios.

**Artículo 93°. Sistema de referencia y contrarreferencia: Referencia de pacientes.** Su función es programar y efectuar el traslado de pacientes entre IPS de distinto nivel de complejidad en función

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**



de sus necesidades de atención y la capacidad resolutoria de las instituciones. Se considera que una referencia ha sido resuelta cuando se programa, se remite al paciente en medio de transporte adecuado, medicado y seguro, y se obtiene la atención solicitada, ambulatoria u hospitalaria, solicitada por su médico tratante desde la institución remitora. **Contrarreferencia es el** retorno informado sobre la continuación de los cuidados en su centro de atención primaria y su vivienda.

**Artículo 94°.** Cuando el ciudadano haya optado por recibir servicios médicos básicos distintos de su centro de atención primaria, asignado en función de su residencia, pero requiera del Sistema servicios de mayor complejidad, deberá tramitarlos necesariamente desde el Centro de Atención Primaria.

**Artículo 95°. Proceso Interinstitucional.** Para garantizar la accesibilidad, continuidad, integralidad, pertinencia y continuidad de la atención en salud, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes a través de la red de servicios será un proceso interinstitucional, mediado por instancia técnicas denominadas Coordinaciones Municipales, Departamentales, Regionales y Nacional de la Red de Servicios.

**Artículo 96°.** Cada Institución de salud, sin importar su naturaleza, deberá tener en funcionamiento permanente una Oficina de Referencia y Contrarreferencia de pacientes. Toda solicitud de referencia y traslado de pacientes debe orientarse por estas oficinas, que deberán gestionar la consecución del servicio requerido en la institución de mayor complejidad, con el apoyo de la Coordinación Municipal, Distrital o Departamental de la Red de Servicios. Toda contrarreferencia debe ser igualmente dirigida por estas Oficinas.

**Artículo 97°.** Cada Dirección Departamental o Distrital de Salud conformará una Oficina de Coordinación de la Red de Servicios.

**Artículo 98°.** Cada Región constituirá una Oficina de Coordinación Regional de la Red de Servicios, dependiente de la Dirección Regional de Salud y el Fondo Regional de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 99°.** A nivel Nacional se conformará una Coordinación Nacional de la Red de Servicios Especiales para suplir necesidades de atención que requieran superar los límites regionales, para tratamientos en instituciones especiales no disponibles en muchas regiones.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

**Artículo 100°. Principio de contigüidad.** Cuando en el municipio de residencia del usuario tenga la disponibilidad de servicios especializados de mediana o alta complejidad, deberá ser atendido allí y no podrá remitirse a otros municipios, salvo que se demuestren serias falencias en el servicio o problemas específicos que lo justifiquen.

**Artículo 101°.** Igualmente, la red de servicios y la ruta de atención debe cumplir el principio de contigüidad, de tal modo que los pacientes no sean remitidos a servicios especializados en ciudades lejanas, cuando en las ciudades próximas a su residencia estén disponibles dichos servicios especializados.

**Artículo 102°.** Las excepciones a este principio deben demostrar serias falencias del servicio, o condiciones particulares que la justifiquen, para decidir la remisión a una ciudad distante del municipio de residencia del afiliado.

**Artículo 103°. Coordinación Departamental o Distrital de la Red.** La instancia de Coordinación Departamental o Distrital de la RED, estará conformada por la oficina y el equipo humano, encabezado por profesionales de salud con postgrado en áreas de administración de salud o salud pública, encargada de administrar el Sistema de Referencia y Contra-referencia (ruta de la salud), coordinar la referencia de pacientes entre las instituciones de atención básica y las instituciones con servicios de mediana y alta complejidad en cada departamento, más el proceso de traslado de pacientes.

**Artículo 104°.** Deberá tener línea abierta permanente con las IPS que prestan los servicios de mediana y alta complejidad de la red en el departamento, para organizar y garantizar la atención oportuna de los afiliados. Igualmente, ofrecerá a las instituciones de la RED comunicación abierta y permanente con la Coordinación Regional para organizar las referencias a las instituciones que prestan servicios de alta complejidad en otros departamentos de la región.

**Artículo 105°.** La Coordinación Departamental o Distrital de la RED deberá disponer de una plataforma tecnológica para garantizar la comunicación interinstitucional entre las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la red, capaz de brindar soporte 24 horas, los siete días de la semana.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

**Artículo 106º.** La plataforma debe contener módulos de gestión de información de los servicios de la red, que permitan agenciar debidamente cada solicitud de remisión ante las instituciones de mayor complejidad, así como el seguimiento y registro de toda referencia y contra-referencia.

**Artículo 107º.** La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la Auditoría Medica.

**Artículo 108º.** La plataforma debe tener la capacidad de generar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe bimestral a la Gobernación Departamental, a la Dirección Regional de Salud y al Ministerio de Salud y de Protección Social.

**Artículo 109º.** En Distritos y municipios de mayor tamaño las Direcciones Territoriales de Salud podrán crear una o varias oficinas de Coordinación del Sistema de referencia y contrarreferencia, en la medida del tamaño poblacional y la multiplicidad de instituciones de atención primaria.

**Artículo 110º. Coordinación Regional de la Red.** La instancia de Coordinación Regional de la RED, está conformada por la oficina y el equipo humano, encabezado por profesionales de salud con postgrado en áreas de administración de salud o salud pública, encargada de administrar y coordinar los procesos asistenciales y administrativos de los servicios de alta complejidad.

**Artículo 111º.** La Coordinación deberá depender de la Dirección Regional de Salud y debe ser constituida por el Consejo Regional de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 112º.** La Coordinación Regional de la RED deberá tener línea abierta permanente con las coordinaciones departamentales para atender los requerimientos de referencia de pacientes, así como comunicación estrecha con las direcciones médicas de las IPS que prestan los servicios de alta complejidad en la región o fuera de ella, para garantizar la atención oportuna de los afiliados.

**Artículo 113º.** La Coordinación Regional de la RED deberá disponer de una plataforma tecnológica para garantizar la comunicación interinstitucional entre las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la red, capaz de brindar soporte 24 horas, los siete días de la semana. Así mismo, la plataforma debe contener módulos de gestión de información de los servicios de la red, que permitan agenciar debidamente cada solicitud de remisión ante las instituciones de mayor complejidad, así como el seguimiento y registro de toda referencia y contrarreferencia.

**Parágrafo.** La coordinación regional de la red debe garantizar el cumplimiento de todos los estándares del sistema único de información.

**Artículo 114°.** La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la Auditoría Médica. Debe tener la capacidad de generar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe bimestral al Consejo Regional de Seguridad Social en Salud y al Ministerio de Salud y de Protección Social.

**Artículo 115°. Evaluación de la Prestación de Servicios de la Red.** Cada Coordinación Territorial de la Red debe producir un informe semestral de Evaluación de la Red de Servicios, que será presentado ante la autoridad territorial, los cuerpos colegiados del respectivo territorio y el Ministerio de Salud y Protección Social, articulado con el componente de calidad que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) en sus términos y condiciones. Los informes deberán estar disponibles con dos semanas de anticipación para garantizar que los representantes de la comunidad estén debidamente informados antes de participar en el proceso de evaluación.

**Artículo 116°.** La evaluación de la prestación de los servicios de la red se realizará de forma periódica, pero constante, en cada región y departamento, teniendo en cuenta los siguientes atributos:

- a. Conformación y desarrollo de la red y de los prestadores de servicios de salud que hacen parte de esta. Equidad en la distribución de la oferta a las distintas poblaciones del territorio.
- b. Capacidad instalada de la red de servicios y adecuación de la oferta a la demanda de servicios.
- c. Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia
- d. Evaluación periódica de la satisfacción de los usuarios a la red prestadora de servicios de salud
- e. Evaluación de los atributos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC): accesibilidad, oportunidad, pertinencia, suficiencia y continuidad, además del principio de contigüidad propio las rutas integrales de atención.
- f. Evaluación de indicadores de Gestión, de cumplimiento e impacto de la red de prestación de servicios de salud.

## CAPÍTULO VII. MODELO DE ATENCIÓN

**Artículo 117°. Tipos de bienes y servicios esenciales de salud.** Se entenderán como los bienes y servicios de salud que se requieren, para el goce efectivo del derecho fundamental, de conformidad a la atención por categoría de género, especificidad cultural o étnica, ciclo vital o situación de discapacidad o vulnerabilidad, se complementan según las necesidades de las personas, familias y comunidades, con base en la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (APIS).

Los tipos de bienes y servicios de salud son:

- a) Atención Primaria Integral en Salud.
- b) Servicios ambulatorios y hospitalarios especializados.
- c) Programas de control de problemas y enfermedades de interés en Salud Pública.
- d) Prestaciones económicas.

**Parágrafo.** El Consejo Nacional de Salud, con base en propuesta de reglamentación presentada por el Ministerio de Salud y Protección Social, definirá los compromisos específicos de cada tipo de servicios, con base en los criterios señalados en la presente Ley. Esta definición deberá ser adaptable al contexto en el lenguaje y el contexto intercultural, para tener en cuenta las especificidades territoriales y culturales, el perfil epidemiológico y la superación de inequidades relacionadas con la situación socioeconómica, la etnia, el género, el ciclo vital de las personas o grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad (desplazamiento, discapacidad, habitante de calle, prostitución, entre otros).

**Artículo 118°. Atención Primaria Integral en Salud (APIS).** Con base en los principios ordenadores de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad, calidad y vínculo, para cumplir la función principal de coordinación de la atención integral de las personas, familias y comunidades, los componentes esenciales de la APIS que definirán los compromisos de las instituciones prestadoras son:

- a) Identificación, con participación comunitaria, de las condiciones sociales que inciden en la calidad de vida y la salud, así como las inequidades entre grupos de la población según su ubicación territorial.

- b) Formulación, con participación comunitaria, de políticas y planes intersectoriales orientados hacia la disminución de inequidades y mejoramiento de calidad de vida y salud en territorios específicos, con énfasis en alimentación sana y suficiente, vivienda digna y saludable, agua potable, saneamiento, salud ambiental y en el espacio público, salud ocupacional y control de violencia interpersonal e intrafamiliar.
- c) Acciones específicas, con equipos transdisciplinarios, dirigidas al ambiente y a las personas para promover la calidad de vida y la salud general y ocupacional de las poblaciones, educar en salud, promover la no violencia, proteger la vida y prevenir enfermedades generales, laborales y accidentes de tránsito.
- d) Servicios de atención ambulatoria programada, con alta capacidad resolutive, general y especializada básica, con enfoque familiar y comunitario, que incluye educación en salud, protección específica, prevención, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades crónicas, rehabilitación, cuidado paliativo, atención odontológica, salud sexual y reproductiva, salud visual, atención integral de la gestación, parto y puerperio, salud mental.
- e) Servicios farmacéuticos y de tecnologías en salud, en el marco de la política nacional de medicamentos, insumos y tecnologías en salud.
- f) Servicios de apoyo diagnóstico de laboratorio e imagenología de primero y segundo nivel tecnológico ambulatorio.
- g) Atención médica domiciliaria o cuidado domiciliario o paliativo, a quien lo requiera por la condición patológica o por discapacidades o limitaciones severas para el desplazamiento.
- h) Atención de urgencias de primero y segundo niveles tecnológicos y atención de parto normal y de mediana complejidad.
- i) Seguimiento de pacientes referidos y contrarreferidos de los servicios especializados ambulatorios, de hospitalización y de urgencias de tercero y cuarto niveles tecnológicos.
- j) Coordinación intersectorial, con sistema de referencia y contrarreferencia a otros sectores según caracterización de salud familiar y comunitaria.
- k) Información sistematizada y electrónica en salud, tanto de tipo personal (historia clínica única) como de tipo poblacional, con la estructura de la vigilancia en salud, para medir resultados, efectos e impactos en calidad de vida y salud, con perspectiva de equidad y de garantía del derecho a la salud.

**Artículo 119°. Servicios ambulatorios y hospitalarios especializados.** Los componentes de los servicios ambulatorios y hospitalarios especializados, que definirán los compromisos de los prestadores, son:

- a) Servicios ambulatorios especializados que requieran mediana y alta tecnología.
- b) Servicios de hospitalización de mediana y alta complejidad, incluidos los cuidados intermedios e intensivos.
- c) Suministro de medicamentos e insumos de mediano y alto costo, incluido el servicio farmacéutico, en el marco de la política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud.
- d) Servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, de baja, mediana y alta complejidad.
- e) Servicios de rehabilitación de mediana y alta complejidad, de corto y largo plazo, incluidas prótesis y órtesis.

**Parágrafo.** Los servicios ambulatorios y hospitalarios especializados estarán siempre articulados con la Atención Primaria Integral en Salud (APIS) y deberán configurar Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS), según el diseño realizado por el Territorio de Salud correspondiente.

**Artículo 120°. Servicios médico-asistenciales. Servicios de baja complejidad.** Los servicios médico-asistenciales de baja complejidad serán dirigidos y prestados por los equipos profesionales, técnicos y auxiliares de los centros de atención primaria de los municipios y distritos.

**Artículo 121°.** La oferta de servicios deberá garantizar el acceso oportuno, georreferenciado, teniendo en cuenta principios de equidad distributiva, según composición demográfica, características poblacionales y del territorio, determinantes sociales y morbimortalidad de los distintos habitantes del municipio o territorio, y deberá desarrollar igualmente los servicios móviles de oferta activa que sean necesarios para garantizar el cuidado de la salud y el acceso a los servicios de las poblaciones dispersas.

**Artículo 122°.** Los servicios médico-asistenciales de baja complejidad se prestarán simultánea e indivisiblemente con las actividades normadas de prevención en salud. Estos centros de atención primaria y sus servicios serán financiados directamente con recursos de los Fondos Municipales de Salud y todos sus trabajadores serán empleados públicos o trabajadores oficiales.

**Artículo 123°.** Todos los distritos y municipios deberán desarrollar un plan de inversión en Centros de Atención Primaria a diez años, buscando disponer como mínimo de un Centro por cada 20.000 habitantes, conforme a los principios señalados.

**Artículo 124°.** Los Centros de Atención Primaria Integral en Salud (APIS), en pequeñas poblaciones que no dispongan de instituciones que presten servicios de mediana complejidad, deberán contar con capacidad hospitalaria para servicios de baja complejidad.

**Artículo 125°.** El Ministerio de Salud y Protección Social conformará una comisión que estudie durante un año (a partir de la expedición de la Ley) llevar a calificación de baja complejidad muchos servicios diagnósticos que son indispensables en la prestación de la atención básica y que hasta la fecha han sido calificados como de mediana complejidad. La propuesta deberá ser aprobada por el Consejo Nacional de Salud.

**Artículo 126°. Servicios de mediana y alta complejidad.** Los servicios médico-asistenciales de mediana y alta complejidad serán prestados por las instituciones hospitalarias y ambulatorias públicas y privadas que se integren a la red de servicios del territorio o la región.

**Artículo 127°.** La oferta de servicios deberá garantizar el acceso oportuno, georreferenciado, teniendo en cuenta principios de equidad distributiva, según composición demográfica, características del territorio, determinantes sociales y morbilidad de los distintos grupos poblacionales de cada departamento o distrito.

**Parágrafo:** Las instituciones hospitalarias deberán fortalecer los programas domiciliarios de atención, el monitoreo a distancia de pacientes y los servicios de hospitalización domiciliaria, entendiendo que la responsabilidad sobre la continuidad e integralidad del manejo del paciente no se limita a los días de hospitalización, ni al trabajo realizado al interior de los muros hospitalarios.

**Artículo 128°.** Todos los departamentos y distritos deberán desarrollar un plan de inversión y desarrollo de Hospitales que garanticen la oferta de la totalidad de los servicios de mediana complejidad, a diez años, hasta disponer como mínimo de un centro hospitalario con servicios de mediana complejidad por cada 100.000 habitantes, conforme a los principios señalados.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**



**Artículo 129°.** La inversión será prioritaria para las zonas y grupos poblacionales donde exista déficit de oferta tanto pública como privada de la totalidad de los servicios en este nivel de complejidad. Igualmente deberá incluir para estas poblaciones con déficit de servicios la garantía de transporte medicalizado por vía terrestre, fluvial, marítima o aérea.

**Artículo 130°.** Las instituciones de la red que presten servicios de mediana complejidad deberán prestar apoyo permanente a los Centros de Atención Primaria de su área de influencia, por una parte para fomentar el acercamiento de la tecnología especializada en salud al paciente, mediante procesos de telemedicina para reducir la necesidad de movilidad del paciente y para coordinar con los centros de atención primaria las rutas de atención y los protocolos de atención de las enfermedades prevalentes, especialmente las patologías crónicas.

**Artículo 131°.** **Pago de los servicios de salud de mediana y alta complejidad.** Las atenciones médicas de mediana y alta complejidad derivadas de los servicios de urgencia o prestados en respuesta a remisión o solicitud de los Centros de Atención Primaria o las Coordinaciones Distritales o Departamentales de la Red, serán pagados por los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud a las tarifas únicas y obligatorias que fije el Gobierno Nacional para la prestación de servicios en todo el Sistema.

**Artículo 132°.** Las instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios de salud deberán presentar las cuentas de servicios solicitados y prestados al respectivo Fondo Regional de Salud, Fondo que pagará el 80% de su valor dentro de los 30 días siguientes a su presentación, reservando el 20% restante a la revisión y auditoría de estas.

**Artículo 133°.** El Fondo cancelará únicamente servicios de baja complejidad si estos están necesariamente asociados a la prestación de servicios centrados en atenciones de mediana y alta complejidad.

**Artículo 134°** Los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud dispondrán de oficinas departamentales de Recepción, Revisión y Auditoría de Cuentas Médicas en cada distrito y capital de departamento de la Región. Igualmente, cada oficina departamental o distrital contará con una Dirección de Auditoría Médica y Evaluación de Calidad de la RED.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

**Artículo 135°.** Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% del valor de estas, la institución facturadora entrará de inmediato bajo investigación de la Dirección Departamental o Distrital de Salud y los resultados de la investigación serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud.

**Parágrafo:** Los Fondos Regionales de Seguridad Social de Salud organizarán un sistema contratado de auditorías independientes integrales, completamente aleatorias, que no pueda ser intencionalmente direccionado, a las instituciones públicas y privadas que conforman la red de servicios en la región.

**Artículo 136°.** Adicionalmente, si la Auditoría Médica permanente encontrare irregularidades graves en la prestación o facturación por parte de una IPS, las Direcciones Territoriales de Salud deberán ser informadas y podrán exigir a las Coordinaciones Departamentales de la Red la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución.

**Artículo 137°.** En caso de restricción o cierre parcial, las Direcciones Territoriales deberán, así mismo, contratar una auditoría independiente integral a dicha institución, bajo los mismos parámetros establecidos para las auditorías integrales aleatorias de los Fondos Regionales.

**Artículo 138°.** Las instituciones públicas que prestan servicios de mediana y alta complejidad, además de los ingresos por facturas de servicios presentadas a los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud, recibirán recursos para garantizar su funcionamiento por parte de los respectivos fondos Departamentales y Distritales de Salud, recursos que constituirán una proporción mayor, en los respectivos presupuestos, en relación con la dispersión de la población y extensión de su área de influencia, el volumen de atenciones de baja complejidad que deban desarrollar, así como del número de Centros de Atención Primaria bajo su responsabilidad directa.

**Artículo 139°.** Programas de Prevención y Control de riesgos en el Trabajo. Corresponde a los bienes, servicios y acciones coordinadas para la prevención de los riesgos asociados a la actividad laboral, tanto de trabajadores formales como informales y para la investigación de esta problemática de salud.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

**Parágrafo.** El Sistema de Riesgos laborales trasladará al Fondo Nacional de Salud los recursos destinados a la investigación de esta problemática de salud y el 50% de los recursos destinados a la prevención de los riesgos laborales.

**Artículo 140°. Programas de Prevención y Control de Problemas y Enfermedades de interés en salud pública.** Corresponden a los bienes, servicios y acciones coordinadas, intra e intersectorialmente, con la participación de la comunidad y de las redes sociales, en la forma de programas verticales, para el control de las enfermedades de interés en salud pública, según el perfil epidemiológico de los territorios de salud y del país en su conjunto.

Estos programas estarán bajo la directa responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social y de los entes territoriales, con el apoyo y supervisión del Instituto Nacional de Salud (INS).

**Artículo 141°. Prestación de servicios especiales para enfermedades raras o poco frecuentes.** Las instituciones o centros especializados en enfermedades raras serán fomentados por el Ministerio de Salud y Protección Social, con el objeto de garantizar la respuesta diagnóstica y terapéutica requerida para estas patologías para pacientes de toda la nación, independientemente de la ubicación geográfica de la institución o del paciente.

**Artículo 142°.** La prestación de servicios se dará mediante la atención directa de pacientes remitidos desde las coordinaciones departamentales y regionales de referencia y contrarreferencia o bien, utilizando mecanismos de telemedicina u otras TIC, para el direccionamiento y asesoría a las IPS tratantes de mediana o alta complejidad, en el manejo y continuidad del tratamiento de estos pacientes en el respectivo territorio.

**Artículo 143°.** Su desarrollo y servicios serán financiados con recursos de un Fondo específico para enfermedades raras, que hará parte del presupuesto del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Artículo 144°.** El Fondo garantizará el financiamiento y, si se considera necesario, la adquisición y distribución de medicamentos de muy alto costo indispensables para el tratamiento de las enfermedades raras.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**  
**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

**Artículo 145°. Prestaciones económicas.** Las prestaciones económicas son las retribuciones monetarias destinadas para proteger a las familias del impacto financiero de la situación de maternidad, de la incapacidad o la invalidez derivada de una enfermedad general.

**Parágrafo.** El Consejo Nacional de Salud definirá las formas de reconocimiento de estas prestaciones, con base en propuesta técnica elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social, y la experiencia acumulada en el pago de las prestaciones económicas, sin importar la condición de cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas en ningún caso serán inferiores a los que actualmente reconoce el sistema de seguridad social en salud.

## **CAPÍTULO VIII. SISTEMA PÚBLICO ÚNICO INTEGRADO DE INFORMACIÓN EN SALUD (SPUIS)**

**Artículo 146°. Definición.** El Sistema Público Único Integrado de Información en Salud (SPUIS) es de carácter público y está constituido por el conjunto de mecanismos y procedimientos destinados a gestionar la información y el conocimiento para la toma de decisiones en el Sistema Nacional de Salud, con el propósito de organizar ordenada y coherentemente, las operaciones entre los agentes que lo constituyen y, con su actuar permitan y garanticen su funcionamiento, cuyo resultado debe dar cuenta de las necesidades sociales en salud, las respuesta institucional y social, y los indicadores en salud y calidad de vida de la población colombiana, con enfoque de equidad y de determinación social de la salud y la enfermedad. La información deberá ser accesible y estar disponible para la población por diferentes medios, con el fin de fortalecer la participación y el control social en los Territorios de Salud

**Artículo 147°. Características generales.** El SPUIS tendrá como centro de organización el seguimiento de la salud de las personas, las familias y las comunidades. Se organizará en, por lo menos, dos niveles:

- a) **Nivel operativo:** garantizará la producción y el uso de la información para la Atención Primaria Integral en Salud (APIS) de las personas, las familias y comunidades con calidad, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia, por parte de todos los actores para el

funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, comenzando por la historia clínica electrónica única, en todos sus procesos y territorios.

- b) **Nivel estratégico:** dedicado a la transformación y el análisis de la información sobre situación de salud y calidad de vida de la población, para contribuir a la toma de decisiones de las instancias de rectoría y dirección del sistema y de todos los agentes involucrados en ellas.

**Parágrafo 1.** El Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de propuesta elaborada por el Instituto Nacional de Salud (INS), tendrá la responsabilidad de diseñar y desarrollar el Sistema Integrado Público Único de Información en Salud (SPUIS) y de garantizar el compromiso de todos los actores del sistema con la calidad y la fluidez de la información para su buen funcionamiento. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá un año para la puesta en marcha de este sistema de información. Debe diferenciar dos tipos de contenidos a) Información económica y b) Información clínica

**Parágrafo 2.** Cada 4 (cuatro) años se efectuarán encuestas nacionales de salud con representatividad territorial, que permitan evaluar los estados de salud a nivel territorial y del país para el establecimiento de políticas públicas y aplicación de recursos hacia el logro del mayor nivel de equidad posible.

**Artículo 148°. Prescripción médica.** La realizará el médico por medio electrónico que le permita acceder a las tecnologías en salud, no contempladas dentro de los criterios de exclusión, en cuyo caso, es sistema debe informar automáticamente de esta característica, es decir, no financiable con recursos públicos de la salud, sino a través de tutela o por Autorización de la Junta de Profesionales de que trata el Art. 15º de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

**Artículo 149°.** Los medicamentos serán identificados por el sistema con su denominación común internacional (conocida como denominación genérica), su principio activo, laboratorio productor, precio autorizado y demás características establecidas por el SPUIS. El aplicativo debe contener información del número total de prescripciones efectuadas en todo el Sistema Nacional de Salud a la fecha y las del año inmediatamente anterior, además deberá incluir los diagnósticos respectivos y si la prescripción es la inicial o cambio por su ineficacia o los efectos secundarios.

**Artículo 150°. Tecnología de Información y Comunicaciones al servicio de la Atención en Salud.** La integración de las redes de servicios incluirá la conversión de múltiples referencias y contrarreferencias, por necesidades de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica, en interconsultas especializadas a distancia mediante TIC para aumentar capacidad y resolutivez del médico de atención básica o de los programas de prevención secundaria.

**Artículo 151°.** Las IPS que ofrecen servicios básicos de salud deberán integrar en sus instalaciones, progresivamente, la mayoría de los servicios diagnósticos de mediana complejidad, así como la interconsulta con especialistas en línea, de modo que se suprima la necesidad de referir para diagnóstico un buen porcentaje de los pacientes. Ello no impide que se remita al paciente cuando se considere necesario una valoración más detallada por parte del especialista.

**Artículo 152°.** La incorporación de tecnologías de información y la comunicación en salud, tanto en el área administrativa como asistencial, son obligatorias. El modelo de atención exige el compromiso de incorporar estas tecnologías en las redes de servicios de salud con el propósito de fomentar el acercamiento de la tecnología especializada en salud al paciente, en lugar de la movilidad del paciente para acercarlo a la tecnología; también exige la relación y conectividad de la red prestadora con las instituciones de atención primaria y la interoperabilidad de la historia clínica electrónica entre sus actores, así como la automatización del sistema de referencia y contrarreferencia, con su respectiva trazabilidad.

## **CAPÍTULO IX. PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL**

**Artículo 153°. Definición.** La participación es un derecho y un deber fundamental que se materializa en la intervención consciente, activa y vinculante de las personas en los procesos de atención y de toma de decisiones, individuales y colectivos en todo el Sistema Nacional de Salud. La participación ciudadana es ejercida por las personas, de manera autónoma, en cualquier instancia del sistema. La participación social es ejercida por formas organizadas de la sociedad, por mecanismos de representación o de participación directa en las decisiones o en la gestión de la salud integral.

**Artículo 154°. Ámbitos de la participación ciudadana y social.** La participación vinculante de las personas y de las comunidades organizadas podrá ser ejercida en los siguientes ámbitos:

- f) **Participación en los procesos cotidianos de Atención Primaria Integral en Salud (APIS).** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud desarrollarán procesos y procedimientos para el libre ejercicio de la autonomía de las personas en materia de salud, de manera que puedan expresar, mediante consentimiento informado y consciente, su aceptación o rechazo de cualquier procedimiento o intervención que implique riesgos razonables, técnicos y morales.
- g) **Participación en la exigibilidad del derecho.** Las Instituciones que participan en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud deben establecer mecanismos y escenarios, suficientes y eficaces, para impulsar la exigibilidad de este derecho por parte de las personas y las organizaciones sociales, tanto en el interior de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud como en las diferentes instancias de inspección, vigilancia y control, y del sistema judicial.
- h) **Participación en las políticas públicas en salud.** El Sistema contará con reglas, mecanismos y escenarios para fomentar y desarrollar la participación informada, activa, vinculante y efectiva de los ciudadanos y las organizaciones sociales en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas con salud y seguridad social, y en la veeduría y el control social de los planes, programas e instituciones dedicadas al manejo de recursos para la salud y la seguridad social en los diferentes niveles territoriales. Se podrán establecer comités, círculos o consejos de participación en salud en los micro territorios o divisiones locales de los territorios de salud, como parte del desarrollo de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS), los cuales podrán tener delegados para la organización periódica de asambleas, congresos o conferencias regionales y nacionales de salud que permitan incidir en las políticas públicas de salud, a través del Consejo Nacional de Salud.
- i) **Consulta previa a las comunidades étnicas.** El mecanismo de participación de las comunidades étnicas será la consulta previa como derecho fundamental consagrado en la Constitución y las leyes, el cual deberá garantizar el consentimiento previo, libre e informado respecto del desarrollo del enfoque diferencial en las políticas de salud y seguridad social, y promover procesos de desarrollo de la interculturalidad en salud.

- j) **Participación en inspección, vigilancia y control.** La ciudadanía que participe individualmente o representada en organizaciones sociales, podrá, de acuerdo con la norma correspondiente a tal efecto, hacer veedurías en salud, desde el ámbito micro territorial hasta el nacional, en coordinación con los organismos de control principales del sistema, como son la Superintendencia Nacional de Salud, la Procuraduría General de la Nación y la Contraloría General de la República.

**Parágrafo.** El Consejo Nacional de Salud, con base en propuesta técnica del Ministerio de Salud y Protección Social, definirá la forma de adecuación de los actuales mecanismos de participación social y ciudadana, su integración, fortalecimiento y financiación en los territorios sanitarios, y los procedimientos para vincular la veeduría y el control social a la Red de Controladores del Sector Salud que coordinará la Superintendencia Nacional de Salud.

**Artículo 155°. De los Comités Hospitalarios de Ética.** Las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán conformar comités institucionales u hospitalarios de ética, de carácter plural, constituidos por personal profesional y no profesional de la misma institución, representantes de las comunidades de los territorios de salud a los que sirven, abogados, eticistas y bioeticistas. Su función fundamental será el análisis de los dilemas éticos que se presenten en la actividad clínica, en los servicios comunitarios o en la investigación en salud que comprometa personas y ofrecer asesoría, orientación y apoyo a los tomadores de decisiones clínicas y de investigación en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la materia, con el aval del Consejo Nacional de Salud.

## **CAPÍTULO X. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL**

**Artículo 156°. Autonomía Política, Administrativa y Financiera.** La Superintendencia Nacional de Salud gozará de autonomía política, administrativa y financiera, para definir sus enfoques, políticas, acciones, metas e indicadores, con fundamento en los límites definidos por el ordenamiento jurídico colombiano.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**



**Artículo 157°. Enfoques generales de la inspección, vigilancia y control.** Las funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema Nacional de Salud serán ejercidas por la Superintendencia Nacional de Salud con el apoyo de la red de control social que defina el Consejo Nacional de Salud para cada territorio de salud, con base en propuesta reglamentaria del Ministerio de Salud y Protección Social.

**Parágrafo.** La Superintendencia Nacional de Salud garantizará la operatividad y funcionamiento de oficinas de la entidad tanto a nivel central del Gobierno Nacional como en todos los territorios de salud, en virtud del principio de descentralización. Sus funciones son la inspección y vigilancia permanentes del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, el cumplimiento de las funciones de los Consejos Nacional y Territoriales de Salud, de la Comisión Transectorial y del Ministerio de Salud en la ejecución de los programas de salud pública, ejerciendo con oportunidad y eficiencia todas las acciones necesarias de control pertinentes para garantizar la protección del Derecho Fundamental a la Salud. La oficina central de la Superintendencia es ente de segunda instancia sobre las decisiones que sean adoptadas en las sedes territoriales.

**Artículo 158°. Inspección.** Se definen como actividades de Inspección a las acciones ejecutadas por la Superintendencia, para conocer el funcionamiento e integridad del Sistema de Salud e iniciar y establecer si es necesario realizar las investigaciones, estudios y análisis que conduzcan a la identificación, minimización o eliminación de riesgos, amenazas, fallas o problemas que sean obstáculo o impedimento para garantizar la materialización efectiva del derecho.

**Artículo 159°. Vigilancia.** Se define como Vigilancia a las acciones ejecutadas para prevenir que los riesgos, amenazas, fallas o problemas se materialicen o sigan generando en el tiempo; es una actividad preventiva en sobre el sistema en su conjunto y su funcionamiento.

**Artículo 160°. Control.** Son las acciones ejecutadas, para denunciar ante los entes de control correspondientes e intervenir o sancionar a los integrantes o actores del sistema que generen los riesgos, amenazas, fallas o problemas en contra de la garantía de materialización efectiva del Derecho Fundamental a la Salud, con el fin de controlar y corregir estos comportamientos.

**Artículo 161°. Alcance de los Objetivos.** Los objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud referentes a instituciones, funciones, lineamientos u otros criterios que entren en contradicción con la finalidad de la presente ley, deberán ajustarse o modificarse en su sentido y alcance con el propósito de brindar concordancia y coherencia con los parámetros definidos en la presente ley.

**Artículo 162°.** En referencia a las funciones de su competencia, la Superintendencia Nacional de Salud tendrá como criterios de interpretación los principios, enfoques y objetivos de la presente ley, cuya principal función corresponde brindar todas las garantías de vigilancia, control, regulación y prevención de riesgos sobre la vulneración del derecho fundamentales a la salud, con el propósito de brindar de forma preventiva un esquema institucional de protección para garantizar una adecuada ejecución del sistema y el servicio.

**Artículo 163°.** Será también función de la superintendencia brindar garantías de progresividad en el Sistema Nacional de Salud en lo relacionado con la integralidad de la prestación del servicio, la prevención de riesgos y en el marco de la protección del derecho fundamental por vías administrativas, en la prestación del servicio

**Artículo 164°.** La Superintendencia Nacional de Salud priorizará la implementación de mecanismos político-administrativos para la protección integral del derecho, que ofrezcan a la ciudadanía instrumentos diferentes a la acción de tutela para que puedan ser resueltos por la misma Superintendencia bajo los criterios de oportunidad, celeridad y eficacia para la protección del derecho fundamental a la salud.

**Parágrafo 1.** A partir de la vigencia de la presente ley la Superintendencia Nacional de Salud y el Consejo Superior de la Judicatura definirán en el plazo de tres meses una agenda por el término de un (1) año para implementar estrategias que eviten la judicialización del Sistema Nacional de Salud, incorporando cuatro parámetros: 1. la compilación de toda la jurisprudencia vigente en materia de salud de forma anual, 2. el fortalecimiento institucional de la Superintendencia en la resolución de controversias o conflictos en el acceso y prestación de servicio en el marco del sistema, 3. la cualificación de los operadores del sistema judicial en el conocimiento sobre la reforma del Sistema Nacional de Salud y 4. las garantías materiales e institucionales del acceso a la información, entendido este como un determinante social de la salud.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

En ninguna circunstancia, el fortalecimiento de la Superintendencia como órgano de control y vigilancia podrá constituirse en barrera de acceso a la administración de justicia. Las garantías de protección del derecho deben ser plenas en el Sistema Nacional de Salud y en el sistema de administración de justicia.

**Parágrafo 2.** Los criterios definidos para las funciones y competencias de la Superintendencia Nacional de Salud antes de la vigencia de la presente ley referentes a las Entidades Promotoras de Salud, solo estarán vigentes durante el periodo de transición.

Culminados los términos de vigencia del periodo de transición, las funciones referentes a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) quedan derogadas ante la no continuidad de la existencia de estas figuras.

**Parágrafo 3.** En virtud del régimen de transición, las instituciones que a partir de la vigencia de la presente ley deban surtir procesos de modificación en sus competencias y funciones, están en la obligación de culminar, en el marco del debido proceso, aquellos que se estén tramitando a la fecha, garantizando principalmente el goce del derecho de la salud en la continuidad de la prestación de los servicios de salud que estén recibiendo los pacientes, independiente de la complejidad de los mismos.

**Artículo 165°. Ámbito de Inspección, Vigilancia y Control en el Régimen de Transición.** En virtud del régimen de transición, la Superintendencia Nacional de Salud conserva a su cargo todas las funciones y competencias sobre el Sistema Integrado de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social, sobre las instituciones que existen en el actual sistema, las instituciones que requieran procesos de reestructuración, liquidación o modificaciones en sus competencias y funciones, brindando las garantías de aplicación de los principios y estándares de la Ley Estatutaria en Salud (LES) Ley 1751 de 2015.

**Artículo 166°. Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.** Se incorporan como nuevas funciones de la Superintendencia Nacional de Salud, las siguientes:

- a) Inspeccionar, vigilar y controlar el manejo financiero del Fondo Único Público para la Salud, de los Fondos Territoriales de Salud, y en general de todos los recursos que ingresan y egresan del sistema, aplicando como estándar la vigilancia preventiva.

- b) Velar por el cumplimiento satisfactorio por parte de los Fondos Territoriales de Salud y todos los Prestadores de Servicios de Salud, públicos y privados.
- c) Desarrollar procesos de descentralización de la inspección, vigilancia y control en los territorios de salud.
- d) Desarrollar un sistema de quejas y reclamos de fácil acceso y trámite, con cobertura nacional y manejo descentralizado, en coordinación con el sistema judicial y con capacidad sancionatoria, regido por el principio de celeridad.
- e) Rendir informe anual al Consejo Nacional de Salud en el cual se presente el análisis de los problemas y fallas detectadas en el funcionamiento del sistema en su conjunto y proponer medidas correctivas.
- f) Garantizar la vigilancia y control sobre todos los procesos que se requieran en el marco del régimen de transición, con especial énfasis en la rendición de cuentas, los procesos de liquidación y transformación de las entidades promotoras de salud.
- g) Empezar las acciones que faculte el ordenamiento jurídico ante riesgos de inferencia o interferencia de las ramas del poder público en el marco de la autonomía política, administrativa y financiera de la Superintendencia.
- h) Garantizar la prestación integral de los servicios en las sedes ubicadas en los territorios de salud, en el marco de una Estructura nacional de vigilancia y control.
- i) Implementar todas las acciones que se requieran bajo una política de calidad y trazabilidad, con el propósito de brindar condiciones de operatividad y eficiencia en las nuevas funciones que le atribuye la presente ley, modificando los procedimientos que se requieran o creando los manuales de gestión de los procesos que se instituyen.

**Artículo 167°.** El sistema de quejas y reclamos debe garantizar una respuesta oportuna en el término de 72 horas hábiles, a partir del momento de su radicación, garantizando el reconocimiento pleno de los estándares de protección de derechos que consagra la ley estatutaria del sistema.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

**Artículo 168°.** Los estándares de respuesta deben garantizar un estudio a los hechos del caso, el contexto del usuario, las pruebas aportadas, los estándares del ordenamiento jurídico y la valoración del riesgo.

**Artículo 169°.** Los funcionarios designados para el sistema de quejas y reclamos deben contar con la idoneidad en conocimientos y experiencia para la toma de decisiones, garantizando un análisis clínico, psico-social, jurídico y técnico científico.

**Artículo 170°.** El sistema de quejas y reclamos debe garantizar la prestación del servicio de forma permanente (24 horas al día, siete días a la semana)

**Artículo 171°.** En el marco de la Inspección y vigilancia, la superintendencia velará por que los actores e instancias del sistema operen adecuadamente y cumplan con sus funciones, que serán de carácter preventivo y capacidad resolutive en los planes de mejoramiento para la prestación de los servicios.

**Artículo 172°. Nombramiento Del Superintendente Nacional De Salud.** El procedimiento del nombramiento del Superintendente de Salud se hará por concurso de méritos, coordinado y reglamentado por el Consejo Nacional de Salud, la Comisión Nacional del Servicio Civil-CNSC y el Departamento Administrativo de la Función Pública, con vigilancia y auditoría del Ministerio Público.

**Artículo 173°.** La persona que obtenga el mayor puntaje en el marco del concurso de méritos será posesionada por el presidente de la República como Superintendente Nacional de Salud, por un periodo institucional de cuatro (4) años.

**Artículo 174°.** El manual de funciones, los prerrequisitos y la idoneidad del perfil para postularse al concurso serán elaborados por una comisión integrada por el Consejo Nacional de salud, la Comisión Nacional del Servicio civil-CNSC y el Departamento Administrativo de la Función Pública.

**Artículo 175°.** El procedimiento antes establecido se instituye como garantía de imparcialidad e idoneidad en el nombramiento del Superintendente de Salud en el marco de la autonomía política, administrativa y financiera de la Superintendencia.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

**Parágrafo transitorio.** El concurso y posesión del Superintendente Nacional de Salud, deberá surtir en un plazo de ocho (8) meses a partir de la vigencia de la presente ley.

En el intervalo de tiempo mientras se desarrolla el concurso de méritos, de forma pro tempore el presidente de la República nombrará un Superintendente Nacional de Salud Transitorio, el cual ejercerá el cargo hasta el nombramiento y posesión de la persona que gane el concurso de méritos.

## **CAPÍTULO XI. POLÍTICA NACIONAL DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN EN SALUD**

**Artículo 176°.** Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en salud. De acuerdo con lo establecido en el documento CONPES correspondiente, el Consejo Nacional de Salud formulará cada cuatro (4) años, con seguimiento anual, la Política de Ciencia y Tecnología en Salud, en concordancia con el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación.

**Artículo 177°** La política deberá definir las prioridades de inversión en investigación, desarrollo tecnológico e innovación en salud para el país, según las especificidades territoriales y los recursos definidos por la normatividad correspondiente.

**Artículo 178°** Como complemento a los recursos del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Consejo Nacional de Salud definirá el monto anual de recursos destinados a la investigación, desarrollo tecnológico e innovación en problemas y enfermedades de especial interés en salud pública, provenientes de la subcuenta de Control de Problemas y Enfermedades de Interés en Salud Pública (CEISP) del Fondo Único Público para la Salud, los cuales serán administrados por

el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud y complementados con recursos territoriales para tal efecto, en especial, los del Sistema General de Regalías.

**Parágrafo.-** El Ministerio de Ciencia y Tecnología deberá rendir un informe anual al Consejo Nacional de Salud sobre los recursos recaudados en cada territorio con destino al Fondo de Investigación en Salud, la priorización y destinación de los mismos, así como la ejecución de los recursos del Fondo.

## **CAPITULO XII POLÍTICA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD**

**Artículo 179°.** Política de Medicamentos, Insumos y Tecnologías en Salud. Esta política debe garantizar el acceso a medicamentos, insumos y tecnologías en salud de carácter diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación a toda la población, según su necesidad, para recuperar la salud.

**Artículo 180°** El Consejo Nacional de Salud formulará cada cuatro (4) años, con seguimiento anual, esta política con base en propuestas presentadas por sus integrantes, por el Instituto Nacional de Salud (INS), por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) y por el Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud (INETIS) mediante la cual se establezcan estrategias de regulación

**Artículo 181°** Dentro de las estrategias de regulación se tendrán en cuenta: La compra conjunta de medicamentos esenciales, el respaldo a la producción nacional de moléculas no protegidas por patente, la protección de moléculas con patentes solo en aquellos casos que cumplan estrictamente los criterios que corresponden a una invención y sin perjuicio de lo anterior se aplicarán de ser necesario las salvaguardas de salud contenidas en ADPIC, Declaración de Doha, Decisión 486 de la CAN y toda la normatividad vigente relacionada.

**Artículo 182°** Dentro de las estrategias de regulación se tendrá en cuenta además la provisión descentralizada según perfiles epidemiológicos territoriales, la regulación de precios de

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

medicamentos y tecnologías, la evaluación y regulación del uso de tecnologías e insumos y todos aquellos mecanismos que favorezcan la competencia.

**Artículo 183º** Se priorizará la investigación y desarrollo tecnológico de medicamentos y tecnologías esenciales, la transferencia tecnológica, con estímulos para la producción nacional de medicamentos y tecnologías.

**Artículo 184º** Se garantizará la formación y educación continua farmacológica del recurso humano de salud.

**Parágrafo 1.** Se prohíbe la entrega de cualquier tipo de prebendas o beneficios al recurso humano de salud por parte de empresas o agentes relacionados con la producción, distribución y consumo de medicamentos, insumos, equipos o tecnologías en salud.

**Parágrafo 2.** El recurso humano de salud al que se le compruebe que induzca o prescriba el uso de medicamentos u otras tecnologías de salud que respondan a algún interés o beneficio personal, serán sancionados la primera vez con suspensión de su ejercicio profesional por un año; la segunda vez por tres años y por tercera vez con el retiro definitivo de su ejercicio profesional.

**Parágrafo 3.** El control monopólico por parte de las Fuerzas Armadas para los medicamentos e insumos utilizados en el tratamiento de enfermedades tropicales pasará a las autoridades sanitarias municipales, con un riguroso control en su dispensación para garantizar su uso por prescripción facultativa médica, exclusivamente.

**Artículo 185º. Gestión de las Tecnologías aplicables en salud.** Se realizará a través del Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud (INETIS), apoyado por un Comité Técnico Científico conformado por 5 profesionales del área de la salud, con idoneidad debidamente demostrada en la materia, seleccionados de ternas enviadas por las Facultades de Ciencias de la Salud, Química y Farmacia, Enfermería y Medicina, de las universidades a nivel nacional.

**Artículo 186º** El Comité tendrá como apoyo para el análisis de tecnologías diferentes a medicamentos otros comités ad hoc conformados por Profesores, Titulares o Asociados, de las áreas del conocimiento mencionadas, que demuestren su autoridad científica a través de artículos publicados en Revistas indexadas, especializadas en los temas pertinentes.



**Artículo 187°.** **Adquisición y Distribución de Medicamentos y Tecnologías en Salud.** La adquisición de los medicamentos y tecnologías se hará a través de subasta pública por período anual, en noviembre y con vigencia desde el 1º de Enero del año inmediatamente siguiente, lo cual permite que las empresas productoras de tecnologías planifiquen su producción o realicen alianzas que garanticen las cantidades requeridas; la subasta podrá tener alcance internacional, pero dando preferencias a la producción nacional.

**Artículo 188°** La distribución se hará a través de las redes de comercialización habilitadas para cumplir esta función y el pago lo realizará la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) dentro del mes siguiente a las respectivas entregas, a las instituciones que las realizaron.

**Artículo 189°.** Las entidades habilitadas para entregar medicamentos y tecnologías en salud tendrán buen cuidado de disponer de los productos para los cuales fueron habilitadas y asumirán el trámite y entrega en el domicilio del usuario en el caso de ser requerido y no lo tenga en el momento.

## **CAPÍTULO XIII. POLÍTICA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD**

**Artículo 190°.** **Política de Formación y Educación Superior en Salud.** En concordancia con la evolución de la epidemiología, los indicadores de salud del país en general y de las regiones y territorios en particular, acorde con el concepto de Territorios Saludables, el Consejo Nacional de Salud en coordinación con el Ministerio de Educación formulará cada cuatro (4) años, con seguimiento anual, la Política de Formación y Educación Superior en Ciencias de la Salud.

**Artículo 191°** La política deberá orientar las prioridades de formación de personal según las necesidades para el mejoramiento de la calidad de vida y de la salud de la población, las especificidades territoriales y las competencias demandadas por la Atención Primaria Integral en Salud (APIS), con enfoque familiar y comunitario.

**Artículo 192°** Dicha política deberá estar acorde con las necesidades del Sistema Nacional de Salud y brindar estímulos para la formación de especialistas y subespecialistas en las diferentes profesiones del área de la salud priorizadas.

**Artículo 193°.** La política de formación y educación superior en salud deberá establecer los mecanismos de conformación de convenios y articulación entre las instituciones universitarias formadoras de personal sanitario de tipo técnico, tecnológico y profesional, y las redes integrales de servicios de salud que cuenten con hospitales y clínicas que cumplan los criterios de Hospital Universitario (La ley 1164 en el artículo 13 Parágrafo 2º “define al hospital universitario como *“institución prestadora de servicios de salud (IPS), que proporciona entrenamiento universitario y es reconocido por ser hospital de enseñanza y práctica supervisada por autoridades académicas competentes y que ofrece formación y atención médica en cada uno de los niveles de complejidad. El hospital está comprometido con las funciones esenciales de la universidad, cuales son formación, investigación y extensión”*”).

## **CAPITULO XIV. RÉGIMEN LABORAL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD**

**Artículo 194°.** Régimen y Política Laboral de los trabajadores de la salud. El régimen y política laboral de los Trabajadores de la Salud se conformará de acuerdo con los requerimientos de cantidad, perfiles y organización; y acorde a las características del Sistema Nacional de Salud, constituyéndose en un régimen especial.

**Artículo 195°.** Así mismo, la política deberá incluir los criterios generales para mejorar la calidad y la dignificación del trabajo en salud, tanto profesional como no profesional, estableciendo estabilidad laboral y estímulos salariales y de garantizar la educación continua y de actualización a quienes tengan que trasladarse a lugares ubicados por fuera de las ciudades capitales.

**Artículo 196°.** El Instituto Nacional de Salud, en el año siguiente a la aprobación de la presente Ley, diseñará, organizará y realizará un censo a nivel nacional del recurso humano vinculado al sector de la salud, con el objeto de planificar la satisfacción de las necesidades del Sistema en cuanto a la cobertura de las diversas disciplinas y áreas del conocimiento teniendo en cuenta las variables de cada territorio saludable para satisfacer sus necesidades específicas mediante la planificación de distribución y diseño de los equipos del recurso humano.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

**Artículo 197°.** La Política Laboral de los Trabajadores de la Salud promoverá y articulará el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la salud en condiciones adecuadas de desempeño, gestión y desarrollo de los Trabajadores de la Salud; y se verá reflejada en políticas institucionales de largo plazo que permitan garantizar la calidad de los servicios de salud y el desarrollo integral de los trabajadores como eje fundamental del Sistema Nacional de Salud.

**Artículo 198°.** Se reconocen los trabajadores de salud a través de la determinación de las diferentes disciplinas y áreas del conocimiento en salud, en función de su participación y contribución en la garantía del derecho a la salud en los procesos de promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y paliación de las enfermedades.

**Artículo 199°.** En cumplimiento de las directrices de la OIT, se garantizará la autonomía profesional y la dignidad de los trabajadores y profesionales de la salud.

**Artículo 200°.** Trabajadores de las Instituciones Privadas del Sector Salud. Los trabajadores de las Instituciones Privadas del Sector Salud se regularán por un régimen laboral concertado que tendrá los siguientes criterios:

- a) Las personas vinculadas a las Instituciones Privadas del Sector Salud y por norma general, estarán vinculados por contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo.
- b) Los empleados de libre nombramiento y remoción corresponden únicamente a las funciones o actividades de dirección, conducción y orientación institucionales, cuyo ejercicio implique la adopción de políticas o directrices o la administración y el manejo directo de bienes, dineros y/o valores del Estado.
- c) Las personas actualmente vinculadas a las Instituciones Privadas del Sector Salud continuarán vinculadas y se les respetarán sus derechos adquiridos. El Gobierno Nacional, conjuntamente con las asociaciones de gerentes o directores de las Instituciones Privadas del Sector Salud, en un término no mayor a un año, adelantará el proceso de negociación y concertación con las organizaciones de trabajadores de la salud para determinar la reglamentación del nuevo régimen laboral del sector y de estructura de las plantas de personal, teniendo como base fundamental los principios rectores del artículo 53 de la Constitución Política de 1991 y los siguientes elementos:

1. El carácter permanente de la actividad o funciones a vincular en las plantas de personal serán acordes con la población a atender.
2. Requerimientos reales de las plantas de personal.
3. Escalafonamiento mediante la adopción de la curva salarial que parta del establecimiento del salario mínimo por profesión u oficio, como mecanismos que permitan la incorporación de los trabajadores, el cumplimiento de los precedentes constitucionales y legales sobre formalización laboral e incentive la actualización, el servicio humanizado y con calidad.
4. Criterios de selección e ingreso del personal a vincular en las plantas de personal.
5. Normas sobre incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas.
6. Normas generales de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud.
7. Normas de salud laboral, higiene y medicina del trabajo, que tengan en cuenta los riesgos propios de cada uno de los cargos, desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud, haciendo especial énfasis en las derivadas de los riesgos biológicos y las originadas por radiaciones ionizantes o manejo de químicos, las físicas o de trauma propias de las entidades hospitalarias, sin descuidar los desórdenes musculo esqueléticos y los aspectos psíquicos de origen laboral, como consecuencia de la atención a personas afectadas en su salud.
8. Normas sobre educación continuada y formación profesional que incentiven los convenios de docencia de y servicios, de tal manera que se disponga de los centros de práctica adecuados en todos los niveles de complejidad.

**Parágrafo.** Dentro de los seis meses siguientes a la entrada en vigor de la presente Ley, el gobierno expedirá a través del Ministerio de Salud los correspondientes decretos reglamentarios que contengan la clasificación de los cargos; de igual manera señalará los cargos misionales, tipos de contratación y rangos salariales de los Trabajadores de la Salud.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

**Artículo 201°.** Trabajadores de las Instituciones Públicas del Sector de la Salud. Los hospitales y demás Instituciones de la red pública para la atención en salud dispondrán de un régimen laboral que respetará los derechos adquiridos de los trabajadores de salud y garantizará condiciones dignas de trabajo. Teniendo en cuenta la caracterización de cada uno de los bienes y servicios ofrecidos y contratando laboralmente al recurso humano necesario para el cumplimiento misional.

**Artículo 202°.** El régimen laboral será el general que rige para los empleados públicos. La unidad de gestión tendrá una nomenclatura especial de empleos.

**Artículo 203°.** Los trabajadores de las Instituciones Públicas del Sector Salud se regularán por un régimen laboral concertado que tendrá los siguientes criterios:

- a) Las instituciones públicas, privadas y mixtas del Sector Salud están obligadas a vincular a su personal mediante por contrato laboral conforme a los preceptos de Código Sustantivo del Trabajo, con todos los derechos y prestaciones de ley.
- b) Los empleados públicos de libre nombramiento y remoción corresponden únicamente a las funciones o actividades de dirección, conducción y orientación institucionales, cuyo ejercicio implique la adopción de políticas o directrices o la administración y el manejo directo de bienes, dineros y/o valores del Estado.
- c) Los servidores públicos actualmente vinculados a las Instituciones Públicas del Sector Salud continuarán vinculados sin solución de continuidad y se les respetarán sus derechos adquiridos. En consecuencia, seguirán con el mismo régimen salarial y prestacional que vienen disfrutando, hasta el momento de su retiro, siempre y cuando sea más favorable para el trabajador. El Gobierno Nacional, conjuntamente con las asociaciones de gerentes o directores de las Instituciones Públicas del Sector Salud , en un término no mayor a tres (3) meses, adelantará el proceso de negociación y concertación con las organizaciones de trabajadores y profesionales de la salud para determinar la reglamentación del nuevo régimen laboral del sector y de estructura de las plantas de personal, teniendo como base fundamental los principios rectores del artículo 53 de la Constitución Política de 1991 y los siguientes elementos:

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

1. El carácter permanente de la actividad o funciones a vincular en las plantas de personal.
2. Requerimientos reales de las plantas de personal.
3. Escalafonamiento mediante la adopción de la curva salarial que parta del establecimiento del salario mínimo por profesión u oficio, como mecanismos que permitan que la incorporación de los trabajadores, el cumplimiento de los precedentes constitucionales y legales sobre formalización laboral e incentive la actualización, el servicio humanizado y con calidad.
4. Criterios de selección e ingreso del personal a vincular en las plantas de personal
5. Normas sobre incentivos salariales y no salariales.
6. Normas generales de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones públicas de salud.
7. Normas de salud laboral, higiene y medicina del trabajo, que tengan en cuenta los riesgos propios de cada uno de los cargos, desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud, haciendo especial énfasis en las derivadas de los riesgos biológicos y las originadas por radiaciones ionizantes o manejo de químicos, las físicas o de trauma propias de las entidades hospitalarias, sin descuidar los desórdenes músculo-esqueléticos y los aspectos psíquico-laborales, como consecuencia de la atención a personas afectadas en su salud.
8. Normas sobre educación continuada y formación profesional que incentiven los convenios de docencia de servicios, de tal manera que se disponga de los centros de práctica adecuados en todos los niveles de complejidad.

**Parágrafo.** El Consejo Nacional de Salud definirá, con base en propuesta técnica del Ministerio de Salud y Protección Social y para períodos de cuatro (4) años, una Política Laboral del Sector Salud que permita orientar la distribución de los recursos humanos del sistema en su conjunto, para

superar las inequidades regionales y mejorar la respuesta a las necesidades territoriales en salud, incluyendo una readecuación del Servicio Social Obligatorio en Salud (SSO), sin perjuicio del régimen laboral que se establezca.

**Artículo 204°. Servicio Social Obligatorio (SSO) y Médicos Residentes.** Las plantas del personal de salud que cumplen el Servicio Social Obligatorio (SSO) se articularán especialmente a los equipos de Atención Primaria Integral en Salud (APIS) y a los equipos de atención en donde sean necesarios especialmente en regiones apartadas.

**Artículo 205°.** Así mismo los médicos residentes podrán ser incluidos en los equipos de atención en regiones apartadas según las necesidades de cada región conforme al concepto de Territorios Saludables, mediante convenios entre las autoridades regionales y las instituciones hospitalarias, públicas o privadas, donde estén realizando su práctica de formación especializada. Tanto las personas que integran los equipos de servicio social obligatorio (SSO), como los médicos y médicas residentes, gozarán de todas las garantías laborales establecidas en la presente Ley, bajo la supervisión y control de los médicos especialistas y de las correspondientes instituciones de educación superior.

**Artículo 206°. Recertificación de los Trabajadores de la Salud.** El Ministerio de Salud y Protección Social al cabo de seis (6) meses de entrar en vigor de la presente Ley, establecerá los lineamientos para la recertificación de los trabajadores de la salud.

**Artículo 207°. Proceso de Evaluación.** Cada año se realizará una evaluación de la percepción de los profesionales de la salud sobre los resultados del sistema, así como sobre sus condiciones laborales, y se procederá a realizar ajustes en los aspectos que sean necesarios para garantizar un trabajo digno y la garantía del goce efectivo del derecho a la salud.

**Artículo 208°. Régimen de Transición de los trabajadores de salud.** Se establece un régimen de transición así:

- a) **Régimen laboral de la Red Pública, Mixta y Privada de Hospitales y demás instituciones de atención sanitaria.** De conformidad con lo dispuesto en el numeral 10 del artículo 150 de la

- b) Constitución Política de 1991, revístase al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias para que en el término de seis (6) meses, contados a partir de la fecha de la publicación de la presente Ley, expida normas con fuerza de Ley que contengan la clasificación de empleos, el procedimiento para su vinculación y retiro y, en general, el régimen laboral para los servidores que prestan sus servicios en la Red Pública y Privada de Hospitales y demás instituciones de atención sanitaria de nivel nacional y territorial, con el propósito de garantizar la calidad, calidez, eficiencia y eficacia en la atención.
- c) **Régimen laboral de las Instituciones Privadas del Sector de la Salud.** De conformidad con lo dispuesto en el numeral 10 del artículo 150 de la Constitución Política de 1991, revístese al presidente de la República de precisas facultades extraordinarias para que en el término de seis (6) meses, contados a partir de la fecha de la publicación de la presente Ley, expida normas con fuerza de Ley con las correspondientes directrices para establecer el presente régimen especial para los trabajadores de la salud que se desempeñan en el sector privado.

En todo caso, en el desarrollo de estas facultades se deben respetar los derechos adquiridos y propiciar condiciones dignas de trabajo y el adecuado bienestar social de los trabajadores, en observancia de los principios del artículo 53 de la Constitución Política de 1991.

## **CAPITULO XV. LA AUTONOMÍA PROFESIONAL Y AUTORREGULACION**

**Artículo 209°.** El acto médico es el proceso resultante de la relación entre el médico y su paciente o representante legal, quienes actúan con plena libertad y autonomía, bajo la responsabilidad y compromiso de ambos, con el objeto de tratar y resolver aspectos relacionados con la salud del paciente.

**Artículo 210°.** La dirección del acto médico es responsabilidad del médico tratante, hace parte de ejercicio profesional, se realiza bajo los principios y leyes de la ética, la autonomía médica y la autorregulación por parte del médico tratante y del equipo de los demás profesionales y trabajadores de la salud que participen en él.



**Artículo 211°.** Cuando la evolución de la enfermedad así lo requiera, el médico tratante podrá solicitar el concurso de otros colegas en Junta Médica, con el objeto de discutirle el caso del paciente confiado a su asistencia. Los integrantes de la Junta Médica serán escogidos, de común acuerdo, por los responsables del enfermo y el médico tratante”.

**Artículo 212°.** Entiéndase por Junta Médica, la interconsulta o la asesoría solicitada por el médico tratante a uno o más profesionales teniendo en cuenta las condiciones clínicas-patológicas del paciente.

**Artículo 213°.** El médico tratante garantiza al enfermo o a sus allegados inmediatos responsables, el derecho de elegir al cirujano o especialista de su confianza.

**Artículo 214°.** La frecuencia de las visitas y de las Juntas Médicas, estará subordinada a la gravedad de la enfermedad, y a la necesidad de aclarar el diagnóstico, mejorar el tratamiento o satisfacer el deseo expresado por el enfermo o sus familiares siempre y cuando corresponda esta solicitud a la condición clínico-patológica de aquel.

**Artículo 215°.** El médico no presentará sus servicios profesionales a personas de su familia o que de él dependan en caso de enfermedad grave o toxicomanía, salvo en aquellas de urgencias o cuando en la localidad no existiere otro médico; son familiares del médico: El cónyuge, y los parientes dentro del cuarto grado civil de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil.

**Artículo 216°.** Las discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidas por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores de servicios de salud, utilizando criterios de razonabilidad científica, ética profesional y autorregulación, de acuerdo con el procedimiento que determine la Ley.

## **CAPITULO XVI. RÉGIMEN DISCIPLINARIO Y SANCIONATORIO**

**Artículo 217°. Objeto del Régimen Disciplinario y Sancionatorio.** Tiene por objeto definir las sanciones penales y disciplinarias, articuladas con el control fiscal, en los casos de negación, retraso

u obstaculización de los servicios que comprenden el derecho fundamental a la salud, de los miembros de las Juntas Directivas, los Representantes Legales y demás personas que contribuyan a la misma dentro de las Instituciones que conforman el Sistema de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 218°. Delitos contra la salud.** Adiciónense tres (3) artículos al Capítulo Séptimo del Título I, del Libro Segundo del Código Penal, contenido en la Ley 599 de 2000, así:

- a) Artículo 131A. Omisión o denegación de urgencias en Salud. El que niegue, retrase u obstaculice el acceso a servicios de salud, cuando se trate de atención de urgencia, incurrirá, por ese sólo hecho y sin perjuicio de la pena que le corresponda por los demás delitos que se ocasionen con esta conducta, en prisión de cuarenta y ocho (48) meses a noventa y seis (96) meses.

Cuando se niegue, retrase u obstaculice por omisión el servicio de atención inicial de urgencias, será responsable el jefe, director o coordinador de la unidad de urgencias o aquella persona que, de acuerdo con la normatividad interna de la Institución Prestadora de Servicios de Salud, tenga la función de tomar las medidas necesarias, tendientes a garantizar la adecuada y permanente prestación del servicio de salud.

- b) Artículo 131B. Negativa, retraso u obstaculización de acceso a servicios de salud. El que niegue, retrase, u obstaculice el acceso a servicios o tecnologías contemplados en los planes obligatorios de salud, o no excluidos expresamente, incurrirá por ese sólo hecho y sin perjuicio de la pena que le corresponda por los demás delitos que se ocasionen con esta conducta, en prisión de treinta y dos (32) meses a setenta y dos (72) meses.

Cuando el servicio o tecnología se niegue, retrase u obstaculice por omisión, serán responsables los miembros de la Junta Directiva, los Representantes Legales y demás personas que contribuyan a la misma, de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud.

- c) Artículo 131C. Circunstancias de agravación punitiva. Las penas previstas para los delitos descritos en los dos artículos anteriores se aumentarán de una tercera parte a la mitad, cuando la conducta se cometa:

1. En sujetos de especial protección como niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad.
2. Por el Representante Legal, miembros de la Junta Directiva, auditores, directores, gerentes, interventores o supervisores de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. En los casos en que el empleado actúa siguiendo instrucciones explícitas o implícitas de su superior, esta circunstancia no exime de responsabilidad penal, pero será considerada en la dosificación de la pena.
3. Con desconocimiento de fallos de tutela proferidos en la materia, y especialmente de sentencias de unificación proferidas al respecto por la Corte Constitucional.
4. Para cobrar por los servicios, valores que no corresponden a las tarifas autorizadas o cobrar por servicios que deben ser gratuitos.
5. Sometiendo, o exponiendo a la persona a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, o que le causen o le hagan soportar un sufrimiento evitable.
6. Sometiendo a la persona a cargas administrativas o burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio.

**Artículo 219°. Sujetos disciplinables en el Sistema de Seguridad Social en Salud.** Adiciónese un inciso final al Artículo 53, Libro III Régimen Especial, Título I Régimen de los Particulares, Capítulo Primero de la Ley 734 de 2000 Código Único Disciplinario el cual quedará así:

Sin perjuicio de la responsabilidad que corresponde a los miembros de las Juntas Directivas y Representantes Legales, se aplica este régimen a los funcionarios encargados de la administración y gestión de la prestación de los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud o de las entidades exceptuadas.

**Artículo 220°. Faltas disciplinarias en el Sistema Nacional de Salud.** Adiciónense los numerales 12, 13 y 14 al Artículo 55, de la Ley 734 de 2000, Código Único Disciplinario, los cuales quedarán así:

12. Negar, retrasar u obstaculizar el acceso a servicios o tecnologías contemplados en los planes obligatorios de salud, o que no se encuentren expresamente excluidos.

13. Incumplir o desacatar fallos de tutela en salud.

14. Incumplir cualquiera de las obligaciones establecidas en el Régimen Legal del Sistema Nacional de Salud, relacionados con la garantía de la prestación de los servicios de salud a la población afiliada al Sistema Nacional de Salud.

**Artículo 221°. Sanciones Disciplinarias en el Sistema de Seguridad Social en Salud.** Adiciónese un inciso al Artículo 56 de la Ley 734 de 2000, Código Único Disciplinario, el cual quedará así:

Cuando se trate de las conductas previstas en los numerales 12, 13 y 14 del artículo 55 de este Código, la inhabilidad será para ejercer empleo público, función pública, prestar servicios a cargo del Estado, o contratar con este, y para desempeñarse a cualquier título en cualquier entidad pública o privada perteneciente al Sistema de Seguridad Social en Salud y no podrá ser inferior a diez años.

**Artículo 222°. Criterios para la Graduación de la Sanción Disciplinaria en el Sistema de Seguridad Social en Salud.** Adiciónese el Artículo 57 de la Ley 734 de 2.000, Código Único Disciplinario, así:

Para la graduación de la sanción, respecto de las conductas descritas en los numerales 12, 13 y 14 del artículo 55 de este Código, serán tenidas en cuenta como circunstancias de agravación, la comisión de la conducta:

1. En sujetos de especial protección como niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad.
2. Con desconocimiento de fallos de tutela proferidos en la materia, y especialmente de sentencias de unificación proferidas al respecto por la Corte Constitucional.
3. Incumpliendo sentencias de tutela proferidas sobre el caso específico, con identidad de causa, objeto y partes, o con repetición de la acción o la omisión que motivó una tutela concedida mediante fallo ejecutoriado en proceso en el cual haya sido parte.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

4. Con desconocimiento de las instrucciones o directrices contenidas en los actos administrativos de los organismos de regulación, control y vigilancia o de la autoridad o entidad pública titular de la función.

5. Para cobrar por los servicios, valores que no corresponden a las tarifas autorizadas, cobrar por servicios que deben ser gratuitos o efectuar recobros indebidos.

6. Sometiendo a la persona a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, o que le causen o le hagan soportar un sufrimiento evitable.

7. Sometiendo a la persona a cargas administrativas o burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio

**Artículo 223°. Traslado a la Contraloría General de la República.** Las autoridades en materia penal y en materia disciplinaria pondrán en conocimiento de la Contraloría General de la República toda evidencia que, con motivo de las investigaciones y procesos en casos regulados por la presente Ley, implique la ineficiente o antieconómica gestión de los recursos destinados a la prestación de los servicios de salud, para que se adopten las medidas de control fiscal posterior o de responsabilidad fiscal que correspondan.

Para tales eventos el Contralor General de la República, en ejercicio de sus atribuciones constitucionales, adoptará las medidas especializadas de control posterior para evaluar en los procedimientos de auditoría respectivos, el cumplimiento, desempeño y adecuada utilización de los recursos públicos destinados a asegurar la prestación oportuna de los servicios de salud.

**Artículo 224°. Traslado a los Tribunales de Ética de los Trabajadores de la Salud.** Sin perjuicio de lo anterior las autoridades pondrán en conocimiento de los Tribunales de Ética de cada profesión toda evidencia que, con motivo de las investigaciones y procesos en casos regulados por la presente Ley, impliquen faltas disciplinarias ético profesionales que se presenten por razón del ejercicio profesional.

## **CAPÍTULO XVII. PERÍODO, DISPOSICIONES DE TRANSICIÓN Y VIGENCIA**

**Artículo 225°. Período de transición.** Con el fin de propiciar la adaptación de las Instituciones del Sistema Nacional de Salud a las disposiciones de la presente Ley, se implementarán los precedentes normativos, para garantizar los estándares diferenciales para las comunidades indígenas, supervisando que se consulte a los pueblos étnicos a través de las autoridades y organizaciones representativas bajo los parámetros del ordenamiento jurídico, con el fin de dar cabal cumplimiento al derecho fundamental de la consulta previa en los aspectos del Sistema Nacional de Salud que corresponda, referente a proyectos, programas o presupuestos que pueda llegar a incidir en los territorios.

**Parágrafo 1.** Los criterios deben ser el respeto a la cultura y existencia material de los pueblos tradicionales, sus derechos, concepciones, valoraciones e ideales de comunidad, en el marco del ordenamiento jurídico.

**Parágrafo 2.** Al tenor del artículo 150 de la Constitución Política de 1991, revístese al Presidente de la República por un lapso de seis meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley para que, surtido el proceso de consulta previa con las comunidades indígenas, se expida un decreto ley que defina las características, naturaleza y forma de funcionamiento del nuevo sistema de salud en los territorios indígenas preservando la interculturalidad y la participación de las comunidades y sus autoridades tradicionales en la expedición de esta norma.

**Artículo 226°. Disposiciones transitorias.** La transición de los actuales sistemas de salud y riesgos profesionales al Sistema de Seguridad Social en Salud se realizará con base en las siguientes disposiciones transitorias:

- a) El Consejo Nacional de Salud será conformado por convocatoria del Ministerio de Salud y Protección Social, durante los primeros tres (3) meses de vigencia de la presente Ley.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

- b) El Gobierno Nacional pondrá en funcionamiento el Fondo Único Público para la Salud durante los primeros seis (6) meses perentorios posteriores a la vigencia de la presente Ley.
- c) El Consejo Nacional de Salud deberá reglamentar las disposiciones de su competencia durante el primer año de vigencia de la presente Ley.
- d) Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) de los regímenes contributivo y subsidiado actuales deberán trasladar el monto de las cotizaciones a la seguridad social en salud al Fondo Único Público para la Salud una vez entre en funcionamiento la Central Única de Recaudo de este Fondo.
- e) El Ministerio de Salud y Protección Social hará un estudio para determinar la deuda que tienen las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que como consecuencia de esta Ley deberán desaparecer, a fin de establecer los mecanismos de pago, en coordinación con los organismos de control que adelantan investigaciones sobre la apropiación indebida de recursos públicos de la seguridad social en salud por parte de dichas entidades.
- f) El Gobierno Nacional asumirá el pasivo prestacional y el saneamiento fiscal de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, en especial, los prestados a la población pobre no asegurada por parte de la red pública, con énfasis en los hospitales universitarios, para lo cual hará un corte a 31 de diciembre de 2016.
- g) Durante los treinta días siguientes al momento de la aprobación del presente proyecto de ley, el Consejo Nacional de Salud, el Ministerio de Industria y Comercio y el sector empresarial conformarán una mesa de estudio para analizar las condiciones de accesibilidad, costos, calidad de los productos y el análisis de variables, condiciones, posturas y precedentes sobre la viabilidad del reconocimiento de los insumos básicos para la gestión menstrual en el marco del sistema nacional de salud. El informe de viabilidad deberá generarse en el plazo de un (1) año a partir de la vigencia de la presente ley.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**

h) **Sistema Nacional de Cuidados.** El Sistema Nacional de Cuidados promueve la creación e implementación de políticas públicas destinadas a atender las necesidades de personas mayores de 65 años en situación de dependencia, niños de 0 a 3 años y personas con discapacidad severa; busca mejorar la vida de las personas dependientes a través de la prestación de cuidados integrales y hacer ver a toda la sociedad su responsabilidad en el cuidado de las personas que no son autónomas. Esta ley ordena que el día hábil siguiente a su aprobación y durante el mes que le sigue, el Ministerio de Salud conformará una mesa de estudio con participación del Gobierno Nacional, las universidades, los representantes de las instituciones que conforman las redes integrales y los representantes de trabajadores de la salud, con el fin de analizar los Cuidados como un determinante de salud en un sistema que identifique y suprima las inequidades surgidas en la destinación del tiempo y los recursos para otorgar Cuidados a quienes lo requieran.

## **CAPITULO XVIII. OTRAS DISPOSICIONES**

**Artículo 227°. Consulta Previa.** Para la reorganización del Sistema Nacional de Salud, se adelantará consulta previa con las respectivas autoridades de los pueblos y comunidades indígenas, en espacios suficientes y adecuados de participación sobre las decisiones que les afectan directamente.

**Artículo 228°. Régimen de transición del Sistema de Seguridad Social en Salud.** El régimen de transición del Sistema de Seguridad Social en Salud, incluidas las entidades y elementos que lo conforman, tendrá un plazo máximo de dos años, que será contado a partir de la vigencia de la presente ley para iniciar su funcionamiento.

Todo lo anterior acorde con los períodos ya señalados así, la conformación del Consejo Nacional de Salud de tres meses para reglamentación y tres meses para su elección; período de transición de las

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**



Entidades Promotoras de Salud, (EPS) o Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) de dos años; período de transición del Régimen Laboral de los Trabajadores de la Salud de seis meses; el proceso de consulta previa con las respectivas autoridades de los pueblos y comunidades indígenas, emisión del decreto ley que defina el nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud en los territorios indígenas de seis meses y todos los demás períodos de transición señalados en la presente ley.

**ARTICULO 229º Vigencia.** Transcurrido el Régimen de Transición de la presente Ley, se derogan todas las disposiciones que le sean contrarias, en particular el libro Segundo y Tercero de la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011 excepto los artículos exceptuados de derogación, los Decretos 1295 de 1994 y los aspectos que le sean contrarios de la Ley 1562 de 2012.

De los y las honorables congresistas,

FIRMAS DE PARLAMENTARIOS QUE PRESENTAN EL PROYECTO A CONSIDERACIÓN DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA.

**Ajustes realizados por la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 conforme a los aportes de la Cumbre Social y Política por la Reforma Estructural al Sistema de Salud, realizada el 6 y 7 de noviembre.**

**DOCUMENTO EN CONSTRUCCIÓN**