

Bogotá D.C, 20 de julio de 2020

Doctor:

Gregorio Eljach Pacheco

Secretario General

Senado de la Republica

Referencia: Radicación Proyecto de Ley **“Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del Sistema de Salud”**

Respetado Señor Secretario:

Reciba un cordial saludo. De conformidad con lo estipulado en los artículos 139 y 140 de la Ley 5 de 1992, presento a consideración del Honorable Senado el Proyecto de Ley **“Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del Sistema de Salud”** iniciativa que cumple las disposiciones correspondientes al orden en la redacción del proyecto consagradas en el artículo 145 de la citada ley.

Por tanto, agradecemos surtir el trámite legislativo previsto en el artículo 144 de la Ley 5 de 1992.

Cordialmente

Los Honorables Congresistas firmantes del proyecto de la referencia

“POR MEDIO DE LA CUAL SE DICTAN DISPOSICIONES ORIENTADAS A GARANTIZAR EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD DENTRO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, DE CONFORMIDAD CON LA LEY 1751 DE 2015, Y LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD”

**CAPÍTULO I.
GENERALIDADES**

Artículo 1. *Objeto.* Por medio de la presente ley se realizan ajustes al Sistema General de Seguridad Salud - SGSSS en el marco del Sistema de Salud, se desarrolla la Ley 1751 de 2015 y se dictan medidas orientadas a su sostenibilidad.

De conformidad con el artículo 4° de la Ley 1751 de 2015, el Sistema de Salud es el conjunto articulado y armónico de principios y normas, políticas públicas, instituciones, competencias y procedimientos, facultades, obligaciones, derechos y deberes, mecanismos y fuentes de financiamiento, controles, información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.* Las disposiciones previstas en la presente ley serán aplicables al Gobierno Nacional, los integrantes del Sistema de salud y demás personas o instituciones que intervengan directa o indirectamente en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Artículo 3. *Funciones esenciales del Sistema de Salud.* El Sistema de Salud tiene como funciones esenciales la salud pública, la protección de los riesgos de enfermedad de los individuos y la comunidad y la prestación de los servicios que conduzcan al mantenimiento, la recuperación de la salud y la paliación.

Artículo 4. *Territorialización del Sistema.* El Sistema de Salud, desde las acciones promocionales, el aseguramiento del riesgo pasando por la operación de redes, hasta la prestación del servicio de salud, tendrá como principio la territorialización, esto es, el reconocimiento de las distintas interacciones que se dan entre las personas y comunidades con sus espacios geográficos y determinantes sociales en salud, más allá de las fronteras político-administrativas.

Artículo 5. *Garantía del derecho fundamental a la salud.* La garantía efectiva del derecho fundamental a la salud se desarrolla a partir de una política pública en salud, que incluya un modelo de atención primaria, un esquema de operación del aseguramiento y de prestación de los servicios para proveer un Plan Único de Salud con un énfasis en la promoción y la prevención. Los mecanismos planteados deberán ser actualizados por el Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo al comportamiento epidemiológico y las condiciones específicas respecto a la población y la disposición de nuevas tecnologías en salud.

Artículo 6. *Integrantes del Sistema de Salud.* Conforman el Sistema de Salud el Ministerio de Salud y Protección Social y sus entidades adscritas y vinculadas, las entidades territoriales, los regímenes excepcionales de salud y sus operadores, las entidades adaptadas, los operadores de planes y pólizas privadas de salud y todos los demás integrantes del SGSSS como las Entidades Promotoras de Salud –EPS, en adelante Aseguradoras en Salud -AS, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, las Administradoras de Riesgos Laborales -ARL, y las restantes entidades que las leyes reconozcan.

CAPÍTULO II.

SALUD PÚBLICA

Artículo 7. *Función esencial de Salud Pública.* La salud pública comprende el conjunto de planes, programas, políticas, estrategias, intervenciones, protocolos y lineamientos dirigidos a mantener la salud individual y colectiva de la población a partir de la promoción de la salud, la gestión del riesgo y la intervención los determinantes sociales y ambientales en el marco de la intersectorialidad con demás sectores, dependencias y agencias del Estado.

Artículo 8. *Plan Nacional de Salud Pública.* El Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de los integrantes del Sistema y demás sectores que intervienen directa o indirectamente en la garantía del derecho fundamental a la salud, formulará, cada 5 años, el Plan Nacional de Salud Pública -PNSP que contendrá todas las acciones dirigidas a fomentar los factores protectores, e intervenir los determinantes sociales y ambientales que afectan la salud, impulsar las acciones de promoción y prevención dirigidas a la reducción de los riesgos poblacionales de salud acorde con las necesidades y problemas de salud de la poblaciones a nivel nacional y territorial. De acuerdo con los modelos de atención se especificarán metas de resultado y de impacto, a nivel nacional y por territorio.

Parágrafo. La Comisión Intersectorial de Salud Pública, creada por la Ley 1438 de 2011, realizará la coordinación y seguimiento del PNSP. A nivel de las entidades territoriales, esta coordinación se realizará a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en salud con la participación de las instituciones y organizaciones comprometidas con los determinantes en salud.

Artículo 9. *Plan Básico de Promoción y Prevención y Gestión de riesgos colectivos.* Con base en las metas y acciones definidas en el PNSP, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá el conjunto de acciones a ser cubiertas a nivel nacional y por cada entidad territorial. Este plan se actualizará cada dos años de acuerdo con los resultados de las evaluaciones efectuadas al PNSP. El Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales establecerán objetivos, metas, indicadores de seguimiento sobre resultados e impactos en la salud pública de las actividades de promoción de salud y la prevención de la enfermedad.

Lo anterior no excluye la corresponsabilidad de las AS, soportadas por el perfil epidemiológico y desviación del costo.

Parágrafo. Con base en las metas del PNSP, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un Sistema de Evaluación continua nacional y territorial del cumplimiento de dicho plan que servirá de base para la evaluación de cumplimiento por parte de las diferentes entidades territoriales y los agentes del Sistema

Artículo 10. *Planes Territoriales de Salud.* Las entidades territoriales tendrán la responsabilidad de caracterizar los principales riesgos epidemiológicos de la población y definir las acciones promocionales, preventivas y de alta externalidad que deberán efectuarse en el respectivo territorio de forma articulada con las Aseguradoras en Salud, sus Redes y demás actores del Sistema de Salud.

Para cada entidad territorial se definirán acciones y metas que deberá desarrollar en cada departamento, distrito y municipio, las cuales serán consignadas en un Plan Territorial de Salud que será formulado y evaluado anualmente. Los resultados de las evaluaciones realizadas por parte de las entidades territoriales serán insumo para la habilitación y permanencia de las AS y la definición de su componente variable del pago.

CAPÍTULO III

GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD.

Artículo 11. *Función de gestión del riesgo en salud.* La gestión integral del riesgo en salud será ejecutada a través del aseguramiento y la salud pública. El aseguramiento se concentra en la gestión de los riesgos individuales de cada persona, coordinada y articulada con los riesgos colectivos y laborales; en la ejecución de los modelos regulados de atención primaria, la prestación del plan de beneficios, la coordinación de la atención y evaluación de las intervenciones sobre la salud de los individuos y su familia.

Parágrafo 1. Las Entidades territoriales serán responsables del riesgo colectivo en coordinación con las AS y los prestadores de acuerdo al Plan de salud Territorial.

Parágrafo 2. Las AS, a través de los diferentes prestadores de servicios de salud que hacen parte de su red, serán responsables del seguimiento al riesgo, búsqueda activa, educación y reforzamiento en riesgos para todos sus afiliados.

Parágrafo 3. Las ARL deberán reportar al Ministerio de Salud y Protección Social, los riesgos laborales de sus afiliados, las prestaciones recibidas y porque conceptos. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá establecer en un máximo de 6 meses un mecanismo de recepción de la información y reportes de información a las AS para la consolidación del riesgo individual de la población.

Parágrafo 4. Las personas tendrán el deber de seguir los lineamientos del autocuidado establecidos en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y la ruta materno- perinatal, al igual que las recomendaciones dadas por el personal de salud como parte gestión integral del riesgo, la adherencia al tratamiento, el cumplimiento de citas y otras que puedan afectar la salud.

El cumplimiento o incumplimiento de tales acciones se reflejará en las cuotas moderadoras, según la reglamentación que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social y en otras medidas de estímulo.

Artículo 12. *Implementación de la gestión integral del riesgo en salud.* Toda AS que desee operar en el territorio nacional, deberá contar con un sistema de información y monitoreo del riesgo de los usuarios, con capacidad para hacer seguimiento e identificar la ejecución de pruebas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, la adherencia a tratamientos e información y educación sobre la enfermedad y sus riesgos, así como la evaluación de la calidad y oportunidad en la atención por parte de los prestadores primarios y complementarios. Dicho sistema se integrará en el marco del Sistema Único Interoperable de Información en Salud.

Artículo 13. *Agrupador Único Nacional.* El Ministerio de Salud y Protección Social definirá un Agrupador Único Nacional con capacidad de integrar procedimientos a partir de diagnósticos en episodios de atención para el manejo de la enfermedad en los diferentes ámbitos de atención.

Este agrupador será utilizado para la evaluación integral de la gestión clínica y la estandarización de los mecanismos prospectivos de pago alrededor del manejo de enfermedad y procedimientos quirúrgicos entre las AS y la IPS.

Artículo 14. *Pago de las intervenciones del nivel primario.* El pago de las intervenciones del nivel primario deberá ser ajustado por las AS al riesgo poblacional y al cumplimiento de las acciones preventivas y asistenciales programadas.

Los incumplimientos reiterados en las metas acordadas deberán tener efectos sobre la habilitación de servicios de la respectiva IPS, de acuerdo con la reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. En el caso de las AS, dichos incumplimientos tendrán efecto sobre sus indicadores de calidad y consecuente reconocimiento del componente variable en el pago de la UPC.

CAPÍTULO IV

ASEGURAMIENTO

Artículo 15. *Función esencial del aseguramiento.* La función esencial del aseguramiento en salud radica en la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores del Sistema de Salud o SGSSS, la gestión integral del riesgo en salud, la garantía del acceso efectivo en la prestación de los servicios de salud, la gestión de la red de servicios y la administración del riesgo financiero.

Artículo 16. *Aseguradoras en Salud.* Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) ajustarán su denominación legal a Aseguradoras en Salud (AS) atendiendo su objeto esencial definido en las Leyes 1438 de 2011 y 1122 de 2007.

Las AS deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional con las redes integradas de servicios de salud que conformen y celebrarán los acuerdos de voluntades con los integrantes de las redes o las asociaciones que se presenten entre ellos u otras AS. Estas redes deberán impulsar el uso de la telesalud, atención de consulta y hospitalización domiciliaria

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones de asociación entre los integrantes de la red, las Asociaciones Público Privadas y los casos excepcionales en que sea necesario contratar con prestadores de forma individual.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá la función de regular los protocolos, programas, procedimientos y mecanismos de compra y pago de intervenciones, insumos y medicamentos que conduzcan a asegurar la cobertura, acceso y manejo eficiente en el uso de los recursos del SGSSS.

Artículo 17. *Depuración del aseguramiento.* Con base en el cumplimiento de la habilitación técnica y financiera de las AS y los planes de cumplimiento aprobados por la Superintendencia Nacional de Salud, esta diseñará e implementará, dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, un plan de depuración del aseguramiento, revocando la habilitación en los casos que corresponda.

Parágrafo 1. Sin perjuicio de la libre elección dentro de la respectiva Área Territorial de Aseguramiento -ATS, la población de los aseguradores que pierdan su habilitación se distribuirá, inicialmente, entre las AS que se encuentren habilitadas o con certificación de permanencia, de acuerdo con el procedimiento definido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 2. Las AS receptoras de la población afiliada, reconocerán al SGSSS un valor por cada usuario asignado, que definirá el Ministerio de Salud y Protección Social equivalente al gasto de administración y mercadeo no asumido en virtud de la asignación. Dicho valor será transferido por tales AS a la ADRES o quien haga sus veces, quien realizará el giro directo a los trabajadores, prestadores y proveedores, establecidos por el agente liquidador de la entidad de la cual provienen los usuarios, de forma independiente a los giros directos que realiza ADRES a las AS receptoras y de forma complementaria al flujo de recursos provenientes de otros rubros de la liquidación.

Parágrafo 3. Por única vez, las actuales EPS podrán transformarse, fusionarse, escindirse o liquidarse, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los 6 meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.

Artículo 18. *Régimen único de salud.* Los regímenes contributivo y subsidiado se integrarán, en un periodo de dos años, en un único régimen con beneficios equivalentes para toda la población

Dentro de ese lapso, se establecerá una compensación por maternidad, para las mujeres beneficiarias del subsidio total de salud o las de contribución solidaria.

Parágrafo 1. En cuanto a la administración de beneficios, los regímenes excepcionales de salud se seguirán rigiendo por sus propias normas. No obstante, deberán garantizar, como mínimo, los derechos y garantías en salud que se definan por parte del rector del sistema.

Parágrafo 2. Para garantizar el derecho fundamental a la salud y la libre elección, la población afiliada a los regímenes de excepción tendrá derecho a trasladarse al Régimen único del SGSSS, para lo cual será requisito la cotización por parte del empleador en las condiciones establecidas en las normas que regulan el SGSSS.

Artículo 19. *Unificación del Plan de Beneficios de Salud.* A partir del 1º de enero de 2022, todas las prestaciones asistenciales en salud requeridas para la población colombiana afiliada al SGSSS estarán integradas y contenidas en un Plan Único de Salud -PLUS-

Artículo 20. *Unidad de Pago por Capitación.* La Unidad de Pago por Capitación (UPC) será reconocida a las AS en función de un componente fijo, establecido de acuerdo a su riesgo individual y otro componente variable con base en el cumplimiento de resultados en salud, basado como mínimo en un sistema de información, seguimiento y monitoreo a indicadores trazadores, que serán definidos y actualizados por el Ministerio de Salud y Protección Social, en un lapso no mayor a 6 meses después de la entrada en vigencia de la presente ley.

Parágrafo 1. En el componente variable, el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la ADRES, podrá hacer ajustes de forma ex post por concentración de riesgos derivados de patologías de alto costo y enfermedades huérfanas.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, definirán las bases del modelo de análisis actuarial para el financiamiento del Plan Único de Salud con el cual se realizarán las actualizaciones anuales.

Artículo 21. *Contribución solidaria.* Adiciónese un párrafo al artículo 242 de la Ley 1955 de 2019, así:

Parágrafo 2. Los afiliados que no cumplan con las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado, hayan finalizado su relación laboral y aportado al SGSSS con un Ingreso base de cotización hasta un (1) salario mínimo legal mensual vigente – SMLMV, podrán permanecer afiliados por un año, contado desde la finalización de la relación laboral, el inicio del periodo de protección laboral o el mecanismo de protección al cesante, cuando aplique, mediante el pago de una contribución solidaria de acuerdo con lo que se determine a partir de la encuesta SISBÉN una vez entre en implementación la metodología IV del SISBEN.

Artículo 22. *Gastos de administración.* El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el porcentaje de la prima de aseguramiento que podrá ser usada en gastos de administración, basado en criterios de eficiencia, estudios actuariales, financieros y criterios técnicos, así como los conceptos que conforman dicho gasto. Este porcentaje no podrá superar el 8% de la prima de aseguramiento.

Artículo 23. *Territorialización del aseguramiento.* El aseguramiento estará circunscrito en Áreas Territoriales de Salud (ATS) mediante la integración de áreas de confluencia departamental y regional, de acuerdo con la reglamentación que el Ministerio de Salud y Protección Social expida.

Toda AS deberá contar, en la ATS respectiva, con la capacidad institucional que permita la gestión integrada de los riesgos individuales en salud de forma coordinada con los riesgos colectivos y laborales, y la cobertura total de los servicios requeridos para el cumplimiento del Plan de beneficios unificado.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá, a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, el tamaño mínimo de operación, según la territorialización en salud para las AS a partir del número de afiliados a nivel nacional y territorial.

La población de las AS que no obtengan el tamaño mínimo de operación en los plazos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, será reasignada de conformidad con la normatividad vigente. Las AS receptoras de la población afiliada, reconocerán al SGSSS un valor, por cada usuario asignado, que definirá el Ministerio de Salud equivalente al gasto de administración y mercadeo no asumido en virtud de la asignación. Dicho valor se girará a la ADRES o quien haga sus veces, quien realizará el giro directo a los prestadores y proveedores, establecidos por el agente liquidador de la entidad de la cual provienen los usuarios, de forma independiente a los giros directos que realiza ADRES a las AS receptoras.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social evitará la presencia de monopolios desde las AS en las ATS.

Parágrafo 3. Los servicios de salud en zonas territoriales de baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, limitado flujo de servicios y accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, podrán ser prestados por una única AS. En el caso de que se decida prestar el servicio a través de una única AS, esta será seleccionada mediante un proceso objetivo adelantado por el Ministerio de Salud y Protección Social y la entidad territorial.

CAPÍTULO V.

MODELO DE ATENCIÓN

Artículo 24. *Modelo de Atención.* El Sistema de Salud colombiano se sustentará en la atención primaria integral con enfoque familiar y comunitario, orientado hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y la gestión integral del riesgo en salud y operativizado a través de rutas integrales de atención. Toda persona estará adscrito a un prestador primario y a un médico con enfoque de familia y comunidad altamente resolutivo, de su libre elección, ubicado cerca al lugar de residencia o trabajo, de acuerdo con la reglamentación que el Ministerio de Salud y Protección expida.

Parágrafo 1. El enfoque familiar y comunitario corresponde al conjunto de herramientas conceptuales y metodológicas que orienta, a través de procesos transdisciplinarios, el cuidado integral de la salud en la población de acuerdo con sus determinantes sociales, el contexto territorial, curso de vida y entornos donde vive, trabaja y se recrea la población.

Parágrafo 2. La coordinación de la atención individual primaria y complementaria estará a cargo de las AS y deberá ser ejecutada de manera integrada por los diferentes miembros de su red de servicios.

Artículo 25. *Información actualizada de las redes de servicios de las AS.* Las AS deberán reportar al Ministerio de Salud y Protección Social, la información actualizada del Prestador Primario al cual se encuentra adscrito cada uno de sus afiliados, así como la red integrada de servicios que lo atenderá.

Artículo 26. *Prestación de Servicios en las Áreas Territoriales de Salud.* En las ATS convergen los Prestadores de Servicios de Salud necesarios para garantizar los servicios y tecnologías del Plan de beneficios unificado y constituyen el ámbito de habilitación de las Redes Integrales de Atención.

Parágrafo 1. La prestación de servicios primarios en red se debe garantizar en el ámbito local, la prestación de servicios complementaria y por centros de excelencia se brindará en el ámbito de las ATS. En todo caso, se obligará la prestación de los servicios según las disponibilidades de cada ámbito local.

Parágrafo 2. En caso de no existir la oferta necesaria y suficiente para la atención complementaria en el ATS, de acuerdo con certificación expedida por la respectiva autoridad sanitaria, se garantizará la atención en el Área más costo-efectiva.

Artículo 27. Aseguramiento y prestación del servicio de salud en zonas de alta dispersión geográfica. Los servicios de salud en zonas territoriales de baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, limitado flujo de servicios y accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, podrán ser prestados por un único Asegurador en Salud (AS).

En el caso de que se decida prestar el servicio a través de un Único Asegurador en Salud, este será seleccionado mediante un proceso objetivo adelantado por el Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud y el o las entidades territoriales correspondientes a la zona.

CAPÍTULO VI.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Artículo 28. *Función esencial de prestación de servicios de salud.* La función esencial de la prestación de servicios de salud será provista por redes integrales de servicios compuestas por prestadores con funciones diferenciadas e integradas bajo un modelo de atención, un plan único de salud y la interoperabilidad de la información sanitaria a lo largo del Sistema.

Parágrafo. Será posible establecer modelos diferenciales de atención de acuerdo con condiciones territoriales o de grupos poblacionales específicos y capacidad instalada de servicios de salud.

Artículo 29. *Integrantes de las Redes Integrales de Servicios.* Son integrantes esenciales de las Redes Integrales de Servicios, todas las instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta con servicios habilitados y proveedores de tecnologías en salud, articulados por niveles de atención a través de las redes de Prestadores Primarios, Prestadores Complementarios y Centros de Excelencia.

Los integrantes de las redes deben contar con recursos humanos, técnicos, financieros, físicos, tecnológicos y de información e incluir los procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud que permita garantizar la gestión adecuada de la atención.

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

Parágrafo. La prestación de los servicios al interior de las Redes Integrales de Servicios no requerirá de la autorización por parte de los AS.

Artículo 30. *Prestador Primario.* El prestador primario es el componente básico del servicio de salud quien velará por la promoción de la salud y mitigar los riesgos en salud de la población, así como también deberá tener la capacidad resolutive para atender la mayor parte de las enfermedades. El componente primario del Plan de beneficios, será reglamentado en un plazo máximo de 6 meses a partir de la expedición de la presente ley.

El prestador primario contará con el apoyo de especialidades, otras profesiones relacionadas con el servicio de salud, apoyo diagnóstico y terapéutico, otros servicios habilitados y tecnologías necesarios para la atención de la población a su cargo, de conformidad con el Análisis de la Situación en Salud (ASIS). En los lugares donde esto no sea posible por razones de acceso, los prestadores primarios deberán contar con servicios de telesalud, equipos móviles de atención, atención domiciliaria tanto ambulatoria como hospitalaria de manera que se garantice el acceso oportuno de la atención.

Parágrafo 1. De conformidad con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, todas las AS deberán implementar el uso de la telesalud, la atención domiciliaria de consulta y de hospitalización.

Parágrafo 2. Las Entidades territoriales, las AS y los prestadores primarios deben concertar y concurrir en modelos de atención primaria extramural de acuerdo al modelo territorial en consonancia con los de aseguramiento. En caso de que no se logre dicha concertación la entidad territorial determinará la forma de operación y financiación de este modelo.

Artículo 31. *Prestadores Complementarios.* Los prestadores complementarios son los prestadores con capacidad de atender el manejo de enfermedades y condiciones que requieran aporte continuo de media y alta tecnología ambulatoria, de internación y ejecución de procedimientos quirúrgicos. Deberán garantizar la integralidad de la atención y su complementariedad a través de las Redes Integrales de Atención.

Artículo 32. *Centros de Excelencia.* Los Centros de Excelencia corresponden a unidades de atención de prestadores complementarios, prestadores independientes o subredes de atención con capacidad de integrar la asistencia, investigación y docencia alrededor de la enfermedad o conjuntos de enfermedades que requieran de alto aporte en tecnología y especialización médica.

Parágrafo 1. Los centros de excelencia deberán tener la capacidad de manejo integral de las enfermedades, condiciones o procedimientos a partir de la cual están definidos, que incluirá entre otras el cáncer, los trasplantes y aquellas enfermedades huérfanas que requieran el aporte continuo de tecnología e investigación.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá y reglamentará los grupos de enfermedad o procedimientos que para su manejo requieran la incorporación de Centros de Excelencia en las Redes Integrales de Atención, así como los regímenes de transición para su creación y habilitación.

Artículo 33. *Atención Integral en Red.* Toda AS deberá garantizar una red integral de prestación de servicios de salud definida en las ATS, cuya conformación se sustentará en los requerimientos del Plan de beneficios el análisis de la situación de salud ASIS del territorio, la caracterización propia de las aseguradoras y las prioridades del Plan Territorial de Salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la capacidad instalada básica de los servicios primarios y complementarios que debe tener cada red integrada en salud, para operar en el municipio, departamento y ATS y las habilitará, previo visto bueno de las respectivas Entidades Territoriales, las cuales y serán vigiladas y controladas por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

CAPÍTULO VI.

HOSPITAL PÚBLICO

Artículo 34. *Empresas Sociales del Estado.* Los hospitales públicos continuarán funcionando como Empresas Sociales del Estado ESE las cuales podrán ser del orden territorial, o constituidas por más de una entidad territorial. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones de su conformación y funcionamiento.

Artículo 35. *Requisitos mínimos para las Empresas Sociales del Estado.* Las características de las ESE deben ser establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social con base en los siguientes elementos:

- 34.1. Modelos tipo de hospitales, servicios y unidades funcionales de acuerdo a las poblaciones, dispersión, oferta de servicios, frecuencia de uso, condiciones de mercados, entre otros, a los cuales las ESE deberán adecuarse.
- 34.2. Determinación de los recursos humanos, físicos, tecnológicos por tipo de hospitales
- 34.3. Determinación de régimen presupuestal acorde con los ingresos, costos, gastos, recaudo, cartera, inversiones y demás relacionados.
- 34.4. Modelos de evaluación de servicios, financiera de gestión, calidad y resultados en salud por tipo de hospital.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá un grupo funcional encargada de la asesoría y asistencia técnica que se requiera para los fines de esta caracterización.

Artículo 36. *Requisitos generales del funcionamiento de las ESE en Redes Integrales de Atención.* Las ESE deberán cumplir con las siguientes exigencias adicionales a las propias de su habilitación:

- 36.1 Deberán funcionar en redes integrales de servicios que podrán ser de naturaleza pública o mixta y podrán participar en varias de ellas.
- 36.2 El portafolio de servicios de las ESE debe corresponder a las necesidades y problemas de la población de su jurisdicción, el tamaño poblacional, las condiciones de mercado, los recursos disponibles, ajustados a los modelos tipo descritos en la presente ley, lo cual debe estar reflejado en el Plan de redes de servicios del departamento o las ATS. Las ESE no podrán habilitar servicios por fuera de este Plan.
- 36.3. Deberán prestar los servicios vitales reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Si la venta de servicios no financia dicha prestación recibirán subsidios de oferta

Parágrafo 1. Será responsabilidad de las entidades territoriales la coordinación operativa y complementariedad de los hospitales públicos que hagan parte de las redes integrales de atención.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá una metodología para la organización de las redes territoriales de servicios de salud que incluya la capacidad instalada, desarrollo de alianzas entre las ESE, integración del portafolios de servicios, gestión y coordinación de los servicios, evaluación de la de factibilidad técnica y financiera de los servicios ofertada de manera que respondan al análisis de situación de salud de la entidad territorial. Así mismo, establecerá estímulos por resultados para las redes de ESE conformadas, así como definirá la metodología para realizar el monitoreo y seguimiento a los indicadores determinados.

Parágrafo 3. Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, las ESE que no tengan sostenibilidad financiera, deberán reestructurarse, fusionarse o adoptar otros mecanismos para alcanzar la viabilidad financiera y de servicios.

Artículo 37. *Política Nacional de Alianzas Público Privadas en Salud.* El Estado podrá realizar Alianzas Público-Privadas para la construcción, dotación, operación, administración delegada, que complemente las redes de atención y propenda garantizar el derecho a la salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones y formas de operación de estas alianzas.

Artículo 38. *Transformación del Instituto Nacional de Cancerología -INC.* Transfórmese al Instituto Nacional de Cancerología en una entidad estatal de naturaleza especial, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, la cual conserva la misma denominación. Actuará bajo las políticas y orientaciones sobre la rectoría en el Sistema de Salud y sus integrantes por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y se articulará con las entidades que hacen parte del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación. Los derechos y obligaciones que a la fecha de promulgación de esta ley tenga el INC continuarán en favor y a cargo del mismo como entidad estatal de naturaleza especial.

De conformidad con lo establecido en el artículo 150, numeral 10, de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias por el término de seis (6) meses, contados desde la fecha de publicación de la presente ley para reestructurar al INC de acuerdo a su nueva naturaleza jurídica y definir su domicilio, objeto y funciones, órganos y estructura de dirección y administración, patrimonio y fuentes de recursos, régimen jurídico administrativo, laboral y contractual.

CAPÍTULO VII.

TRANSACCIONALIDAD Y MECANISMOS DE PAGO

Artículo 39. *Contratación entre agentes del Sistema.* La relación entre los agentes será mediada a través de acuerdos de voluntades que propendan por la gestión integral del riesgo en salud y la garantía del derecho fundamental a la salud y deberán incluir, pero no limitarse, a formas de contratación como pagos globales prospectivos, acuerdos de riesgo compartido, contratos integrales por grupo de riesgo, entre otros.

Independientemente del tipo de contratación que sea implementado entre aseguradoras e IPS, proveedores, operadores logísticos y demás agentes del Sistema, los acuerdos de voluntades deben articularse con el modelo de atención, las Rutas Integradas de Atención en Salud definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y generar incentivos para mejorar la resolutivez del prestador primario y garanticen el acceso al servicio de salud, de manera integral, continua, oportuna y con calidad.

Artículo 40. *Contratación de las entidades territoriales del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC.* Las entidades territoriales deberán contratar las intervenciones descritas en el PIC con los prestadores primarios públicos, dentro del primer trimestre de cada año. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las los aspectos básicos del PIC y la manera para garantizar estas intervenciones a la población beneficiaria.

Artículo 41. *Contratación con la red pública.* En virtud de la unificación de los regímenes, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá las condiciones y porcentajes en la que deberán ser contratados los servicios con la red pública de los ingresos recibidos por las AS, financiados con recursos no provenientes de las cotizaciones.

Parágrafo. En las entidades territoriales donde el Prestador Primario sea monopólico y de naturaleza pública, el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los valores mínimos de contratación asociados a la oferta de servicios, la frecuencia de uso, el cumplimiento de metas de promoción y prevención, indicadores de calidad y resultados en salud. Cuando por efecto de las condiciones particulares, la venta de servicios no soporte la sostenibilidad financiera, el Estado concurrirá, con subsidio de oferta.

Artículo 42. *Repositorio de información de acuerdo de voluntades entre agentes.* Las AS, Entidades territoriales, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, proveedores de medicamentos y suministros y operadores logísticos deberán registrar la información consignada en los acuerdos de voluntades en la plataforma tecnológica definida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicha información debe incluir como mínimo el valor del contrato, el servicio o tecnologías contratadas, la vigencia del contrato, el tipo de contratación y la modalidad de pago.

Parágrafo 1. Los diferentes agentes del sector deberán compartir y exponer los precios negociados entre ellos para las prestaciones médicas, intervenciones terapéuticas, medicamentos y dispositivos. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones para la exposición de información sobre precios en tiempo real para consulta por los diferentes agentes de mercado.

Parágrafo 2. Toda la información generada por parte de los distintos actores del sistema, es de naturaleza pública y debe ser compartida para su análisis y utilización, en el marco de los principios constitucionales y legales de Habeas Data.

CAPÍTULO VIII.

TALENTO HUMANO EN SALUD

Artículo 43. *Sistema de información de disponibilidad del Talento Humano en Salud.* Los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional, en un plazo no mayor a un año a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, deberán tener un sistema de información nacional actualizado sobre la disponibilidad y necesidad del Talento Humano en Salud de médicos, médicos especialistas médico-quirúrgicos, especialidades diagnósticas y terapéuticas, profesionales asistenciales, tecnólogos, auxiliares y ocupaciones a nivel nacional, departamental, municipal y por ATS.

Parágrafo 1. Los resultados del Sistema de Información, que estará apoyado en los estudios de disponibilidad del talento humano en salud pertinentes, serán usados como indicadores para el trámite de aprobación de registros calificados de programas de posgrado de salud a cargo del Ministerio de Educación, para la determinación de los cupos de residencias médicas y los programas de formación para el trabajo, de acuerdo con las necesidades de oferta y demanda identificadas.

Parágrafo. 2. El Sistema Nacional de Residencias Médicas, creado mediante la Ley 1917 de 2018, deberá incluir la proyección de sus recursos, normas y procedimientos que intervienen en el proceso de formación de los profesionales médicos, los resultados diagnósticos y recomendaciones de política del Sistema de información sobre disponibilidad y necesidades del talento humano en salud.

Artículo 44. *Programa Nacional para el Ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina.* Para garantizar el acceso a especialidades médicas en condiciones de competencia y equidad, los Ministerios de Salud y Protección y de Educación Nacional, con apoyo con las demás instituciones concurrentes en dicha instancia, diseñarán el Programa Nacional para el Ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas y terapéuticas en medicina, al interior del Sistema Nacional de Residencias Médicas y definirán los mecanismos para la selección de aspirantes en todo el territorio nacional, los puntajes y rangos para determinar derechos de preeminencia en la aplicación a especialidades médicas por parte de los aspirantes.

Para el ingreso a este programa será requisito la presentación de un Examen Único Nacional de Ingreso, el cual se hará anualmente y será reglamentado por el Ministerio de Educación y el ICFES. Esta exigencia no aplicará al programa de medicina familiar.

Artículo 45. *Oferta de programas de especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina.* Las Instituciones de Educación Superior que ofrezcan especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio en el marco del Sistema Nacional de Residentes, recibirán incentivos para el establecimiento de compromisos de formación de especialistas de acuerdo al análisis Disponibilidad del Talento Humano en Salud en el territorio nacional.

Parágrafo 1. El cumplimiento en los compromisos de formación de especialistas será criterio esencial para la prórroga del registro calificado y la acreditación de calidad de las respectivas especialidades.

Parágrafo 2. El Gobierno nacional diseñará los incentivos para las IES y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio.

Artículo 46. *Denominaciones de especialidades médicas.* El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los estándares de las denominaciones de especialidades médicas a ser reconocidas al interior del SGSSS y que deben ser la base para la definición de programas de especialidad médico-quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos.

Parágrafo 1. Las denominaciones de especialidad médica deberán diferenciar especialidades médicas básicas, segundas especialidades y áreas de certificación de competencias para especialistas.

Parágrafo 2. Las denominaciones de especialidades existentes deberán tener un periodo de tiempo definido para la homologación a las nuevas denominaciones definidas.

Artículo 47. *Currículo Único de Medicina Familiar.* Para garantizar la formación de médicos especialistas en medicina familiar, los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional y las facultades que tengan programas aprobados de medicina familiar diseñarán concertadamente un currículo único para la formación de médicos familiares a nivel nacional.

Parágrafo 1. Para incentivar la formación de médicos familiares, los estudiantes de programas de medicina que quieran cursar el programa especializado de médico familiar podrán acceder al mismo, durante su último año de formación, previamente a la obtención título. En este caso, el año de internado podrá ser utilizado como primer año de formación en medicina familiar y el año de servicio social obligatorio podrá ser homologado con su segundo año de formación en medicina familiar.

Parágrafo 2. Los médicos generales, vinculados a los prestadores primarios, podrán adelantar o acceder a programas de especialización de medicina familiar y comunitaria, en programas mixtos, presenciales, semi presenciales o virtuales. Para dar cumplimiento a estos lineamientos las universidades deberán crear programas en este sentido.

Artículo 48. *Programa de Formación continua en competencias en medicina general.* A partir de la entrada en vigencia de la presente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñará y ejecutará un Programa Nacional Formación y Actualización de competencias de medicina general con enfoque familiar y comunitario, dirigido a los médicos generales que presten sus servicios en prestadores primarios en todo el territorio nacional.

Este programa será ejecutado a través de las AS y las IPS y tendrá como objetivo la actualización de competencias y prácticas ejercidas por parte de los médicos generales, en el marco de la autonomía y autorregulación médica.

Parágrafo. Además de los puntos adicionales en el Examen Único Nacional para el ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñará los mecanismos e incentivos para aquellos médicos que accedan periódicamente a dicho programa.

CAPÍTULO IX.

DIGNIFICACION LABORAL DEL TALENTO HUMANO EN SALUD

Artículo 49. *Principios para la dignificación del talento humano en salud.* De conformidad con el artículo 18 de la Ley 1751 de 2015, serán principios rectores de la relación laboral para la dignificación del talento humano en salud, los siguientes:

- 49.1. Salud en el trabajo y condiciones de espacios laborales. Consiste en la generación de ambientes de trabajo saludable y seguro, propiciando espacios con condiciones que promuevan la salud y la seguridad de las personas, en el que se permita la identificación de los peligros y la intervención para su mitigación y control, garantizado la suficiencia de recursos esenciales para la prestación del servicio de salud.
- 49.2. Estabilidad del personal de la salud por el trabajo desarrollado. La consagración de la estabilidad laboral como condición de dignidad en el trabajo, les da a los trabajadores la confianza en que por el correcto desempeño de sus labores continuarán prestando sus servicios.

- 49.3. Desarrollo, formación, capacitación, actualización de los saberes e investigación. Se refiere al desarrollo de capacidades, destrezas, habilidades, valores y competencias, con el fin de incrementar la capacidad individual y colectiva para contribuir al cumplimiento de la misión institucional, la mejor prestación de servicios a la comunidad, el eficaz desempeño de la labor, el desarrollo personal integral y el crecimiento mutuo del personal de talento humano de la salud y el empleador. Implica el compromiso con la gestión del conocimiento, la investigación e innovación y la actualización continua de los saberes avalados por las comunidades científicas.
- 49.4. Bienestar social. Se refiere a los mecanismos orientados a crear, mantener y mejorar las condiciones que favorezcan el desarrollo integral del talento humano en salud, el mejoramiento de su nivel de vida y el de su familia, la promoción de la salud y la seguridad y el fortalecimiento del equilibrio entre el trabajo y su vida privada.
- 49.5. Respeto a las jornadas laborales y el descanso. Consiste en establecer un sistema de ordenación del tiempo de trabajo equilibrado que permita el descanso del talento humano en salud, la reducción de los índices de ausentismo, rotación del personal y la mejora del clima organizacional.
- 49.6. Incentivos. Se refiere a los mecanismos para reconocer, enaltecer y recompensar el desempeño en niveles de excelencia del talento humano en la salud.
- 49.7. Remuneración. Consiste en recibir de manera oportuna y justa una retribución adecuada como contraprestación directa del desempeño de las funciones o la prestación de servicios en el servicio de salud.
- 49.8. Formalización laboral y respeto por los derechos salariales y prestacionales. Se refiere a la extensión progresiva de la cobertura de los beneficios del sistema de seguridad social en salud, pensiones, riesgos laborales y el reconocimiento efectivo de las prestaciones sociales destinadas a cubrir riesgos y necesidades de los trabajadores.
- 49.9. Viabilidad del servicio de salud respetando los derechos del talento humano en salud. Consiste en el equilibrio entre la capacidad para atender adecuadamente a los usuarios de los servicios de salud y el respeto por el trabajo decente.
- 49.10. Diálogo social continuo y permanente. Consiste en la promoción del consenso y la implicación democrática de los diferentes actores del mundo laboral para mantener un clima organizacional fructífero que permita abordar, solucionar o mejorar las condiciones del talento humano en salud.

Artículo 50. *Prohibición de tercerización laboral para el Talento Humano en Salud.* El personal requerido en toda institución o empresa pública o privada para el desarrollo de las actividades misionales permanentes no podrá estar vinculado a través de figuras que hagan intermediación laboral o bajo ninguna otra modalidad de vinculación que afecte los derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes.

Artículo 51. *Facultades Extraordinarias.* De conformidad con lo establecido en el artículo 150, numeral 10, de la Constitución Política, revístese al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias, por el término de seis (6) meses, contados a partir de la fecha de publicación de la presente ley, para expedir las normas con fuerza de ley que regulen el régimen laboral aplicable a los servidores públicos vinculados a las Empresas Sociales del Estado de la Rama Ejecutiva del orden nacional y territorial.

Los decretos leyes que se expidan en ejercicio de las facultades extraordinarias conferidas deberán estar en el marco de los principios señalados en el artículo 48 de la presente ley y respetar la estabilidad laboral, la primacía de la realidad sobre la formalidad, favorabilidad y los derechos de carrera administrativa.

CAPÍTULO X.

FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD

Artículo 52. *Plan de estabilización y fortalecimiento del aseguramiento en salud.* Una vez finalizado el Acuerdo de Punto Final, todas las AS si ya se han constituido y todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deberán presentar un Plan de Fortalecimiento Patrimonial y Desarrollo Operacional a la Superintendencia Nacional de Salud en el que se detallen: i) las acciones de la entidad para alcanzar los estándares de calidad financiera y técnica dispuestos en la norma, sin perjuicio del cumplimiento de lo dispuesto en la presente ley; ii) los criterios para el reconocimiento, medición, revelación y presentación de los hechos económicos relacionados con el deterioro contable; y iii) los criterios para unificar y armonizar las normas contables.

Este Plan de Estabilización y Fortalecimiento del Aseguramiento en Salud y su ejecución será condición para la habilitación y permanencia del funcionamiento en el SGSSS.

Artículo 53. *Programa de saneamiento financiero del SGSSS.* La Superintendencia Nacional de Salud implementará un programa de saneamiento financiero de las deudas entre Aseguradoras y Proveedores, que contemple las acreencias en mora mayores a 90 días. En caso de incumplimiento en los acuerdos de conciliación, la Superintendencia Nacional de salud informará a ADRES para que descuente directamente de los valores que deba reconocer a las Aseguradoras o IPS y realice giros directos de estas sumas a los acreedores.

Artículo 54. *Giro directo de la UPC.* Los recursos provenientes de la liquidación de la UPC serán girados directamente por la ADRES a los prestadores, proveedores, operadores logísticos y otros agentes del sistema y bajo las reglas que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El giro se realizará teniendo en cuenta la facturación conciliada y reportada mediante el mecanismo de facturación electrónica dispuesto por la DIAN.

Artículo 55. *Creación y objeto del Fondo de Garantías del Sector Salud.* Créase el Fondo de Garantías del Sector Salud como una entidad del nivel descentralizado, de naturaleza única, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente, sometida al derecho público y vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia de acuerdo con su objeto y naturaleza. Deberán inscribirse obligatoriamente en el Fondo, las AS e IPS y aquellas respecto de las cuales la ley establezca la existencia de una garantía por parte del mismo.

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

Parágrafo 1. Las operaciones del Fondo se regirán por esta Ley, por el reglamento que expida el Gobierno Nacional y por las normas del derecho privado.

Parágrafo 2. Para el cumplimiento de sus obligaciones, el Gobierno Nacional creará mecanismos con el fin de que el Fondo pueda acceder a la información reportada por los afiliados a la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 56. *Órganos de Dirección y Administración.* Son órganos de dirección y administración del Fondo de Garantías del Sector Salud: la Junta Directiva y el Director. La Junta Directiva estará compuesta por cinco (5) miembros, así: el Ministro de Salud y Protección Social o su delegado quien la presidirá, un (1) delegado del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, un (1) representante designado por el Presidente de la República, el Director de la ADRES o su delegado y el Superintendente Nacional de Salud o su delegado. El Director será designado por el Presidente de la República.

Artículo 57. *Funciones del Fondo de Garantías del Sector Salud.* Para desarrollar el objeto el Fondo tendrá las siguientes funciones:

- 57.1 En los casos de intervención ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud, designar el liquidador, el agente especial o el administrador temporal de la respectiva entidad y al revisor fiscal, así como efectuar el seguimiento sobre la actividad de los mismos.
- 57.2 Apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y de reorganización de las entidades afiliadas, para lo cual podrá participar transitoriamente en el capital y en los órganos de administración de tales entidades, en cuyo caso el régimen laboral de los empleados de las AS no se modificará.
- 57.3 Organizar y desarrollar el seguro de acreencias para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con el fin de garantizar el pago de sus obligaciones, dentro de los topes de la metodología que señale el Gobierno Nacional.
- 57.4 Definir y recaudar el pago de la prima del seguro de acreencias para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- 57.5 Desarrollar análisis de riesgos financieros para efectos de informar a la Superintendencia Nacional de Salud cuando considere que existen situaciones en las cuales algunas entidades afiliadas ponen en peligro la confianza en el Sistema de Aseguramiento en Salud o incumplen cualquiera de las obligaciones previstas en la Ley, para que la Superintendencia tome las medidas que le corresponden.
- 57.6 Las demás operaciones que autorice el Gobierno Nacional en el marco de su objeto.

Parágrafo 1. Las condiciones para la participación del Fondo en el capital o patrimonio de las AS serán las previstas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás normas aplicables para el caso del Fondo de Garantías de Instituciones Financieras - FOGAFÍN y el Fondo de Garantías de Entidades Cooperativas – FOGACOOOP.

Parágrafo 2. En el caso de las entidades cooperativas, mutuales, las cajas de compensación y en general las entidades sin ánimo de lucro, las asambleas, por solicitud de la Superintendencia Nacional de Salud, podrán disponer la conversión de la entidad en una sociedad de carácter comercial, en circunstancias excepcionales.

Parágrafo 3. El Fondo gozará de las siguientes prerrogativas: a) para todos los efectos tributarios será considerado como establecimiento público; b) estará exento del gravamen a los movimientos financieros, registro y anotación e impuestos nacionales diferentes al impuesto sobre las ventas, no cedidos a entidades territoriales; c) Igualmente, estará exento de inversiones forzosas.

Artículo 58. *Fuentes de recursos del fondo de garantías del sector salud.* El Fondo recaudará y administrará los siguientes recursos para el desarrollo de su objeto en relación con las entidades afiliadas y al pago de los pasivos a su cargo, a saber:

- 58.1 El producto de los derechos de afiliación obligatoria de las AS o IPS de cualquier naturaleza, que se causarán por una vez y serán fijados por la Junta Directiva del Fondo.
- 58.2 Las primas que deben pagar las entidades afiliadas en razón del seguro de acreencias de IPS.
- 58.3 Los beneficios, comisiones, honorarios, intereses y rendimientos que generen las operaciones que efectúe el Fondo.
- 58.4 El producto de la recuperación de activos del Fondo.
- 58.5 El producto de préstamos internos y externos.
- 58.6 Las demás que obtenga a cualquier título, con aprobación de su Junta Directiva.

Artículo 59. Modifíquese el artículo 211 de la Ley 223 de 1995, modificado por el artículo 347 de la Ley 1819 de 2016, el cual quedará así:

“Artículo 211. Tarifas del componente específico del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado. Para el año 2021, las tarifas del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado serán las siguientes:

- a) Para los cigarrillos, tabacos, cigarros y cigarritos, \$4.200 por cada cajetilla de veinte (20) unidades o proporcionalmente a su contenido.
- b) La tarifa por cada gramo de picadura, rapé o chimú será de \$334.

Las anteriores tarifas se actualizarán anualmente, a partir del año 2020, en un porcentaje equivalente al del crecimiento del índice de precios al consumidor certificado por el DANE más cuatro puntos. La Dirección de Apoyo

Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, certificará y publicará antes del 1 de enero de cada año las tarifas actualizadas.

Parágrafo. El 75% de los ingresos adicionales recaudados por efecto del aumento de la tarifa del impuesto al consumo de cigarrillos serán destinados a financiar el aseguramiento en salud. El 25% restante se destinará al fortalecimiento de las acciones relacionadas con el recaudo y presupuestación del impuesto a nivel territorial.”

Artículo 60. Modifíquese el artículo 6 de la Ley 1393 de 2010, modificado por el artículo 348 de la Ley 1819 de 2016, el cual quedará así:

Artículo 6°. *Componente Ad Valorem del Impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado.* El impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado se adiciona con un componente ad Valorem equivalente al 10% de la base gravable, que será el precio de venta al público efectivamente cobrado, según la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional, actualizado en todos sus componentes en un porcentaje equivalente al del crecimiento del índice de precios al consumidor.

Este componente ad Valorem será liquidado y pagado por cada cajetilla de veinte (20) unidades o proporcionalmente a su contenido, por los responsables del impuesto en la respectiva declaración y se regirá por las normas del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado.

Parágrafo 1. Para la picadura, rapé y chimú, el ad Valorem del 10% se liquidará sobre el valor del impuesto al consumo específico de este producto, al que se refiere el artículo 211 de la Ley 223 de 1995.

Parágrafo 2. El componente ad Valorem también se causará en relación con los productos nacionales que ingresen al departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

Parágrafo 3. La participación del Distrito Capital del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado a que se refiere el artículo 212 de la Ley 223 de 1995, también será aplicable en relación con el componente ad Valorem que se regula en este artículo.

Parágrafo 4. La destinación de este componente ad Valorem será la prevista en el artículo 7° de la Ley 1393 de 2010.

Artículo 61. *Límite Máximo del salario base de Cotización.* El límite máximo del salario base de cotización para el sector salud, para trabajadores del sector público y privado, será hasta de 45 salarios mínimos legales mensuales. Esta base será independiente a la base máxima de cotización que existe en el Sistema General Seguridad Social en Pensiones.

Parágrafo. En aquellos casos en los cuales el afiliado perciba salario de dos o más empleadores, o ingresos como trabajador independiente o por prestación de servicios como contratista, en un mismo período de tiempo, las cotizaciones correspondientes serán efectuadas en forma proporcional al salario, ingreso devengado de cada uno de ellos, y estas se acumularán para todos los efectos de esta ley sin exceder el tope legal. Para estos efectos, será necesario que las cotizaciones al Sistema de salud se hagan sobre la misma base.

Artículo 62. Modifíquese el artículo 114-1 del Estatuto Tributario el cual quedará así:

Artículo 114-1. Exoneración de aportes. Estarán exoneradas del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, menos de diez (10) salarios mensuales legales vigentes.

En el caso de las cotizaciones al Régimen Contributivo de Salud estarán exonerados las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, un monto equivalente menor o igual a tres (3) salarios mínimos mensuales legales vigentes

Los consorcios, uniones temporales y patrimonios autónomos empleadores en los cuales la totalidad de sus miembros estén exonerados del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) de acuerdo con los incisos anteriores y estén exonerados del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social en salud de acuerdo con el inciso anterior o con el parágrafo 4o del artículo 204 de la Ley 100 de 1993, estarán exonerados del pago de los aportes parafiscales a favor del Sena y el ICBF y al Sistema de Seguridad Social en Salud correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, menos de tres (03) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

Parágrafo 1. Los empleadores de trabajadores que devenguen diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes o más, sean o no sujetos pasivos del Impuesto sobre la Renta y Complementarios seguirán obligados a realizar los aportes parafiscales y las cotizaciones de que tratan los artículos 202 y 204 de la Ley 100 de 1993 y los pertinentes de la Ley 1122 de 2007, el artículo 7 de la Ley 21 de 1982, los artículos 2 y 3 de la Ley 27 de 1974 y el artículo 1 de la Ley 89 de 1988, y de acuerdo con los requisitos y condiciones establecidos en las normas aplicables.

Parágrafo 2. Parágrafo modificado por el artículo 135 de la Ley 2010 de 2019. El nuevo texto es el siguiente: Las entidades que deben realizar el proceso de calificación de que trata el inciso segundo del artículo 19 del Estatuto Tributario, para ser admitidas como contribuyentes del régimen tributario especial, estarán obligadas a realizar los

aportes parafiscales y las cotizaciones de que tratan los artículos 202 y 204 de la Ley 100 de 1993 y las pertinentes de la Ley 1122 de 2007, el artículo 7o de la Ley 21 de 1982, los artículos 2 y 3 de la Ley 27 de 1974 y el artículo 1o de la Ley 89 de 1988, y de acuerdo con los requisitos y condiciones establecidos en las normas aplicables.

Las entidades de que trata el artículo 19-4 del Estatuto Tributario conservan el derecho a la exoneración de que trata este artículo.

Parágrafo 3. Los contribuyentes del impuesto sobre la renta y complementarios, que liquiden el impuesto a la tarifa prevista en el inciso 1o del artículo 240-1 tendrán derecho a la exoneración de que trata este artículo.

Parágrafo 4 Los contribuyentes que tengan rentas gravadas a cualquiera de las tarifas de que tratan los párrafos 1, 2, 3 y 4 del artículo 240 del Estatuto Tributario, y el inciso 1o del artículo 240-1 del Estatuto Tributario, tendrán derecho a la exoneración de aportes de que trata este artículo siempre que liquiden el impuesto a las tarifas previstas en las normas citadas. Lo anterior sin perjuicio de lo previsto en el párrafo 3o del artículo 240-1.

Parágrafo 5. Las Instituciones de Educación Superior públicas no están obligadas a efectuar aportes para el Servicio Nacional de Aprendizaje.

CAPÍTULO XI

INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y MEDIDAS ANTI EVASIÓN

Artículo 63. *Regulación de Conglomerados Empresariales del Sector Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud tendrá a cargo la regulación de las todas las empresas que manejen recursos de la UPC y de sus holdings en lo concerniente al uso de los recursos de la UPC. Definirá los requerimientos de capital y autorizará las inversiones que hagan en otras empresas del sector salud, buscando reducir el riesgo endógeno y su transmisión a lo largo del sector.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud expedirán, en un plazo no mayor a un año, la reglamentación correspondiente.

Artículo 64. *Medidas Anti Evasión y Elusión.* El Ministerio de Salud y Protección Social, la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) y la DIAN articularán los diferentes sistemas de información y adelantarán de forma conjunta y articulada medidas persuasivas y sancionatorias de acuerdo con la normativa vigente, con el fin de controlar la evasión y elusión en el Sistema de salud.

Parágrafo 1. Con base en la información suministrada por la UGPP, el Ministerio de Salud y Protección Social, la UGPP y la DIAN, adelantarán medidas persuasivas y sancionatorias de acuerdo a la normatividad vigente.

Parágrafo 2. Los Ministerios de Salud y Protección Social, Trabajo, Tecnologías y las Comunicaciones, la DIAN y la UGPP, adelantarán campañas de publicidad y pedagogía sobre la importancia de realizar los aportes correspondientes al Sistema de Seguridad Social y las sanciones derivadas de las conductas de evasión y elusión.

Artículo 65. *Fraude en la afiliación.* Cualquier fraude relacionado con los procesos de determinación de beneficiarios del subsidio total o contribución solidaria en el Sistema de salud, así como evasión o elusión por parte de quienes deban realizar aportes al Sistema de salud, por parte de los afiliados será objeto de investigación por parte de la Fiscalía General de la Nación.

Artículo 66. *Tasa por las funciones de inspección, vigilancia y control a nivel sanitario.* El Instituto Nacional de Salud y las autoridades sanitarias del nivel territorial cobrarán una tasa por las funciones de inspección, vigilancia y control que realicen.

Dicha tasa estará a cargo de personas naturales o jurídicas vigiladas. De acuerdo con el inciso segundo del artículo 338 de la Constitución Política, el Ministerio de Salud y Protección Social fijará la tarifa de la tasa, la cual incluirá el valor por el servicio prestado. El sistema para definir la tarifa de esta tasa es un sistema de costos estandarizables, cuyas valoraciones y ponderaciones de los factores que intervienen en su definición se realizan por procedimientos técnicamente aceptados de costeo. El método seguirá las siguientes pautas técnicas:

- a. Elaboración y normalización de flujogramas para los diferentes procesos con el propósito de determinar sus rutinas.
- b. Cuantificación de recurso humano utilizado anualmente en cada uno de los procesos y procedimientos definidos en el literal anterior.
- c. Cuantificación de los costos y programas de tecnificación y modernización de la operación de los servicios.
- d. Estimación de las frecuencias de utilización de los servicios generadores de la tasa.

CAPÍTULO XII

OTRAS DISPOSICIONES.

Artículo 67. *Periodo de transición.* Después de la entrada en vigencia de la presente ley, el Gobierno Nacional y los demás actores competentes tendrán 2 años de transición para la puesta en marcha del Modelo de Atención Primaria en Salud y sus Redes de Prestación de Servicio con sus respectivos médicos familiares y equipos de telemedicina o atención móvil.

Artículo 68. *Vigencia.* La presente ley entra en vigencia después de su publicación y deroga el numeral 5 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, el artículo 6° de la Ley 1438 de 2011 y todas las disposiciones que le sean contrarias.

De los Honorables Congresistas,



FABIAN CASTILLO SUAREZ
Senador de la República



CARLOS ABRAHAM JIMÉNEZ
Senador de la República



DAIRA GALVIS MENDEZ
H. Senadora de la República.

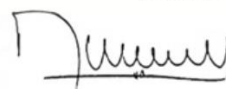


JOSÉ LUIS PÉREZ OYUELA
Senador de la República



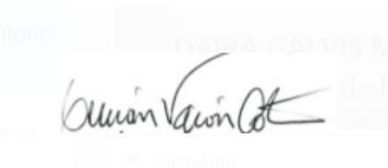
DIDIER LOBO CHINCHILLA

Senador de la República



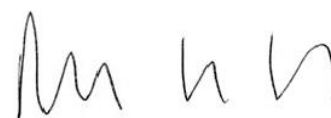
EDGAR DIAZ CONTRERAS

Senador de la República



GERMAN VARON COTRINO

Senador de la República



RODRIGO LARA RESTREPO

Senador de la República



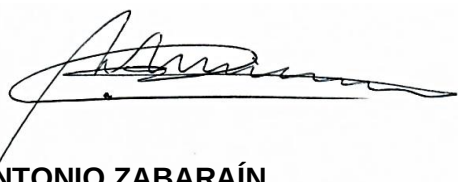
ARTURO CHAR CHALJUB

Senador de la República



RICHARD ALFONSO AGUILAR VILLA

Senador de la República



ANTONIO ZABARAÍN

Senador de la República



TEMÍSTOCLES ORTEGA

Senador de la República



ANA MARÍA CASTAÑEDA

Senadora de la República



CARLOS FERNANDO MOTOA SOLARTE
Senador de la República



MAURICIO PARODI

Representante a la Cámara



JOSÉ AMAR SEPÚLVEDA

Representante a la Cámara



CESAR LORDUY MALDONADO

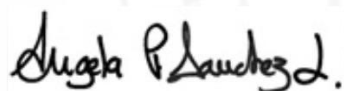
Representante a la Cámara



MODESTO AGUILERA VIDES
Representantes a la Cámara
Departamento del Atlántico

MODESTO AGUILERA VIDES

Representante a la Cámara



ANGELA SÁNCHEZ LEAL

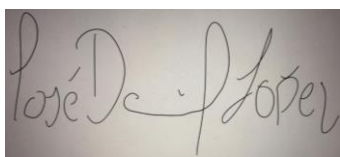
Representante a la Cámara



OSWALDO ARCOS BENAVIDES

OSWALDO ARCOS BENAVIDES

Representante a la Cámara



JOSÉ DANIEL LÓPEZ JIMÉNEZ

Representante a la Cámara



JORGE BENEDETTI

Representante a la Cámara



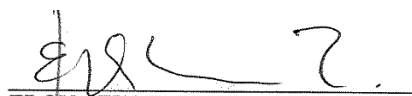
GUSTAVO PUENTES DÍAZ

Representante a la Cámara



ERWIN ARIAS BETANCUR

Representante a la Cámara



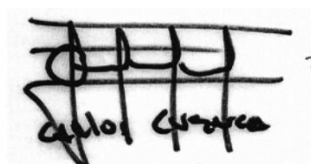
ELOY QUINTERO ROMERO

Representante a la Cámara



NÉSTOR LEONARDO RICO RICO

Representante a la Cámara



CARLOS CUENCA CHAUX

Representante a la Cámara



AQUILEO MEDINA ARTEAGA

Representante a la Cámara



JULIO CÉSAR TRIANA QUINTERO

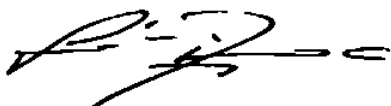
Representante a la Cámara



CARLOS MARIO FARELO DAZA
Representante a la Cámara

CARLOS MARIO FARELO DAZA

Representante a la Cámara



JOSÉ LUIS PINEDO CAMPO

Representante a la Cámara



JAIME RODRÍGUEZ CONTRERAS
Representante a la Cámara
Departamento del Meta

JAIME RODRÍGUEZ CONTRERAS

Representante a la Cámara

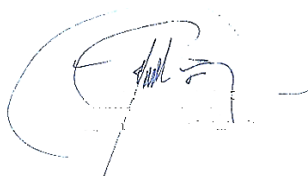


BAYARDO BETANCOURT PÉREZ

Representante a la Cámara

CIRO FERNÁNDEZ NÚÑEZ

Representante a la Cámara



JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA

Representante a la Cámara



ATILANO GIRALDO ARBOLEDA

Representante a la Cámara



JORGE MÉNDEZ HERNÁNDEZ

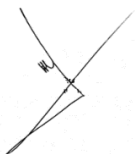
JORGE MÉNDEZ HERNÁNDEZ

Representante a la Cámara



SALÍM VILLAMIL QUESSEP

Representante a la Cámara



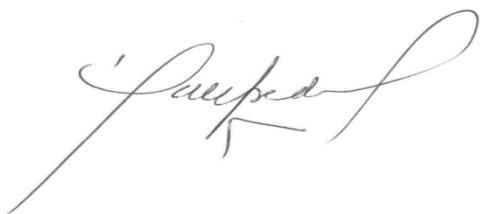
HÉCTOR VERGARA SIERRA

Representante a la Cámara



ÓSCAR ARANGO CÁRDENAS

Representante a la Cámara



EFRAÍN JOSÉ CEPEDA SARABIA

Senador de la República



SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

Senador de la República



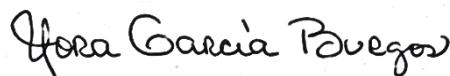
JUAN SAMY MERHEG MARÚN

Senador de la República



DAVID ALEJANDRO BARGUIL ASSIS

Senador de la República



NORA MARÍA GARCÍA BURGOS

Senador de la República

Juan Diego Gomez Jimenez

JUAN DIEGO GÓMEZ JIMÉNEZ

Senador de la República

Carlos Eduardo Enríquez Maya

CARLOS EDUARDO ENRÍQUEZ MAYA

Senador de la República

Armando Zabaraín d' Arce

ARMANDO ZABARAIN D' ARCE

José David Name Cardozo
JOSÉ DAVID NAME CARDOZO
Senador

José Ritter López
JOSÉ RITTER LÓPEZ
Senador de la República

Juan Felipe Lemos Uribe

JUAN FELIPE LEMOS URIBE

Senador de la República

Berner Zambrano Eraso

BERNER ZAMBRANO ERASO

Senador de la República

JOSÉ ALFREDO GNECCO

Senador de la República

ARMANDO BENEDETTI VILLANEDA

Senador de la República

ÁLVARO URIBE VÉLEZ
Senador de la República
Partido Centro Democrático

MARIA DEL ROSARIO GUERRA
Senador de la Republica

FERNANDO ARAÚJO RUMIÉ
Senador de la República

MARÍA FERNANDA CABAL MOLINA

Senadora de la República

AMANDA ROCIO GONZALE

Senadora de la República

Paola
paola holguín

PAOLA ANDREA HOLGUÍN MORENO

Senadora

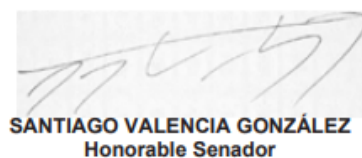
Gabriel Velasco
GJV

GABRIEL JAIME VELASCO OCAMPO

Senador de la República



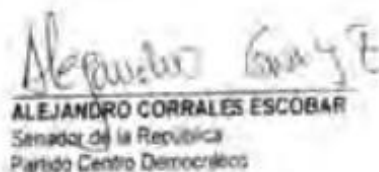
HONORIO MIGUEL HENRÍQUEZ
Senador de la República



SANTIAGO VALENCIA GONZÁLEZ
Honorable Senador



RUBY HELENA CHAGÜI SPATH
Senadora de la República
Partido Centro Democrático



ALEJANDRO CORRALES ESCOBAR
Senador de la República
Partido Centro Democrático



CARLOS FELIPE MEJÍA MEJÍA

SENADOR DE LA REPÚBLICA



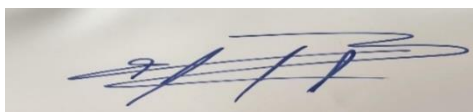
JOSÉ OBDULIO GAVIRIA VÉLEZ
SENADOR DE LA REPÚBLICA



Juan David Vélez Trujillo
Representante a la Cámara

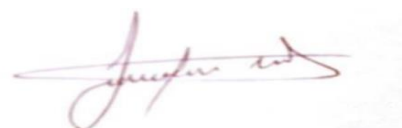


John Harold Suarez Vargas
Senador de la República



EDWARD DAVID RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

Representante a la Cámara por Antioquia



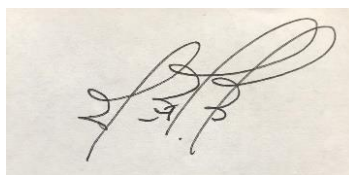
JENNIFER KRISTIN ARIAS FALLA

Representante a la Cámara por el Meta



GABRIEL JAIME VALLEJO

Representante a la Cámara por Risaralda



GUSTAVO LONDOÑO GARCIA

Representante a la Cámara por Vichada



YENICA SUGEIN ACOSTA INFANTE

Representante a la Cámara por Amazonas



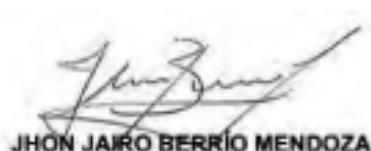
JUAN FERNANDO ESPINAL

Representante a la Cámara por Antioquia



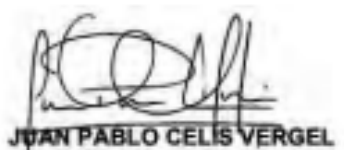
OSCAR DARIO PEREZ PINEDA

Representante a la Cámara Antioquia



JHON JAIRO BERRIO MENDOZA

Representante a la Cámara Antioquia



JUAN PABLO CELIS VERGEL

Representante a la Cámara Norte de Santander



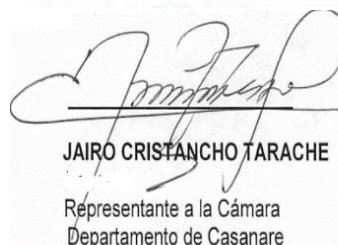
CESAR EUGENIO MARTINEZ

Representante a la Cámara
Centro Democrático

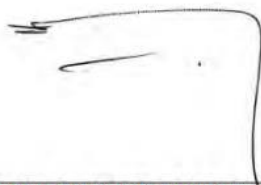


ENRIQUE CABRALES BAQUERO

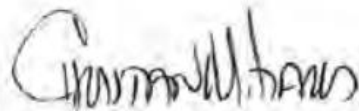
Representante a la Cámara por Bogotá
Centro Democrático



JAIRO CRISTANCHO TARACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Casanare



EDWIN GILBERTO BALLESTEROS A.
Representante a la Cámara
Partido Centro Democrático
Santander

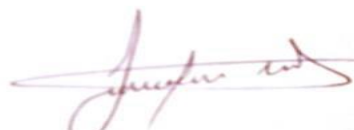


**CHRISTIAN MUNIR GARCÉS
ALJURE**

Representante a la Cámara/Valle del Cauca

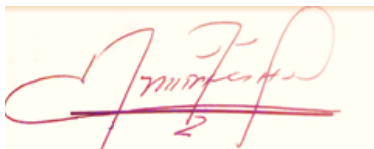


MILTON HUGO ANGULO VIVEROS
Representante a la Cámara / Valle del Cauca



Jennifer Kristin Arias

Representante a la Cámara



Jairo Cristancho Tarache
Representante a la Cámara



José Aulo Polo
Senador

“POR MEDIO DE LA CUAL SE DICTAN DISPOSICIONES ORIENTADAS A GARANTIZAR EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD DENTRO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL, Y DE CONFORMIDAD CON LA LEY 1751 DE 2015, Y LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD”

Honorables congresistas,

Me es grato someter a consideración del Congreso de la República el presente proyecto de ley el cual, como se indica en su título, tiene como horizonte la garantía de ese derecho fundamental a través de ajustes al Sistema General de Seguridad en Salud –SGSSS y del desarrollo de la Ley 1751 de 2015. Un aspecto adicional debe subrayarse en este caso y es el marco tan complejo y crítico, hasta hace unos meses inimaginable, que nos ha tocado vivir y que, por sobradas razones, ha impactado sensiblemente el sistema de salud. El reto ha sido enorme y, como se indicará en este documento, el presente esfuerzo fortalece la respuesta sectorial como un todo y articula cada uno de sus elementos y componentes.

PRESENTACIÓN

Desde su creación, el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS ha experimentado una serie de modificaciones. Algunas han tenido un propósito general, otras han abordado puntos específicos, en general con la intención de garantizar cabalmente el derecho fundamental a la salud de la población residente en el territorio nacional.

A primera vista y por la cantidad de leyes expedidas¹, la adopción de una nueva norma podría considerarse como una reiteración innecesaria máxime si las Leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1791 de 2016 y, recientemente, la Ley 1966 de 2019 se han dado a esa tarea, las dos primeras desde un enfoque holístico. Podría pensarse, así mismo, que con la Ley 1751 o Ley Estatutaria en Salud, por medio de la cual se

¹ Al respecto puede considerarse, entre otras, las Leyes 972 de 2005, “por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida, 1164 de 2007, 1257 de 2009, sobre protección a las mujeres, 1275 de 2009, sobre enanismo, 1295 de 2009, atención integral a niñas y niños SISBÉN I, II y III, 1335 de 2009, control del consumo de tabaco, 1355 de 2009, obesidad, 1384 de 2010, atención integral al cáncer, 1388 de 2010, niños con cáncer, 1392 de 2010, enfermedades huérfanas, 1414 de 2010, de atención a la epilepsia, 1566 de 2012, sustancias psicoactivas, y 1616 de 2013, salud mental, las Leyes 1639 de 2013, crímenes con ácido, 1804 de 2016, de atención integral a la primera infancia, 1799 de 2016, sobre procedimientos estéticos y quirúrgicos, 1850 de 2017, protección al adulto mayor, 1917 de 2018, sobre residencias médicas, 1980, tamizaje neonatal.

establecieron los elementos esenciales de ese derecho ya estarían dadas las bases fundamentales para el funcionamiento del SGSSS.

No obstante, a pesar de las intenciones de cada una de estas normas, subsisten ciertos problemas en el SGSSS que hacen necesario revisar su funcionamiento y articularlo al Sistema de Salud, subsanando de esta manera las barreras en el acceso al derecho a la salud pero manteniendo los elementos que han permitido alcanzar la cobertura universal con alta protección financiera. Adicionalmente, no puede perderse de vista que es necesario regular, por vía de ley, varios de los aspectos contenidos en la Ley 1751 y brindar coherencia al SGSSS dentro del enfoque trazado por esa norma estatutaria². Si bien con posterioridad a su adopción se han expedido algunas normas sectoriales, ninguna de ellas ha emprendido esa labor de adecuación que es necesaria. Estas dos razones fundamentan con creces esta iniciativa. En este aspecto debe resaltarse lo siguiente:

- El énfasis en un concepto de salud (art. 2° de la Ley 1751) que es mucho más amplio que la SGSSS.
- Las implicaciones del artículo 4° *ib.* en donde se define el sistema de salud, que, con el artículo 2°, implican un ajuste a la institucionalidad existente y un fortalecimiento de la intervención del Estado en salud, tal y como se colige del artículo 5° *eiusdem* sobre obligaciones del Estado.
- El establecimiento de mecanismos “*que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados*” (art. 9°) así como la formulación de una política de salud pública (art. 20).
- Los efectos del incumplimiento de los deberes de la persona frente al derecho fundamental a la salud (art. 10, parágrafo 1) sin que puedan afectar el acceso oportuno a los servicios de salud requeridos.
- Una regulación que dignifique al talento humano en salud (art. 18).
- El deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas (art. 24).

Por ello, el presente proyecto tiene como objeto desarrollar la Ley 1751 de 2015 y su definición de Sistema de

² Ver Romero J.F., (2019), Derecho fundamental a la salud, *Ley Ley 1751 de 2015, travesía hacia un derecho social fundamental*, Grupo editorial Ibáñez, Bogotá.

Salud, realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en aras de garantizar el derecho a la salud a toda la población, materializando el Estado Social de Derecho y centrando el sistema alrededor de la persona.

A este respecto y como es bien conocido, durante la última década del siglo XX se llevaron a cabo diferentes iniciativas de reforma a los sistemas de salud en Latinoamérica. En Colombia, el sistema de salud operante hasta 1993 se caracterizaba por ser inequitativo en cuanto a la prestación del servicio, el financiamiento y la asignación de los recursos. En 1992 alrededor del 80% de la población rural y el 45% de la asegurada urbana no estaba cubierta por sistema alguno y dependían únicamente de los servicios prestados por las entidades públicas de salud. Además, el 12% de las hospitalizaciones y 20% de las cirugías hechas por el sector público, eran percibidas por el quintil más rico de la población³.

La reforma a la salud de 1993 (Ley 100)⁴ apuntó principalmente a dos objetivos: la universalización del sistema y la unificación de beneficios y servicios para la población. Para ello, entre otras cosas, se introdujo un esquema de fragmentación, creando el régimen contributivo y subsidiado; se descentralizó la prestación de los servicios de salud, dando mayor injerencia a los gobiernos locales; se posibilitó a los usuarios la libre elección del asegurador y del proveedor, en un esquema de competencia regulada; se ligó la financiación con el nivel de ingresos de los afiliados; se determinó la financiación del régimen subsidiado con recursos del presupuesto de la Nación y un aporte de solidaridad del régimen contributivo; se estableció el Plan Obligatorio de Salud (POS) y se otorgó el derecho a los usuarios de vigilar la inversión pública mediante la instauración de diversos mecanismos de participación comunitaria.

Es abundante la literatura que hace referencia a la efectividad de esta reforma sobre el incremento de la cobertura, especialmente para la población más vulnerable; sobre la reducción del gasto catastrófico de los hogares, sobre el incremento en el acceso de los servicios y sobre los avances en protección financiera de los hogares. En 1990, aproximadamente uno de cada seis de la población tenía seguro de salud. Ahora, casi el 96% está asegurado y la mayor expansión se produce entre los hogares más pobres. Asimismo, en 1993 el gasto de bolsillo representó el 52% del gasto nacional total en salud. Para 2019, de acuerdo a datos preliminares del Ministerio de Salud y Protección Social, el gasto de bolsillo representa el 16% del gasto total en salud.

A pesar de estos avances, se evidenciaron fallas en la accesibilidad al derecho, la cobertura territorial y el ámbito del derecho, que se pusieron en evidencia, entre otros, en la sentencia T-760 de 2008. Dicha sentencia obligó a que se igualaran los planes de beneficios para toda la población y se actualizarán, aclararan y

³ Molina, C., & Giedion, U. (1993). Distribución del Gasto Público en Salud en Colombia. Banco Mundial.

⁴ Cfr. Londoño J.L. & Frenk J. (1997). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*, BID, documento de trabajo 353.

adecuaran los mismos acorde con las necesidades de la población y se garantizara el suministro oportuno de los mismos a toda la población en todo el territorio nacional. Adicionalmente, exigió que se realizara el seguimiento de las negaciones de servicio, se llevara un registro de las EPS e IPS que vulneran el goce efectivo del derecho a la salud y se procura de garantizar el derecho a la información mediante la obligación a las EPS a la entrega a los afiliados de la carta de derechos y la carta de desempeño así como la garantía de la cobertura universal del sistema de aseguramiento.

De esta manera, los cambios normativos del SGSSS que se desarrollaron entre 2007 y 2015, estuvieron dirigidos a mejorar la prestación de los servicios, fortalecer el sistema con un modelo de atención primaria, generar mayor transparencia de los recursos del sector, entre otros, los cuales han generado resultados destacables: entre ellos, la disminución sostenida de la mortalidad infantil y de la niñez, el reconocimiento del país por contar con el plan de inmunización gratuito más completo de las Américas, la ampliación y unificación del plan de beneficios, mejoras en la seguridad del paciente y el control de precios sobre algunos medicamentos. Adicionalmente, teniendo en cuenta el carácter fundamental del derecho ya mencionado, especialmente a través de la jurisprudencia constitucional (sentencias C-463 y T-760 de 2008, principalmente) y con base en la Observación General 14 de 2000, Así mismo, en 2015, se adoptó la Ley 1751 de 2015 que regula los elementos esenciales de este derecho fundamental, específicamente, su naturaleza, la definición de sistema de salud, las obligaciones del Estado, sus elementos esenciales y sus principios, los derechos y deberes específicos, así como la intersectorialidad.

Sin embargo, no obstante el esfuerzo realizado, es preciso reconocer que aún subsisten evidentes fallas en el sistema reflejados en bajas tasas de utilización de servicios médicos preventivos; altas tasas de utilización de servicios hospitalarios; baja resolutiveidad en los primeros niveles de atención; altas tasas de remisión a los niveles superiores lo que resulta en congestiones en el nivel de alta complejidad; alta carga de enfermedad de enfermedades crónicas comparados con otros países; fragmentación y desintegración de la atención; brechas territoriales y entre grupos socioeconómicos en términos de estado de salud, acceso a los servicios, calidad de la prestación de servicios; una oferta que no ha crecido al mismo ritmo de la demanda; concentración geográfica de ciertas especialidades; problemas de articulación entre los diferentes agentes; niveles de carteras y deudas crecientes entre los actores; falta de transparencia entre los agentes; baja reputación y credibilidad del sistema, entre otras, las cuáles se ahondarán en el desarrollo de la exposición de motivos y que se pretenden subsanar con los ajustes que el presente proyecto de Ley propone.

Estas fallas se atribuyen, en parte, a la ausencia de una política pública en salud que trabaje sobre los determinantes sociales de la salud; al compromiso de los sectores sociales y económicos diferentes al del sector salud, para el logro progresivo de la garantía de dicho derecho; a la carencia de un modelo de atención integral

enfocado en la promoción, prevención y atención primaria; a la débil gestión del riesgo clínico y financiero realizada por algunas EPS; a la escasez de recurso humano del país; a la falta de incentivos financieros y no financieros para premiar la calidad de atención en salud y a la escasez de fuentes de financiamiento en salud.

Tales falencias, en el contexto actual de COVID-19 en donde se ha requerido movilizar a todos los sectores para que se responsabilicen y participen de la respuesta, así como adaptar la respuesta sanitaria y de salud pública para controlar y contener los casos en función del riesgo y la capacidad de los servicios de salud, se han traducido en costos sociales elevados que podrían reducirse si se corrigieran.

Lo anteriormente expuesto, amerita realizar ajustes al funcionamiento del Sistema de Salud que conduzcan al goce efectivo del derecho a la salud por parte de los residentes del territorio nacional.

1. GENERALIDADES: LA MATERIALIZACIÓN DEL DERECHO DE LA SALUD COMO FUNDAMENTAL

Como ya se indicó, el protagonismo de la salud como derecho fundamental autónomo se cristalizó en las sentencias C-463 de 2008 y T-760 de 2008⁵, fruto, en mayor medida por la controversia a nivel de la acción de tutela⁶ y en menor medida a nivel de la acción pública de inconstitucionalidad. En este sentido el primer capítulo del proyecto aborda la forma en que la Ley 1751 ubica la salud como un concepto más amplio, tal y como se colige del artículo 4° de esa norma que crea el sistema de salud, así como en el marco de políticas y acciones intersectoriales. De esta manera, el sistema de Seguridad General Social en Salud es uno de sus componentes. En efecto, en la Observación General 14 de 2000 se advierte lo siguiente:

3. El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.

⁵ **CORTE CONSTITUCIONAL**, sents. C-463 de 14 de mayo de 2008, M.P. Jaime Araújo Rentería y T-760 de 31 de julio de 2008, M.P. Manuel José Cepeda E. Se debe indicar que a nivel jurisprudencial, la fundamentalidad autónoma, se produjo en la sent. T-016 de 22 de enero de 2007, M.P. Humberto Sierra Porto. Anterior a esta determinación, deben tenerse en cuenta las sents. T-227 de 17 de marzo de 2003 y T-859 de 25 de septiembre de 2003, ambas con ponencia de Eduardo Montealegre Lynett en cuanto relaciona la misma con una prestación.

⁶ En 1999 se pasó de 86.313 acciones de tutelas, de las cuales 21.301 correspondían a temas de salud, a 403.380 en 2010, en donde 94.502 corresponde a esa materia. En doce años, se produjo un incremento de un 467% al paso que el crecimiento de las acciones de tutelas en salud llegó a un 443%. En el caso de la salud, en 2003 se inicia un incremento hasta 2008 (142.957 tutelas en salud, un 41,50% del total). Luego opera un descenso en los años 2009 y 2010 que las ubica a nivel del número acciones en 2006 para retomar un ascenso continuado a partir de 2011 que se incrementa en los años 2015 y 2016. En 2016, las acciones de tutela en salud llegan a 163.977, un 26,57 % del total. Por su parte, en los años 2017 y 2018 se llega a 197.655 y 207.734 con una participación de 32,54% y 34,21%, respectivamente. En Defensoría del Pueblo, La tutela y el Derecho a la Salud, 2018, Bogotá, D.C. 2019, pág. 85.

Teniendo en cuenta lo anterior, un primer mensaje en el proyecto es articular el SGSSS al sistema de salud, definido en el artículo 4° de la Ley 1751 de 2015. Este aspecto tiene como una de sus consecuencias más importantes la de reconocer que el sistema de aseguramiento o los regímenes de excepción o especiales deben garantizar unos mínimos esenciales al concepto de salud. De otra parte, que la salud pública y la intersectorialidad abordan la naturaleza de la salud en su dimensión de promoción y prevención, tal y como lo destacó la Corte Constitucional en la sentencia C-313 de 2014:

Finalmente, por lo que concierne a la caracterización del derecho, encuentra la Sala que los atributos estipulados por el legislador no agotan los que se puedan predicar de la salud como derecho fundamental. Así por ejemplo, en la observación 14 del comité de derechos económicos, sociales y culturales, se ha connotado al derecho a la salud como derecho inclusivo, con lo cual se abarca la atención a diversos factores determinantes de la salud. Para la Corte, se impone en este punto una interpretación amplia, con lo cual, la caracterización aludida, podrá expandirse e incorporar otras cualidades que tiendan a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud. No advirtiéndose, pues, razones que conduzcan a la Corporación a censurar el enunciado legal en estudio y, conforme con los presupuestos anotados, se declarará la constitucionalidad de rigor.

Así pues, procederá la Corte a pronunciarse a favor de la exequibilidad del artículo 2 del Proyecto, atendiendo los presupuestos interpretativos que se orientan a una lectura amplia del derecho.⁷

El artículo 3° de la propuesta, funciones esenciales del Sistema de Salud, debe ser entendido bajo esa concepción amplia e integral de la salud y son esas funciones las que se detallarán a lo largo del proyecto, a través de cada uno de sus acápite. Lo propio debe decirse del artículo 5° cuando describe los elementos que componen la garantía del derecho fundamental, a saber, la política pública en salud, el modelo de atención primaria, el aseguramiento, la prestación de servicios y las acciones de promoción y prevención.

Como consecuencia de lo anterior, se hace necesario modificar y profundizar la institucionalidad, en un aspecto que no se había adecuado en las reformas anteriores, específicamente en las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 y de esta manera, señalar que la norma que se aplica *“los integrantes del Sistema de salud y demás personas o instituciones que intervengan directa o indirectamente en la garantía del derecho fundamental a la salud”* y ello explica, además, el artículo 6°, en el cual se enuncian los integrantes del sistema de salud. Debe reconocerse que un paso previo en este sentido se dio con el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015 y el desarrollo de la Política de Atención Integral en Salud, pero era necesario incorporarlo explícitamente.

De esta manera se actualizan los integrantes del sistema de salud bajo la lógica de ese concepto y obviamente caracterizar propiamente el sistema de salud y no solo el SGSSS entre los que se destaca, en coherencia con

⁷ CORTE CONSTITUCIONAL, sents. C-313 de 29 de mayo de 2014, M.P. Gabriel Mendoza Martelo.

lo anterior, la intersectorialidad, que es uno de los aspectos vitales del proyecto en el espacio propio de los determinantes sociales en salud.

Así mismo, se impulsa la territorialización como una fórmula necesaria para tener un mayor impacto regional y mejorar las falencias que se perpetúan en ciertas regiones, tal y como se precisa en el artículo 4° del proyecto, más allá de las fronteras político administrativas.

La nueva institucionalidad, entonces, pasa por puntualizar las funciones del Ministerio de Salud y Protección Social, como autoridad sanitaria, en aspectos esenciales como la formulación de Plan Nacional de Salud, la organización de áreas gestión sanitaria, como desarrollo de la territorialización. Es claro que, como consecuencia de la pandemia declarada el 11 de marzo de este año, el país debe contar con mecanismos eficaces de respuesta en cabeza de la autoridad sanitaria todos ellos en salvaguarda de la vida, la salud y la integridad física de las personas. Por ello y acorde con lo anterior, el legislador determina unos elementos básicos dentro de los cuales se desarrolla la respuesta institucional.

2. SALUD PÚBLICA, DETERMINANTES SOCIALES Y ACCIONES COLECTIVAS

En los artículos 7° a 10, se desarrolla la función esencial de salud pública. Dentro de la visión contenida en la Ley 1751 de 2015, se asigna al Ministerio la función de formular, cada cinco años, el Plan Nacional de Salud Pública que incluye

[...] todas las acciones dirigidas a fomentar los factores protectores, e intervenir los determinantes sociales y ambientales que afectan la salud, impulsar las acciones de promoción y prevención dirigidas a la reducción de los riesgos poblacionales de salud acorde con las necesidades y problemas de salud de las poblaciones a nivel nacional y territorial

Es un salto cualitativo frente al Plan Decenal de Salud Pública pues, además de optar por una formulación quinquenal que permite realizar ajustes y mediciones más adecuadas, incorpora los elementos de ambientales y de protección frente a riesgos e incluye, expresamente, a todos los sectores en su formulación. Se considera vital, en todo caso, la labor de coordinación de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, regulada mediante el Decreto 859 de 2014 por lo que, si bien se reemplaza dicho plan decenal, no ocurre lo propio con la Comisión que tienen un reto importante para continuar desarrollando y posicionarla en un lugar principal como se merece.

La Comisión desarrolla uno de los aspectos en los que la Ley 1751 puso énfasis y que la Corte Constitucional, en la sentencia de control automático a dicha ley y, en particular de la disposición referida a los determinantes sociales y al deber estatal de *“adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de*

los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida”, resaltó pues al referirse al artículo 8° de dicha norma destacó:

En relación con este contenido legal y en términos generales, no encuentra la Corte motivo para excluirlo del ordenamiento jurídico por violación a la Constitución. El inciso 1° establece como deber del Estado el de la adopción de políticas públicas tendientes a reducir las desigualdades, lo cual se encuentra en consonancia con lo dispuesto en el artículo 13, de una parte, y con lo dispuesto en el artículo 366, de otra. La búsqueda de la igualdad como cometido con rango constitucional en nada riñe con la Carta. Por su parte, el artículo 366 del Texto Superior propugna por el mejoramiento de la calidad de vida como finalidad Social del Estado y establece como objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas en salud, educación, saneamiento ambiental y agua potable. Si se observa con detenimiento el precepto, las finalidades se corresponden con los mandatos constitucionales referidos.⁸

Y en torno al artículo 20 de la Ley 1751 que consagra el deber estatal de implementar una política social que permita la articulación intersectorial para garantizar los elementos esenciales del derecho e impactar positivamente la salud a partir de los determinantes sociales, el máximo Juez de lo Constitucional señaló que la finalidad de la coordinación intersectorial se encuentra acorde con la Constitución por considerar que los determinantes sociales son componentes básicos del ejercicio del derecho fundamental a la salud y su realización atiende la función social del Estado y por otra parte, en el énfasis en la prevención de la política pública, que no niega los demás estados de enfermedad y de su recuperación, relieves la importancia de dicha articulación para generar acciones de política tendientes a garantizar que *“los factores que inciden en la aparición de la enfermedad como los sociales, los económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos sean prioritarios en la agenda pública nacional y territorial.”*⁹

Ahora bien, teniendo en cuenta que el PDSP actual vence en 2021 y la expedición de esta ley que se espera sea aprobada en esta anualidad, existe el tiempo suficiente para que se adopte, sin transición, el PNSP.

Es preciso resaltar que el propósito de esta norma, además de ser la primera que aborda la regulación de la Ley 1751 de 2015 de una manera sustancial, es introducir el concepto de salud en el marco de otros derechos y asociar a los restantes sectores a la materialización de ese derecho. Implica, además, reconocer la complejidad que genera la satisfacción de ese derecho y establecer responsabilidades de cada sector y la necesidad de articulación, tal y como se deriva de la Ley 1751 de 2015. No obstante, el proyecto de ley la

⁸ CORTE CONSTITUCIONAL, sents. C-313 *cit.*

⁹ *Ib.*

dimensiona dentro de la importancia que debe tener como institución del sistema de salud a través del Plan.

Por su parte, derivado del PNSP, se construye el Plan Básico de Promoción y Prevención y Gestión de Riesgos Colectivos definido por el Ministerio tanto a nivel nacional como territorial, que debe incluir a las aseguradoras.

De esta manera, a nivel territorial, se establecen dos instrumentos de planeación. Por una parte, el mencionado plan básico, que se articula con el PNSP y los planes territoriales que deben estar enfocados en *“caracterizar los principales riesgos epidemiológicos de la población y definir las acciones promocionales, preventivas y de alta externalidad que deberán efectuarse en el respectivo territorio de forma articulada con las Aseguradoras en Salud, sus Redes y demás actores del Sistema de Salud”*.

Es importante que estos instrumentos cuenten con mecanismo de evaluación y seguimiento permanente, con base en lo cual se genera la información, los indicadores y las alertas necesarias, a manera de un tablero de mando permanente del sistema de salud. Lo anterior, que se encuentra disperso en las Leyes 1122 y 1438, se articula a través de este enfoque de planeación.

3. GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD Y ASEGURAMIENTO

Teniendo en cuenta el nuevo enfoque, es preciso resaltar la gestión integral del riesgo en salud, tanto desde el aseguramiento como desde la salud pública (art. 11), hacer énfasis en el riesgo colectivo y los deberes de las personas respecto de su autocuidado, un tema sensible actualmente cuando se enfrenta una pandemia de tan grandes proporciones. Esta gestión contempla, entonces, un sistema de información robusto y un agrupador único nacional a través del cual se pueda *“integrar procedimientos a partir de diagnósticos en episodios de atención para el manejo hospitalario de la enfermedad y los procedimientos quirúrgicos provistos en el ámbito hospitalario”* y a través del mismo se logre una evaluación general en torno a los costos y procedimientos necesarios. Adicionalmente, debe existir una relación entre el pago de intervenciones y el cumplimiento de las acciones preventivas y asistenciales. Para efectos de esta reforma, es imprescindible que los recursos se asocien siempre a un mayor bienestar de la población.

Ahora bien, desde la concepción del sistema salud es importante dimensionar el rol de las aseguradoras. El SGSSS se planteó bajo un esquema descentralizado, en el que la competencia entre los diferentes agentes que lo conforman estaría dada por la calidad que las aseguradoras brindaran a los usuarios. Sin embargo, al establecerse una regulación unilateral por el Gobierno al Plan de Beneficios y de la UPC, se ha configurado un asegurador (EPS) que recibe una prima calculada exógenamente y actúa aumentando su volumen de afiliados para distribuir el riesgo en su población y negociando los contratos y precios que reconocen a los prestadores,

en lugar de concentrarse en la gestión de riesgo en salud de la población¹⁰, lo cual se traduciría en mejores resultados de salud y un manejo adecuado del riesgo financiero.

Las UPC recibidas por las EPS están calculadas sobre la base de una calidad promedio ofrecida por las EPS, lo que conlleva a que haya una situación de subsidios cruzados (no deseable) entre las EPS que ofrecen una mejor calidad hacia las EPS que ofrecen una calidad baja. Así, los resultados económicos dependen mucho menos de la calidad ofrecida a sus usuarios respectivos y se ha focalizado en el control del gasto vía precio¹¹.

Esta eventualidad ha ocasionado, por un lado, un modelo de aseguramiento social con muy limitada competencia¹² y, por el otro, el divorcio entre el esquema de aseguramiento que debe buscar la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y el esquema de prestación de servicios, concentrado en la atención de la enfermedad, así como las funciones de salud pública a cargo de entidades territoriales con muy limitada capacidad de intervención y baja coordinación entre las intervenciones colectivas y las individuales.

Con el fin de alinear los incentivos para que los aseguradores realicen gestión individual del riesgo en salud de manera integral, se plantea que la UPC reconocida tenga un componente fijo, establecido de acuerdo a su riesgo individual y otro componente variable con base en el cumplimiento de resultados en salud. Los sistemas de pago deben evolucionar para recompensar cada vez más la calidad y los resultados, en lugar de la actividad, tanto en la atención primaria como en la secundaria. De esta forma, el incentivo será también trasladado a los prestadores reconociendo, en el pago, la calidad de una atención integral en salud y los buenos resultados en el estado de salud.

Por otro lado, la no exigencia de procesos de habilitación técnica, científica y financiera en el aseguramiento derivó en la proliferación de aseguradores con muy pequeñas o dispersas poblaciones afiliadas, muchas de ellas sin reservas técnicas y como resultado con siniestralidades muy altas que en muchos casos exceden el 100% de la UPC¹³. Así, las EPS, uno de los principales actores del SGSSS, han proliferado en el mismo con bastantes cuestionamientos y críticas hacia su papel.

¹⁰ Ruiz.F (2018). Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). En Agenda de Salud 2018. Vecino. A. (ed). Universidad de los Andes.

¹¹ Bardey. (2015). Pagos por desempeño en el sistema de salud colombiano. Revista Monitor Estrategico. Ministerio de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/pago-por-desempeno-sistema-salud.pdf>

¹² Restrepo, D. & López, L. (2012). La unidad de pago por capitación: 17 años en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30(3): 291-299

¹³ Ruiz, Fernando, Uprimny, Miguel. 2012. "Sistema de Salud y Aseguramiento Social: entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio." ECOE Editores. Bogotá.

En la actualidad, la mitad de los 40 aseguradores que funcionan en el Sistema se encuentran bajo algún tipo de medida de la Superintendencia Nacional de Salud. (Superintendencia Nacional de Salud, 2019)⁸; situación concurrente en los últimos años. A esto se suma la laxitud de la autoridad competente ante la operación deficitaria de la mayoría de estas entidades por muchos años, sin aplicar la ley en plenitud ante la evidencia de inviabilidad e insolvencia, lo que hubiera ameritado el cierre de un mayor número de EPS o la suspensión de sus actividades y reubicación de usuarios. Ello ha resultado en enormes pérdidas financieras para prestadores, proveedores, trabajadores, profesionales, etc¹⁴.

Adicionalmente, durante el periodo 2014-2019 se observa una tendencia al mantenimiento de la cantidad de EPS en el SGSSS en términos de la relación entre el número de EPS que son depuradas y las nuevas que habilitan o amplían su funcionamiento. Esta situación de permanencia en el sistema de EPS sin las condiciones financieras y técnicas para asumir su responsabilidad de asegurar los riesgos en salud y financiero de los usuarios, sumado a la inexistencia de un modelo de atención regulado, las fallas de funcionamiento en la red y la nula interoperabilidad de la información de historia clínica, contratación, flujo de recursos, conduce a un modelo basado en la atención de cada episodio enfermedad, centrado en el servicio hospitalario y con muy baja resolutiveidad en los niveles primarios, que resulta en la acumulación de riesgo de enfermedad, discontinuidad en la atención y tiempos muy prolongados para la atención¹⁵.

Es necesaria una depuración del sistema en la que las EPS ineficientes, que actúan únicamente como cámaras de compensación financieras y que carecen de un compromiso efectivo con los usuarios, prestadores y el sistema en general, salgan de circulación, lo cual exigirá unos requisitos de habilitación, técnicas y financieras, mayores y una evaluación periódica sobre resultados y metas en salud que no sólo condicione su permanencia, sino también el reconocimiento económico que reciben.

Por otra parte, el país, de acuerdo con lo establecido por la Ley Estatutaria 1751 de 2015, ha avanzado en un plan implícito, a través del diseño e implementación del procedimiento de exclusiones (Resolución 330 de 2017), en el que se establece por defecto un plan de beneficios implícito, que le otorga a la población del territorio nacional el acceso a todos los servicios y tecnologías en salud autorizadas en el país, para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de cualquier contingencia de salud, según la prescripción del profesional tratante, y con total independencia tanto del origen

¹⁴ Ruiz.F (2018). Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). En Agenda de Salud 2018. Vecino. A. (ed). Universidad de los Andes.

¹⁵ Ruiz, F, & Zapata, T, (2015). La equidad en salud para Colombia, Brechas internacionales y territoriales. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/equidad-en-salud-para-colombia.pdf>

de la enfermedad como de la financiación definida, siendo las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en concurrencia con su red de prestadores, las responsables de gestionar de forma eficiente, integral y continua, la salud de sus afiliados.

La financiación de dichos beneficios en salud se planteó a través de:

1. El aseguramiento como mecanismo de protección colectiva que, mancomunando los riesgos derivados de las necesidades en salud de las personas, utiliza instrumentos para inferir una prima de manera ex ante (UPC, presupuestos máximos¹⁶, prima SOAT, etc.)
2. Un mecanismo de protección individual, a través del cual la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) financia el acceso a servicios y tecnologías que aún no hacen parte de la protección colectiva.

A pesar de lo anterior, los actores continúan gestionando en forma fragmentada el conjunto de beneficios del mecanismo de protección colectivo, principalmente lo que hace referencia a la UPC y presupuestos máximos, lo cual evidencia la necesidad de avanzar en la unificación de dichos planes, constituyendo un solo Plan Beneficios. Sumado a esto, y dadas las notables diferencias en la operación entre el régimen contributivo y subsidiado que, independientemente de su fuente de financiación, han repercutido en brechas importantes en la calidad y oportunidad de la atención en salud se propone también un único régimen de salud con beneficios equivalentes para toda la población.

Por último, teniendo en cuenta la inoperancia del modelo de competencia regulada en los departamentos del país con baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, con limitado flujo de servicios y accesibilidad, se plantea que los servicios puedan ser prestados por un único asegurador. Esto con el fin de garantizar un acceso real y efectivo a la salud en estas zonas al asignar la responsabilidad del aseguramiento y la salud a una sola entidad, eliminando la posible selección adversa de los afiliados; al reducir costos administrativos, generados por multiplicidad de EPS; y, al aprovechar las economías de escala en la operación del aseguramiento.

Ahora bien, con base en ese contexto, en la función esencial de aseguramiento se realiza una primera aclaración que no es solo de nombre sino de contenido. En efecto, a partir de la aprobación de esta ley se adoptará la expresión de Aseguradoras en Salud incorporando a su denominación todo lo que implica el aseguramiento y así se propone en el artículo 16, en el cual se retoma lo previsto en las Leyes 1122 y 1438.

¹⁶ Artículo 240 de la Ley 1955 de 2019

Desde esta perspectiva, el concepto de EPS resulta muy limitado. Adicionalmente, se aclara una de sus funciones, con énfasis en la telesalud y la consulta domiciliaria, elementos que se han revelado de una importancia trascendental para enfrentar la pandemia por la COVID-19 pero que, sin duda, son útiles en un proceso de atención pues acercan a la persona al sistema y facilitan el acceso.

Así mismo, y en coherencia con lo dispuesto por la Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008, se establece el régimen único en salud como último paso de la unificación y obviamente un plan único en salud (arts. 18 y 19 del proyecto). Se termina definitivamente esa diferenciación que puede ser estigmatizadora entre los dos regímenes: existe es el ciudadano, la persona, sin distingo alguno en sus derechos en un esfuerzo orientado a fortalecer la equidad.

Otro aspecto que es necesario destacar en la iniciativa es la territorialización del aseguramiento (art. 23) como una necesidad sentida para lograr que exista una coherencia entre la labor del asegurador con las condiciones y especificidades del grupo población que está afiliado a la misma. Los estudios han demostrada la importancia de la territorialización como una herramienta que mejora trascendentalmente la gestión en salud y permite mejores resultados. Esto implica la creación de áreas territoriales en salud que agrupan territorios que tienen cierto grado de homogeneidad, recobrando este aspecto que la división política-administrativo había desarticulado. Como un ejemplo recurrente, es claro que el sistema de salud puede tener una mejor gestión con una área sanitaria creada en el Magdalena medio que en la fragmentación existente hoy de cuatro o más departamentos que no puede captar las necesidades específicas de los pobladores de esa región. Los ejemplos pueden multiplicarse y permite entender que si bien la división político-administrativa está pensada con la finalidad de amparar debidamente al ciudadano a nivel de sus necesidades básicas, el constituyente de 1991 previó, en el artículo 285, la posibilidad de determinar divisiones específicas para el cumplimiento de las funciones del Estado y, de esta manera, potencializar los fines esenciales de que trata el artículo 2°.

Finalmente, como en el caso de depuración del aseguramiento, se establece un esquema de compensación de recursos por causa de los procesos que se lleven a cabo, en función de la territorialización.

4. MODELO DE ATENCIÓN.

Otro elemento crucial para que las funciones esenciales en salud sean materializadas y lleguen debidamente a la persona y a las colectividades es el modelo de atención que plantea una guía y horizonte para una adecuado protección. La carencia de un modelo de atención enfocado en la prevención y el manejo racional de los pacientes en los niveles primarios ha determinado un gasto excesivo en servicios hospitalarios que se han transformado en la puerta de entrada del sistema y cuya capacidad de prevenir y tratar oportunamente a los

pacientes genera problemas muy severos de discontinuidad de los servicios.

Se requiere un modelo de atención con enfoque territorial, familiar y comunitario que garantice una gestión integral del riesgo a través de la integración de la atención primaria, actividades de salud pública y un trabajo intersectorial amplio, para lo cual se propone que toda persona esté adscrito a un prestador primario y a un médico con enfoque de familia y comunidad, tal y como se indica en el artículo 24 de la propuesta, resaltando los equipos básicos en salud de que trata la Ley 1438 de 2011 (arts. 14 y 15).

Adicionalmente, es necesario el desarrollo de alianzas estratégicas territoriales e intersectoriales que permitan la conformación de redes que garanticen una integralidad en la atención de las personas en áreas de confluencia departamental, así como la centralización e interoperabilidad de la información concerniente a la gestión del riesgo en salud para eliminar barreras administrativas, geográficas y de calidad.

Un aspecto de mayor relevancia en este enfoque son las rutas integrales de atención en salud como el mecanismo a través del cual se logra articular procesalmente la atención en salud como un todo, según el curso de vida y las necesidades propias. Las redes integradas de servicios vienen operando con relativa novedad en el Sistema de Salud Colombiano. De acuerdo con la Resolución 1441 de 2016 las RIPS *“son el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido(...)con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario (...) que busca garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud.”* (Min Salud, 2016).

Una regulación de la habilitación de estas redes y los servicios que se prestan en estas, pueden contribuir de manera sustancial a reducir el uso de los servicios de emergencia (más costosos) como puerta de entrada al sistema, reduciendo las hospitalizaciones evitables, y previniendo la aparición de enfermedades crónicas y sus complicaciones. (Gutiérrez, 2018 p. 10).

Sin duda que el modelo debe contar con un flujo de información adecuado para el afiliado o afiliada con el fin de que sepa con actualidad la forma en que se garantiza su derecho fundamental, tal y como lo resaltó la Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008.

5. PRESTACIÓN DE SERVICIOS, HOSPITAL PÚBLICO E INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

El resultado del esquema de mercado adoptado ha sido la concentración creciente tanto en el aseguramiento como en la prestación de servicios que ha terminado por consolidar monopolios y oligopolios bilaterales. Evidencia reciente indica que el modelo de mercado entre EPS e IPS ha determinado un esquema de monopolio bilateral donde el poder de mercado parece residir en los hospitales de alta complejidad, en su mayor parte privados y el mecanismo de contratación selectiva de servicios por parte de las EPS ha reducido notoriamente su efectividad ante la concentración de mercado hospitalario de servicios (Ruiz, 2018).

Los resultados financieros de los hospitales privados de alta complejidad indican que, a pesar de los problemas de cartera, están generando utilidades netas muy relevantes indicando donde se ha consolidado el poder de mercado y evidenciando una falla regulatoria. Por otro lado, los hospitales públicos presentan situaciones deficitarias y riesgo financiero a pesar de tener una amplia protección de mercado mediante una contratación forzosa del 60% en el régimen subsidiado que se evidencia en mejores precios de compra de servicios. Burocratización, problemas de gerenciamiento y sobredimensionamiento de recurso humano han sido algunos de los problemas reiterados en los hospitales públicos.

Sumado a esto se evidencian limitaciones en los niveles de baja complejidad, modelos domiciliarios de atención aún no desarrollados, el bajo desarrollo de modelos de medicina familiar, excesivas permisividades en las modalidades de contratación, y alta heterogeneidad en la capacidad de respuesta de los hospitales públicos y de las Entidades Territoriales.

Esto plantea la necesidad de generar incentivos para establecer redes de prestación de servicios en salud primarias y fortalecer los prestadores primarios de servicios de salud, con un nivel de resolutivez alto, en el manejo de la gestión del riesgo en salud, con mecanismos de pago y contratación orientados a resultados en salud y a la protección de la persona como centro del Sistema.

Hay que destacar que esta norma, en consonancia con la ley estatutaria, debe liberar al paciente del papeleo y la tramitología que lo agobia hoy en día y que es especialmente agresivo para las personas que se encuentran en debilidad manifiesta. La persona no está en el deber de asumir las autorizaciones ni trasladarse de un lugar a otro para obtener su acceso a la salud; ello torna en indigno el sistema de salud y distorsiona, sensiblemente, su enfoque protector, con lo cual la garantía del derecho a la salud queda en letra muerta y el *principio pro homine* no termina siendo atendido con las implicaciones que ello tiene.

En relación con el hospital público, se prevé un esquema de organización y fortalecimiento que esté acorde con la territorialización y las capacidades lo cual implica una caracterización y unos requisitos básicos para su funcionamiento. Sobre la naturaleza de las Empresas Sociales del Estado, la jurisprudencia constitucional ha

sinetizado que éstas son una nueva categoría dentro del catálogo de entidades administrativas del orden descentralizado, que tienen naturaleza, características y especificidades propias, lo cual impide confundirlas con otro tipo de entidades públicas.

La Corte Constitucional, en sentencia C-171 del 7 de marzo de 2012, Magistrado Ponente: Dr. Luis Ernesto Vargas Silva, precisó lo siguiente respecto del régimen y naturaleza de las Empresas Sociales del Estado:

“En armonía con lo anterior, la jurisprudencia de esta Corte ha explicado respecto del régimen y naturaleza de las Empresas Sociales del Estado que (i) la ley 100 de 1993 creó el sistema de seguridad social y definió en el artículo 94 la naturaleza de las Empresas Sociales del Estado; (ii) que el objeto de estas Empresas es la prestación de los servicios de salud, como servicio público a cargo del Estado, o como parte del servicio público de seguridad social; (iii) que estas Empresas constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada creada por el Legislador en virtud de las facultades que le confiere el artículo 150, numeral 7; (iv) que son entes que no pueden confundirse y se diferencian claramente de los establecimientos públicos, ya que la Ley 489 de 1998, al definir en el artículo 38 la integración de la rama ejecutiva del poder público, incluyó dentro de ésta a las Empresas Sociales del Estado, reconociéndoles una categoría diferente a la de los establecimientos públicos; (v) que estas Empresas como nueva categoría de entidades descentralizadas y concebidas con un objeto específico definido por la propia ley, de conformidad con los propósitos constitucionales que mediante su existencia persigue el Legislador, se rigen por unas reglas y una normatividad especial; (vi) que la Ley señala que estas entidades descentralizadas son creadas por la Nación o por las entidades territoriales para la prestación de servicios de salud, en forma directa; y (vii) que es al Legislador a quien corresponde su creación, por la propia naturaleza de creación legal de estas entidades, y que igualmente se encuentra facultado ampliamente para determinar su estructura orgánica”.

Así mismo, la citada sentencia ha explicado la naturaleza jurídica particular, la regulación especial y la competencia en cabeza del Legislador para determinar la estructura orgánica de estas entidades, en razón a que *“las empresas sociales del Estado tienen una naturaleza jurídica diversa de la que corresponde a los establecimientos públicos, y su función primordial, a diferencia de éstos, no consiste en el cumplimiento de tareas administrativas en un sentido general, sino que radica ante todo en la atención de salud”*¹⁷.

De otra parte, el proyecto hace eco de una necesidad sentida respecto de la institucionalidad en cáncer y tiene que ver con el fortalecimiento del Instituto Nacional de Cancerología –INC. En efecto, esta institución insignia en el país, fundada precisamente un 20 de julio de 1934, hace 86 años, requiere desarrollar un papel más protagónica en ciencia y tecnología, formación profesional y contar con la fisonomía necesaria para seguir

¹⁷ Sentencia C-171/2012

aportando a todo lo que tiene que ver con el tratamiento del cáncer en Colombia y de esta manera materializar su misión que no es otra que “el **control integral del cáncer a través de la atención y el cuidado de pacientes, la investigación, la formación de talento humano y el desarrollo de acciones en salud pública**”. Por lo tanto, además de lo previsto en el artículo 38 de la propuesta, es necesario efectuar ajustes a nivel de su estructura administrativa, recursos y régimen de personal, entre otros, para adecuarlo al reto actual. No cabe duda que es muy importante lograr que el talento humano que es capacitado en el INC y que tiene una alta calificación reconocida, tenga vocación de permanencia en la institución y no termine sirviendo a otras instituciones que ofrecen una remuneración mayor por sus servicios. Esto motiva al Gobierno Nacional a solicitar facultades extraordinarias para definir los aspectos básicos de esa transformación y permitir que el INC continúe siendo el referente a nivel nacional en la materia, obviamente bajo los lineamientos del rector en salud.

6. TRANSACCIONALIDAD Y MECANISMOS DE PAGO

Este capítulo que es transversal a las funciones esenciales y determina que los esquemas de contratación que desarrollen los agentes deben estar en consonancia con la garantía del derecho a la salud tal y, como lo precisa el artículo 53 de la Ley 1438 de 2011, de la siguiente manera:

Están prohibidos aquellos mecanismos de pago, de contratación de servicios, acuerdos o políticas internas que limiten el acceso al servicio de salud o que restrinjan su continuidad, oportunidad, calidad o que propicien la fragmentación en la atención de los usuarios.

La contratación, por lo tanto, constituye un instrumento para dinamizar el modelo de atención y las rutas integrales y no a la inversa. Por ello en el proyecto se destaca que “*los acuerdos de voluntades deben articularse con el modelo de atención, las Rutas Integradas de Atención en Salud definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y generar incentivos para mejorar la resolutivez del prestador primario y garanticen el acceso al servicio de salud, de manera integral, continua, oportuna y con calidad*”.

De otro lado, preocupa sobremanera que la contratación del Plan de Intervenciones Colectivas no se haga o no tenga el impacto deseado a nivel territorial. Por lo tanto, en el proyecto se plantea la obligatoriedad para su realización, contratación y ejecución y la necesidad de que las entidades territoriales se subordinan a a garantía del derecho fundamental, a través de la regulación que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social, tal y como se propone en el artículo 40.

Dentro del esquema planteado, y con el fin de que el hospital público se fortalezca pero en el marco de esa garantía (art. 41), es necesario que se mantenga la contratación con la red pública pero ya no bajo la diferencia de regímenes que, como se propone, se unifican. Esto supone que debe existir un control y unos indicadores

de calidad que permitan efectivamente materializar esa garantía.

El proyecto, además, avanza en la información y las fórmulas de control que deben activarse, a través del repositorio de información de acuerdos de voluntades entre los integrantes del SGSSS. El mínimo de información que se exige permite evidenciar aspectos como sobre costos, facturación, vigencia de los contratos, formas contractuales, entre otros aspectos que desarrollan el principio de transparencia en las relaciones entre estos integrantes, tal y como lo precisa el artículo 3, numeral 14, de la Ley 1438 de 2011.

7. TALENTO HUMANO Y SU DIGNIFICACIÓN

En general, y hasta la Ley 1164 de 2007, el talento humano ha sido relegado en la regulación y solo ulteriormente, ha entrado a adquirir el protagonismo que se merece pues, es evidente que sin todo el personal de salud no hay sistema de salud posible y no se puede aludir a funciones esenciales en salud sin su existencia y reconocimiento. Sea este el momento para valorar y agradecer a los profesionales y auxiliares que de manera tan valiente han afrontado la atención en salud y, particularmente, durante la pandemia que sufre el país. Esto justifica tanto su estímulo para la formación y capacitación como las normas de protección (arts. 43 a 51)

Ahora bien, dentro de los temas que se han resaltado tiene relevancia la información sobre el talento humano, para el desarrollo adecuado de una política, y el énfasis en especialistas y medicina familiar un aspecto que debe contar con un incentivo claro. Así mismo, y con el sentido de una especialización que repercuta en la sociedad, se requiere homogeneizar las denominaciones de las especialidades médicas con el fin de evitar una diáspora de nombres que impiden, efectivamente, establecer el sentido y énfasis de una determinada especialidad. También se requiere un fortalecimiento del programa de medicina general por una razón básica y es la resolutivez del prestador primario, en el que se pueden resolver la gran mayoría de las situaciones que padece una persona.

Por otro lado, las barreras existentes para acceder a una especialidad dificultan el cierre de brechas del país para contar con un Talento Humano en Salud suficiente. Según el último informe del Observatorio de Talento Humano (2017), se observa un déficit de 16.000 especialistas el 34% corresponden a médicos especialistas de ramas quirúrgicas, 60% a especializaciones médicas y 4% a las diagnósticas. Esto, sumado a la distribución de programas ofertados de especialización en el país, ha profundizado las brechas territoriales de médicos especialistas, concentrados en las grandes ciudades y con déficits importantes en la periferia del país. No obstante, la información disponible de talento humano en salud es aún precaria y es por ello que se propone la construcción de un Sistema de Información de Disponibilidad de Talento Humano en Salud. A partir de este Sistema se establecería la cantidad de cupos de residencias médicas y los programas de formación para el

trabajo, de acuerdo con las necesidades que se identifiquen en el país.

Al revisar la normatividad colombiana se observa una configuración jurídica que propicia la limitación de cupos. La Ley 100 de 1993 en su artículo 247 señala, como requisito para la formación en el posgrado, que las Instituciones de Educación Superior (IES) deben contar con un centro de salud propio y en los casos que no sea posible deben realizar convenios docente-asistenciales con instituciones de salud que cumplan con los tres niveles de atención médica, siendo las IPS las que finalmente deciden la cantidad máxima de cupos que pueden ofrecer de acuerdo con la capacidad de sus centros de salud (Decreto 2376 de 2010, artículos 8 y 14). Cantor (2012) demuestra, con base en un modelo derivado de la teoría de la política de la competencia, cómo el número de cupos de especialización médicas es definido por los propios médicos o por las Sociedades Médicas, cuyo propósito es mantener sus niveles de ingresos elevados^{18,19}. Adicionalmente, la calidad del médico general está seriamente cuestionada^{20,21}, lo cual nos exige repensar, en definitiva, el modelo formativo de las facultades de medicina del país, con el fin de orientar el sistema de salud hacia la prevención, incrementando la capacidad de resolución del nivel básico de servicios.

Se requiere reorientar los programas de formación en conjunto con el sector educativo, democratizar el acceso a los cupos, medir la calidad promedio de nuestros médicos generales y generar programas de formación continua y actualización de competencias a fin de contar con el talento humano con las capacidades requeridas para una atención integral y resolutive en los niveles primarios de atención.

Cabe indicar que de las 930 Empresas Sociales del Estado – ESE del país, se cuenta con información de cargos de personal de planta de 924 ESE, las cuales cuentan en total 54.652 cargos, de estos están provistos el 85,4% (46.684) y el 14,6% están vacantes (7.968). En plantas temporales se cuenta con 5.671 cargos de los cuales están provistos el 87%. La distribución de los cargos por niveles de atención refleja que el 50% de cargos están en ESE de Primer nivel, el 23% en ESE de segundo nivel y el 27% en ESE de tercer nivel.

¹⁸ Cantor, N. (2012). Numerus Clausus en el Mercado Educativo de Médicos Especialistas. En Documentos de Trabajo. Superintendencia de Industria y Comercio. URL: http://www.sic.gov.co/recursos_user/documentos/Estudios-Academicos/Estudios-Academicos_2012/05_Numerus_Clausus_Educativo_Medicos_Especialistas_Mercado.pdf

¹⁹ Ochoa, L. (2018). Análisis Sobre La Cantidad De Especialistas En El Sistema De Salud Colombiano Y La Incidencia De Los Cupos De Residencia Médica Sobre Estos. Universidad del Rosario. URL: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/18305/OchoaZuluaga-Luis%20Fernando-2018%20.pdf?sequence=1>

²⁰ Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Descriptores básicos de los programas de medicina de Colombia 2015. 2016. URL: http://ascofame.org.co/web/wp-content/uploads/2016/08/Descriptores_b%C3%A1sico_2015.pdf

²¹ CENDEX. (2013). Estudio de Disponibilidad y Distribución de la Oferta de Médicos Especialistas, en Servicios de Alta y Mediana Complejidad en Colombia. Universidad Javeriana. URL: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/DisponibilidadDistribuci%C3%B3nMdEspecialistasCendex.pdf>

Las ESE de tercer nivel cuentan con el mayor número de cargos vacantes, el 44% (3.541), en estas vacantes están los cargos de médicos especialistas los cuales están vinculados a la entidad por contratos de prestación de servicios u otras figuras contractuales.

Distribución de cargos por nivel de atención en las Empresas Sociales del Estado -ESE, año 2019.

Nivel de atención	Operativo	%	Apoyo	%	Total
1	16.082	66%	8.416	34%	24.498
2	7.352	67%	3.585	33%	10.937
3	8.052	72%	3.197	28%	11.249
Total	31.486	67%	15.198	33%	46.684

Fuente: Información reportada por las ESE, validada y presentada por las Direcciones Territoriales de Salud al Ministerio de Salud y Protección Social en virtud del Decreto 2193 de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 -Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

Para diferenciar las actividades del personal de una Empresa Social del Estado, se clasificaron en el sistema de información de gestión hospitalaria que maneja este Ministerio en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 en: **Cargos operativos** en los cuales se incluyen aquellas actividades asociadas a la atención de los pacientes. **Cargos de apoyo** que incluyen las actividades administrativas y de apoyo logístico.

De acuerdo con la información reportada en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004, en los hospitales públicos con corte a 31 de diciembre de 2019, se encontraban vinculados 46.684 servidores públicos, de los cuales 67% son de carácter operativo y 33% de apoyo. Por niveles de atención 24.498 están vinculados con hospitales de primer nivel de atención, 10.937 en hospitales de segundo nivel y 11.249 en hospitales de tercer nivel.

Desde el año 2002 el Sector Salud inició un proceso de flexibilización de las plantas de cargos de los hospitales públicos, ante los altos costos y poca productividad que generaban. Parte de esa flexibilización fue financiada por el Gobierno Nacional mediante el Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud el cual era coordinado por el Ministerio de Salud y Protección Social. La flexibilización en algunos casos consistió en la supresión de los cargos y la organización de la prestación mediante la contratación con cooperativas u otras figuras jurídicas, con las cuales las IPS públicas suscribían los contratos para garantizar la prestación de servicios de acuerdo con las necesidades del mercado, permitiendo con ello que la entidad se ajustara a las necesidades.

En otros casos las IPS públicas se liquidaron y se crearon nuevamente ESE o se organizó la prestación de servicios de salud sin instituciones públicas. Las nuevas ESE organizaron procesos que fueron contratados con cooperativas u otras figuras jurídicas, otras entregaron a un operador la prestación de los servicios en su

totalidad. En este proceso el Gobierno Nacional invirtió \$706.963 millones de pesos y las entidades territoriales \$312.363 millones.

Ejecución componente reorganización operativa de ips

Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud									
EJECUCIÓN COMPONENTE REORGANIZACIÓN OPERATIVA DE IPS									
Vigencias 2004 - 2011									
\$Col. Millones									
Entidad Territorial	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Total IPS	Recursos Comprometidos		Total Nación	Cofinanciación	feb-16 Recursos Totales
					MHCP	MPS			
Antioquia	17	7	0	24	18.870	6.388	25.259	7.732	32.991
Atlántico	3	2	1	6	40.330	7.065	47.395	15.591	62.986
Barranquilla	7	1	1	9	25.000	16.100	41.100	90.000	131.100
Bolívar	0	5	1	6	47.794	16.879	64.673	25.065	89.738
Boyacá	14	9	1	24	63.619	22.944	86.563	27.268	113.831
Caldas	8	4	2	14	8.692	8.181	16.873	11.987	28.860
Cauca	36	0	1	37	46.744	10.462	57.206	21.968	79.174
Cesar	6	3	0	9	23.720	10.510	34.230	9.497	43.727
Chocó	25	1	0	26	0	14.155	14.155	0	14.155
Córdoba	14	1	0	15	16.571	15.635	32.206	11.880	44.086
Cundinamarca	3	2	1	6	23.723	14.871	38.594	43.771	82.365
Huila	4	2	0	6	3.583	2.265	5.848	1.341	7.189
Magdalena	0	4	1	5	33.615	17.907	51.521	17.336	68.857
Nariño	1	0	0	1	8.004	0	8.004	1.058	9.062
Norte de Santander	1	0	0	1	1.022	1.444	2.466	0	2.466
Risaralda	0	0	1	1	14.578	7.804	22.382	7.500	29.882
San Andrés	1	1	0	2	7.130	6.481	13.611	0	13.611
Santander	5	4	2	11	91.452	18.341	109.794	16.919	126.712
Sucre	3	2	0	5	6.363	7.406	13.769	0	13.769
Tolima	4	0	0	4	0	2.700	2.700	1.100	3.800
Valle del Cauca	0	1	0	1	5.621	4.777	10.399	2.351	12.750
Vaupés	0	1	0	1	4.693	1.889	6.582	0	6.582
Vichada	1	0	0	1	835	800	1.635	0	1.635
TOTAL	153	50	12	215	491.960	215.003	706.963	312.363	1.019.326
FUENTE: Unidad Administrativa Financiera - Prmrms									

En la siguiente tabla se presenta por niveles de atención la composición del gasto de recurso humano, encontrándose que en promedio el 63% de este gasto está asociado a los servicios personales indirectos y 37% a personal de planta.

Composición porcentual del gasto de personal de planta y servicios personales indirectos de las ESE por nivel de atención, vigencia 2019.

Nivel de atención	% de gasto de personal de planta	% de gastos por servicios personales indirectos
1	43%	57%
2	30%	70%
3	36%	64%
Total	37%	63%

Fuente: Información reportada por las ESE, presentada y validada por las Direcciones Territoriales de Salud al Ministerio de Salud y Protección Social en virtud del Decreto 2193 de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 -Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

Las Empresas Sociales del Estado (hospitales públicos) han acudido a diversas formas de contratación de personal, siendo una de ellas los contratos de prestación de servicios de salud, contratos con empresas especializadas de servicios, cooperativas de trabajo asociado o empresas de servicios temporales, contrato sindical, entre otros.

Empresas Sociales del Estado Contratación de Prestación de Servicios

ESE POR NIVEL DE ATENCIÓN	NÚMERO DE ESE	CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS
1	753	36.646
2	109	15.937
3	24	17.555
TOTAL	886	70.138

Fuente: Información reportada por las ESE en el SIHO, de los meses de enero a marzo.

En la anterior tabla se describen los contratos de prestación de servicios suscritos por 886 Empresas Sociales del Estado y reportados en el Sistema de Información Hospitalaria SIHO de los meses de enero a marzo. En 753 ESE de primer nivel de atención se han suscrito 36.646 contratos de prestación de servicios, en 109 ESE de segundo Nivel se han suscrito 15.937 contratos de prestación de servicios y en 24 ESE de tercer nivel se han suscrito 17.555 contratos de prestación de servicios.

Empresas Sociales del Estado Contratación Prestación Jurídicas

ESE POR NIVEL DE ATENCIÓN	NÚMERO DE ESE	CONTRATOS PERSONAS JURÍDICAS
1	434	16.759
2	97	15.755
3	22	12.229
TOTAL	553	44.743

Fuente: Información reportada por las ESE en el SIHO, de los meses de enero a marzo.

En 434 ESE de primer nivel de atención se han suscrito 16.759 contratos con personas jurídicas, en 97 ESE de segundo Nivel se han suscrito 15.755 contratos con personas jurídica y en 22 ESE de tercer nivel se han suscrito 12.229 contratos con personas jurídicas.

En el sentido de protección que debe desplegarse, se desarrolla la dignificación del talento humano en salud que, como ya se indicó, debe destacarse especialmente y con ello se desarrolla lo previsto en el artículo 18 de la Ley 1751 de 2015. El nivel de estrés al que es sometido el personal médico, dado por el exceso de horas laborando, el poco descanso y, en algunos casos, las malas condiciones laborales, genera efectos directos sobre su salud²². La más reciente Encuesta Nacional de Situación Laboral para los Profesionales de la Salud²³ reveló que el país atraviesa por una precarización de las condiciones laborales del personal de salud, que ha llevado al aumento de casos de alto estrés vinculado al trabajo y suicidios. El 20% de los médicos rurales y el 14% de los médicos generales y especialistas están trabajando 264 o más horas al mes, es decir 66 horas a la semana; más del 75% de los profesionales de la salud han tenido problemáticas laborales –siendo el principal problemática es el retraso del pago, seguido del no aumento de hora valor y disminución de condiciones laborales– y no está conforme con los ingresos derivados de su ejercicio profesional y más de la mitad de los profesionales han tenido problemáticas con el pago de su salario.

En este sentido, es necesario establecer los principios rectores de la relación laboral entre el personal de la salud y el empleador, la prohibición de terciarización laboral con el Talento Humano en Salud requerido para el desarrollo de las actividades misionales de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

En efecto, de acuerdo con el artículo 25 de la Constitución Política el trabajo *“es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial del Estado”*. Así lo ha destacado la Organización Internacional del Trabajo OIT, en sus más de cien años de existencia, tanto en la protección que debe brindarse

²² Colegio Médico Colombiano, 2019. ¿Tienen futuro los profesionales de la salud en Colombia? Epicrisis. 12. URL: https://www.colegiomedicocolombiano.org/web_cmc/upload/docs/Epicrisis%2012_web.pdf

²³ Colegio Médico Colombiano, 2019. Encuesta de situación laboral para los profesionales de la salud 2019.

al trabajador²⁴ como en las condiciones de prestación del servicio, a través de sendos convenios, varios de ellos incorporados a nuestro orden interno y que, de acuerdo con el artículo 93 de nuestro estatuto fundamental, forman parte del bloque de constitucionalidad en lo que atañe al alcance de dicha protección²⁵.

En cuanto a esto último, dicha organización y refiriéndose al talento humano en salud, ha precisado:

*El trabajo decente para estos trabajadores es esencial para con el fin de proporcionar una atención de salud de calidad. Los servicios de salud son entornos laborales únicos y complejos con oportunidades y desafíos inherentes. La OIT apoya la mejora de las condiciones de trabajo y de las relaciones de trabajo en el sector de la salud a través de [normas laborales sectoriales](#) y del [diálogo social](#), y colabora con la [OMS](#) a fin de promover unos entornos de trabajo favorables, adecuados y saludables para la fuerza de trabajo de este sector.*²⁶

Un énfasis especial ha realizado la OIT en la actual coyuntura mundial en cabeza de su director, alertando en torno a la necesidad de acentuar y fortalecer dicha protección.²⁷

Por ello, es necesario reiterar la exigencia del respeto de unas condiciones dignas y justas en el desarrollo de su actividad, máxime por el progresivo avance en los requerimientos de este tipo de servicios en las situaciones de emergencia sanitaria como la que se presenta en la actualidad y en atención a las quejas sobre posibles violaciones a sus derechos. Este sector ha debido afrontar el rigor de esta situación y, en este sentido, se encuentra expuesto a condiciones extremas en su labor. Por lo anterior, el proyecto debe reconocer las condiciones laborales justas y dignas, con vocación de estabilidad y facilidades para incrementar los conocimientos de acuerdo con las necesidades institucionales (Ley Estatutaria 1751 de 2015 art. 18), teniendo como elemento esencial del mismo la progresividad del derecho, entre otros, mediante el mejoramiento del talento humano (*Idem* artículo 6 literal i.). Al respecto, debe tenerse en cuenta, al respecto, lo precisado por la Corte Constitucional en la sentencia por medio de la cual se revisó la mencionada ley estatutaria, en los siguientes términos:

En lo que atañe a su contenido, la norma consagra el respeto a los profesionales y trabajadores de la salud, quienes deben laborar bajo condiciones justas y dignas, tal como lo dispone el Texto Superior frente a todos los trabajadores de Colombia.

²⁴ OIT, *Convenios 155 de 1981 sobre seguridad y salud de los trabajadores*, 161 de 1985 sobre los servicios de salud en el trabajo, ratificado por Colombia mediante la Ley 378 de 1997, revisada por la Corte Constitucional mediante sentencia C-109 de 25 de marzo de 1998, M.P. Vladimiro Naranjo Mesa y 187 de 2006 sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo.

²⁵ **CORTE CONSTITUCIONAL**, sent. C-139 de 5 de diciembre de 2018, M.P. Antonio José Lizarazo Ocampo, considerando 3.2.

²⁶ OIT, <https://www.ilo.org/global/industries-and-sectors/health-services/lang-es/index.htm> (26.06.2020)

²⁷ OIT, *Las normas de la OIT y la COVID-19 (coronavirus)*, 29 de mayo de 2020, pág. 5, en https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/ed_norm/---normes/documents/publication/wcms_739939.pdf (26.06.2020).

Adicionalmente, debe manifestarse por parte de esta Corte que el enunciado normativo se encuentra en consonancia con los artículos 1°, 2°, 25, 53 y 54 Superiores, toda vez que Colombia, al ser un Estado social de derecho, tiene la obligación de garantizar el respeto por la dignidad humana; el trabajo debe gozar de especial protección; se debe garantizar la estabilidad en el empleo, un pago oportuno de la remuneración, al igual que es una obligación del Estado y los empleadores brindar formación y habilitación profesional y técnica a quienes lo requieran.

Asimismo, la disposición es respetuosa con la jurisprudencia constitucional en la materia, pues esta Corporación, en múltiples pronunciamientos, ha sostenido que el derecho al trabajo en condiciones dignas y justas se traduce en una labor que no implica cargas que vayan más allá de lo que puede soportar quien las desempeña y que, por tanto, hagan su existencia indigna.

De una interpretación del enunciado normativo conforme al Texto Superior, se tendría que el trabajador no puede verse expuesto a arriesgar su integridad física, su salud, ni su vida en condiciones dignas, ni verse sometido a padecer dolores, ni incomodidades excesivas, ni a arriesgar el funcionamiento de su organismo.

De igual manera, cabe mencionar que, indudablemente, la falta de capacitación, los bajos salarios, la tardanza en el pago y la insuficiencia de personal idóneo, son factores que van en detrimento de la prestación de un servicio de salud de calidad, pues, tal como lo señaló la OMS en el ya citado informe sobre la salud en el mundo 2006 "Colaboremos por la salud", producto de una evaluación realizada por expertos acerca de la crisis de personal sanitario por la que se atraviesa a nivel universal, se puede recurrir a diversos instrumentos en aras de conseguir un mejor desempeño, tanto a nivel individual como respecto del conjunto del personal médico, tales como: i) elaborar las descripciones claras de los puestos de trabajo, ii) normas de apoyo y códigos deontológicos, iii) adecuar las aptitudes a las tareas, iv) llevar a cabo una supervisión que brinde apoyo, v) garantizar una remuneración adecuada, vi) garantizar una información y una comunicación suficientes, vii) mejorar las infraestructuras y los suministros, viii) fomentar el aprendizaje permanente, ix) establecer una gestión eficaz de los equipos y, x) combinar responsabilidad y rendición de cuentas²⁸

Ello, además, está en consonancia con las reglas jurisprudenciales establecidas como fuente de derecho por la Honorable Corte Constitucional en las sentencias C-614 de 2009²⁹ y C-171 de 2012³⁰ en las diferentes formas de las relaciones de trabajo permitidas en la prestación de los servicios de salud y cuyas previsiones operan tanto para el sector público como el privado de acuerdo con lo considerado por el alto Tribunal, que destacan

²⁸ **CORTE CONSTITUCIONAL**, sentencia C-313 de 29 de mayo de 2014, M.P. Gabriel Mendoza Martelo. Considerando 5.2.18.3.

²⁹ **CORTE CONSTITUCIONAL**, sentencia C-614 de 2 de septiembre de 2009, M.P. Jorge Pretelt Chaljub.

³⁰ **CORTE CONSTITUCIONAL**, sentencia C-171 de 7 de marzo de 2012, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva

que la regla general es la vinculación mediante contrato de trabajo. En efecto, la vinculación laboral predomina cuando se trata de personal adscrito a los equipos básicos de salud requeridos para la habilitación de dicho servicio, para la atención primaria de los servicios de salud y el nivel de complejidad estrechamente ligados a la actividad misional y permanente del ente prestador público y privado, o en los cuales el talento humano va a estar subordinado a las órdenes del prestador de servicios de salud.

Sobre el punto es importante traer a colación lo dicho por la Honorable Corte Constitucional en la sentencia C-171 de 2012, que establece los criterios que se deben aplicar y para qué tipo de actividades se pueden o no contratar, de manera tal que no se vayan a vulnerar los derechos fundamentales de los trabajadores:

Acerca del esclarecimiento de qué constituye una función permanente, la jurisprudencia constitucional ha precisado los criterios para determinarla, los cuales se refieren **(i) Criterio funcional**, esto es, si la función contratada está referida a las que usualmente debe adelantar la entidad pública, en los términos señalados en el reglamento, la ley y la Constitución, será de aquellas que debe ejecutarse mediante vínculo laboral; **(ii) Criterio de igualdad**: Si las labores desarrolladas son las mismas que las de los servidores públicos vinculados en planta de personal de la entidad y, además se cumplen los tres elementos de la relación laboral, debe acudirse a la relación legal y reglamentaria o al contrato laboral y no a la contratación pública; **(iii) Criterio temporal o de la habitualidad**: si las funciones contratadas se asemejan a la constancia o cotidianidad, que conlleva el cumplimiento de un horario de trabajo o la realización frecuente de la labor, surge una relación laboral y no contractual, o sea que si se suscriben órdenes de trabajo sucesivas, que muestra el indiscutible ánimo de la administración por emplear de modo permanente y continuo los servicios de una misma persona, y no se trata de una relación o vínculo de tipo ocasional o esporádico, es lógico concluir que nos referimos a una verdadera relación laboral; **(iv) Criterio de la excepcionalidad**: si la tarea acordada corresponde a actividades nuevas y éstas no pueden ser desarrolladas con el personal de planta o se requieren conocimientos especializados o de actividades que, de manera transitoria, resulte necesario redistribuir por excesivo recargo laboral para el personal de planta, puede acudirse a la contratación pública; pero si la gestión contratada equivale al giro normal de los negocios de una empresa debe corresponder a una relación laboral y no puramente contractual; **(v) Criterio de la continuidad**: si la vinculación se realizó mediante contratos sucesivos de prestación de servicios pero para desempeñar funciones del giro ordinario de la administración, esto es, para desempeñar funciones de carácter permanente, la verdadera relación existente es de tipo laboral.”³¹

Esto refuerza la dignidad y las condiciones justas que deben respetar los integrantes y actores del Sistema que acuden a sus servicios, en términos de elemento de protección personal, muy en boga hoy en día, afiliación al sistema de seguridad social integral, jornadas de trabajo mediante la planificación y organización del trabajo,

³¹ Sentencia C-171 *cit*, considerando 5.5.

la entrega de los elementos de protección personal, entre otras que materializan el respeto a los derechos de los profesionales de la salud y permiten la adecuada prestación del servicio de salud, independientemente de la forma de vinculación del talento humano en salud.

Debe tenerse en cuenta, además, que toda duda la misma deberá absolverse a favor del trabajador o *in dubio pro operario*, tal y como lo previene el artículo 53 de la Constitución Política y lo expresa el artículo 21 del CST y es un elemento sustancial dentro de la comprensión de la protección al trabajador. Al respecto ha precisado la Corte Constitucional:

48. Como se deduce de la literalidad de los artículos citados, es claro que el principio de favorabilidad fue consagrado por el Constituyente y por el Legislador como uno de los dispositivos de solución de conflictos surgidos con ocasión del choque o concurrencia de normas o interpretaciones vigentes y aplicables simultáneamente a un caso determinado. Así mismo, se desprende que la aplicación del principio de favorabilidad en materia laboral no es opcional, sino de obligatorio cumplimiento por expreso mandato legal y constitucional.³²

Finalmente, se solicitan expresamente facultades extraordinarias al honorable Congreso de la República con el fin de desarrollar una regulación del régimen laboral aplicable a los servidores públicos de las Empresas Sociales del Estado. Existe una conveniencia de que esa regulación sea expedida a través de este mecanismo pues es posible efectuar la serie de ajustes al interior de la rama ejecutiva con base en los lineamientos determinados por el legislador y, en todo caso, con salvaguarda de los derechos de los trabajadores.

7. FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD

Estos esfuerzos de mejora deben estar acompañados con una mayor cantidad de recursos y con una inversión adecuada y transparente de los mismos. El SGSSS no puede seguir generando gastos sin resultados y, por lo tanto, debe tener clara la evaluación de impacto. Obviamente, también debe desarrollarse al máximo la función de Inspección, Vigilancia y Control.

Para el año 2019, según cifras preliminares del Ministerio de Salud y Protección Social, el gasto en salud alcanzó el 7,3% del PIB, lo cual representa cerca de \$79 billones. Aproximadamente, tres cuartas partes de estos recursos corresponden a recursos públicos.

Desde el año 2014 se ha venido presentando un desbalance en la financiación del sistema debido al crecimiento acelerado que se ha presentado en el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con

³² **CORTE CONSTITUCIONAL**, sentencia SU-098 de 17 de octubre de 2018, M.P. Gloria Stella Ortiz.

cargo a la UPC, generando un cúmulo de cuentas por resolver y restricciones de liquidez dentro del sistema.

Aunado a lo anterior, el envejecimiento de la población, el crecimiento poblacional, los avances tecnológicos, la mayor demanda por servicios, los cambios en el perfil epidemiológico de la población, el aumento de los días de las licencias de maternidad y de los días de incapacidad, ambos cubiertos con los recursos del sistema, la ampliación del plan de beneficios, la reducción del recaudo producto de exenciones tributarias como el anterior impuesto CREE, y los beneficios que se han otorgado a ciertos grupos poblacionales, disminuyendo el porcentaje de las cotizaciones al sistema de salud, entre otros aspectos, plantea un reto financiero para el sistema de salud: de un lado, se está presionando el gasto y, por el otro, se han adelantado medidas que han disminuido la financiación del sistema de salud. Ello advierte la necesidad de definir estrategias de orden financiero y tributario que generen mayores recursos para el sistema, permitan la sostenibilidad en el mediano y largo plazo; y, que, además, contribuyan con la mejora de los hábitos saludables de la población.

En el capítulo XI se insiste, en concordancia con la depuración del aseguramiento en su estabilización y fortalecimiento financiero y en la necesidad de que los integrantes del SGSSS formen un plan creíbles y materializables que, además, se convertirá una condición *sine qua non* tanto para la habilitación como para la permanencia en el sistema. El sistema, además, debe dar un mensaje de solidez y confianza, a través de una institución que le dé estabilidad. De allí los ámbitos que se tratan en los artículos 55 a 62.

Creación del Fondo de Garantías del Sector salud

En el sentido de fortalecimiento y consistencia del sector como un todo, y tomando en cuenta la experiencia exitosa de del Fondo de Garantías de Instituciones Financieras -FOGAFIN, se propone en el proyecto de la creación del *“Fondo de Garantías del Sector Salud como una entidad del nivel descentralizado, de naturaleza única, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente”*, cuyo objeto esencial consiste en

garantizar la continuidad de prestación de servicios de salud al usuario cuando esta pueda verse amenazada por la imposibilidad de pago de obligaciones por parte de las AS o IPS como resultado de problemas financieros

Es una necesidad sentida del SGSSS que ha asistido a problemas y turbulencias con ocasión de la salida de una EPS. Atendiendo a que se trata de crear una entidad dentro la estructura de la administración, en correspondencia con el artículo 150, numeral 7, de la Constitución Política, se le fija, además de su objeto y adscripción, sus órganos de direcciones, sus funciones y la fuente de recursos.

De esta manera, se da un paso firme a garantizar la solvencia y respuesta adecuada del SGSSS a situaciones críticas.

Impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado

Dentro de las medidas de financiación está el impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado. Si bien en los últimos años se ha incrementado el impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco, éste sigue siendo bajo en comparación con estándares internacionales. Se estima que el costo directo por el tratamiento de enfermedades relacionadas con el tabaquismo para el sistema de salud es cercano a medio punto del PIB (Maldonado, Llorente & Deaza, 2016; p.229). El incremento del impuesto específico de \$700 a \$2.100 pesos durante 2016 y 2018 produjo un incremento real de 39,5% en el precio de los cigarrillos y redujo en 16,7% su consumo. Este dato es consistente con lo reportado en la Encuesta de Calidad de Vida (ECV). De hecho, la prevalencia de consumo de tabaco para personas mayores de 18 años pasó de 9,8% a 8,3% entre 2016 y 2017.

Un impuesto específico de \$4.200 pesos, a partir de 2021, generaría recursos adicionales para la salud a nivel local por un monto entre los \$300 y \$500 mil millones (dependiendo del valor de elasticidad precio de la demanda que se suponga para las simulaciones). El mayor recaudo de estos recursos se destinará a financiar el aseguramiento y el fortalecimiento de las acciones de salud pública, así como la gestión en el recaudo y presupuestación a nivel territorial.

Eliminación del umbral de cotización de los 25 salarios mínimos

De otra parte, es importante la eliminación de un umbral que limite la financiación del SGSSS. Los avances en cobertura y protección financiera de los hogares; beneficios como el incremento en las semanas de licencias de maternidad y paternidad, el aumento de los días de incapacidades de enfermedad general a cargo del sistema de salud, la disminución del porcentaje de cotización de los pensionados, el pago de las incapacidades de más de 540 días continuos, entre otras, ha ocasionado presión sobre el gasto en salud sin considerarse fuentes adicionales que permitan mantener el equilibrio en las finanzas del sistema, desconociendo la finitud de los recursos. En este contexto, y de conformidad con los principios de sostenibilidad y solidaridad se propone la eliminación del umbral de los 25 Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes SMLMV para cotización al sistema de salud y ubicarlo, a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, en 45 SMLMV.

Así mismo, se aclara la forma de cotización cuando la persona recibe dos o más ingresos de diferentes fuentes.

Disminución del umbral de salarios mínimos a cargo del empleador para cotización a Salud

La exoneración de los aportes de la cotización del 8,5% a cargo del empleador por concepto de las cotizaciones al Régimen Contributivo de Salud por aquellos trabajadores con asignaciones salariales inferiores a 10 SMMLV, e igualmente la exención de los aportes parafiscales a favor del SENA e ICBF tuvo un impacto positivo en la formalidad en Colombia y en los cotizantes al régimen contributivo del sistema de salud. Osorio - Copete³³ estimó que la Reforma Tributaria generó una disminución de 2,3 pp en la tasa de informalidad y Fernández y Villar³⁴ una disminución de entre 2 y 3; 1%.

No obstante, los recursos no son suficientes y el desequilibrio financiero del régimen contributivo se tradujo en una mayor necesidad de recursos vía Presupuesto General de la Nación. Se propone que ese umbral de exoneración de 10 salarios mínimos sea trasladado a los 3 salarios mínimos, con lo cual el sistema de salud podría tener ingresos adicionales cercanos a los \$2,9 billones, según cálculos realizado por la Dirección de Financiamiento de este Ministerio, sin duda una suma importante para el sector.

8. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

A partir de 2007 y hasta la Ley 1966 de 2019 se expedido una serie de normas para fortalecer la importante labor de IVC que debe dar sus resultados. Para efecto de este proyecto, se considera necesario dar un salto hacia la vigilancia de los conglomerados que manejan recursos de la salud, lo cual justifica el artículo 63 de la propuesta. El SGSSS y los recursos destinados a la salud no pueden quedar a la deriva mediante su utilización para otros fines, en desmedro de lo previsto en el artículo 48 de la Constitución Política, mod. por el A.L. 1 de 2005, y el artículo 25 de la Ley 1751 de 2015.

Además de adoptar medidas necesarias anti evasión, elusión y fraude al sistema, que tanto afectan al SGSSS, es importante que se adopte una regulación en torno a los conglomerados, más allá de la simple integración vertical, para evitar que los recursos de la salud se desvíen o estén destinados a favorecer grupos económicos.

Adicionalmente, es necesario que, como ocurre con las superintendencias, se reconozca la labor de inspección, vigilancia y control que desarrolla tanto el Institucional Nacional de salud como las entidades territoriales, bajo el concepto de tasa por la prestación de un servicio público especial. De esta manera, además de autorizar el

³³ Osorio-Copete, Lina (2016). "Reforma tributaria e informalidad laboral en Colombia: Un análisis de equilibrio general dinámico y estocástico". En: Ensayos sobre Política Económica 34.80, págs. 126-145.

³⁴ Fernández, Cristina y Leonardo Villar (2017). "The impact of lowering the payroll tax on informality in Colombia". En: Economía 18.1, págs. 125-155.

cobro por esas funciones, que son múltiples y son la base del sistema sanitario para evitar las externalidades y los riesgos en salud, se determina el sistema y el método en los términos del artículo 338 de la Constitución Política. No puede perderse de vista, como ocurre actualmente a raíz de la pandemia originada por el SARS COv2 que la vigilancia en salud pública es un elemento vital para detectar focos de afectación a la comunidad, tal y como lo prevé la Ley 9 de 1979. En ese sentido, el fortalecimiento de esa labor a nivel nacional y territorial, encuentra plena justificación.

De esta manera, honorables congresistas, con el esfuerzo de la corporación, los aportes que se realicen, a través de esta iniciativa, el sistema de salud dará un salto cualitativo hacia el bienestar de la persona, como individuo, y como colectivo y podrá responder a los innumerables retos que se han planteado.

De los honorables congresistas,



FABIAN CASTILLO SUAREZ

Senador de la República



CARLOS ABRAHAM JIMENEZ
Senador de la República



DAIRA GALVIS MENDEZ
H. Senadora de la Republica.

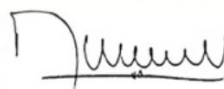


JOSÉ LUIS PÉREZ OYUELA

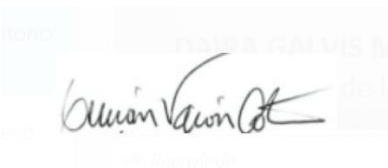
Senador de la República



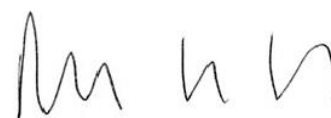
DIDIER LOBO CHINCHILLA
Senador de la República



EDGAR DIAZ CONTRERAS
Senador de la República



GERMAN VARON COTRINO
Senador de la República



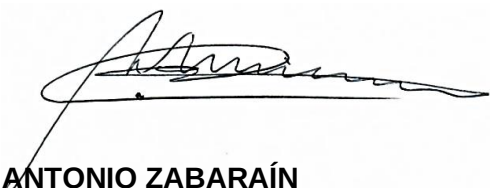
RODRIGO LARA RESTREPO
Senador de la República



ARTURO CHAR CHALJUB
Senador de la República



RICHARD ALFONSO AGUILAR VILLA
Senador de la República



ANTONIO ZABARAÍN
Senador de la República



TEMÍSTOCLES ORTEGA
Senador de la República



ANA MARÍA CASTAÑEDA



CARLOS FERNANDO MOTOA SOLARTE
Senador de la República

Senadora de la República



MAURICIO PARODI

Representante a la Cámara



JOSÉ AMAR SEPÚLVEDA

Representante a la Cámara



CESAR LORDUY MALDONADO

Representante a la Cámara



MODESTO AGUILERA VIDES
Representantes a la Cámara
Departamento del Atlántico

MODESTO AGUILERA VIDES

Representante a la Cámara



ANGELA SÁNCHEZ LEAL

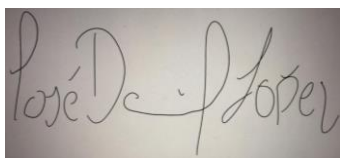
Representante a la Cámara



OSWALDO ARCOS BENAVIDES

OSWALDO ARCOS BENAVIDES

Representante a la Cámara



JOSÉ DANIEL LÓPEZ JIMÉNEZ

Representante a la Cámara



JORGE BENEDETTI

Representante a la Cámara

KAREN CURE CORCIONE

Representante a la Cámara



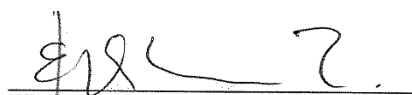
GUSTAVO PUENTES DÍAZ

Representante a la Cámara



ERWIN ARIAS BETANCUR

Representante a la Cámara



ELOY QUINTERO ROMERO

Representante a la Cámara

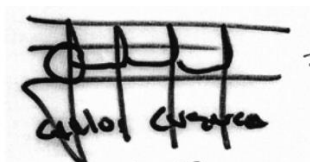


GLORIA BETTY ZORRO AFRICANO

Representante a la Cámara

NÉSTOR LEONARDO RICO RICO

Representante a la Cámara



CARLOS CUENCA CHAUX

Representante a la Cámara



AQUILEO MEDINA ARTEAGA

Representante a la Cámara

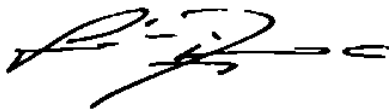


JULIO CÉSAR TRIANA QUINTERO
Representante a la Cámara



CARLOS MARIO FARELO DAZA
Representante a la Cámara

CARLOS MARIO FARELO DAZA
Representante a la Cámara



JOSÉ LUIS PINEDO CAMPO
Representante a la Cámara

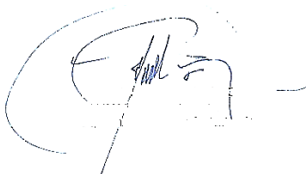


JAIME RODRÍGUEZ CONTRERAS
Representante a la Cámara
Departamento del Meta

JAIME RODRÍGUEZ CONTRERAS
Representante a la Cámara



CIRO FERNÁNDEZ NÚÑEZ
Representante a la Cámara



JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA
Representante a la Cámara



ATILANO GIRALDO ARBOLEDA
Representante a la Cámara



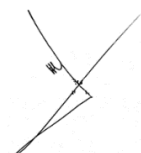
JORGE MÉNDEZ HERNÁNDEZ

Representante a la Cámara



SALÍM VILLAMIL QUESSEP

Representante a la Cámara



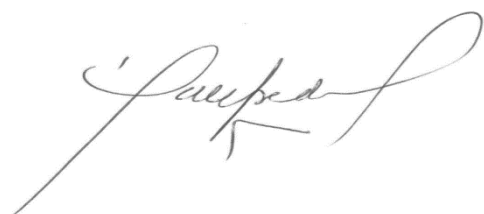
HÉCTOR VERGARA SIERRA

Representante a la Cámara



ÓSCAR ARANGO CÁRDENAS

Representante a la Cámara



EFRAÍN JOSÉ CEPEDA SARABIA

Senador de la República



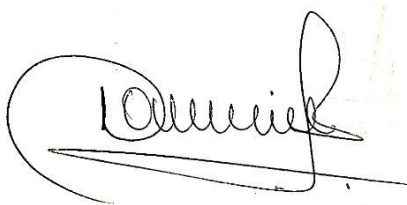
SOLEDAD TAMAYO TAMAYO

Senador de la República



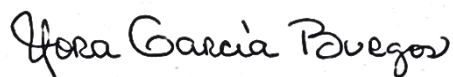
JUAN SAMY MERHEG MARÚN

Senador de la República



DAVID ALEJANDRO BARGUIL ASSIS

Senador de la República



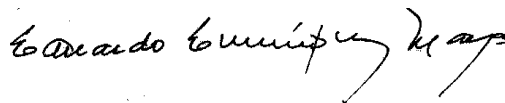
NORA MARÍA GARCÍA BURGOS

Senador de la República



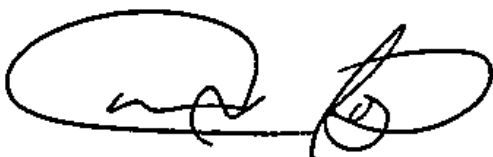
JUAN DIEGO GÓMEZ JIMÉNEZ

Senador de la República

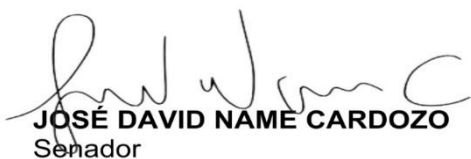


CARLOS EDUARDO ENRÍQUEZ MAYA

Senador de la República



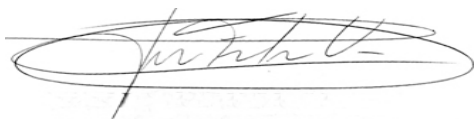
ARMANDO ZABARAIN D' ARCE



JOSÉ DAVID NAME CARDOZO
Senador

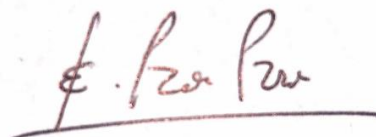


JOSÉ RITTER LÓPEZ
Senador de la República



JUAN FELIPE LEMOS URIBE

Senador de la República



BERNER ZAMBRANO ERASO

Senador de la República



JOSÉ ALFREDO GNECCO

Senador de la República



ARMANDO BENEDETTI VILLANEDA

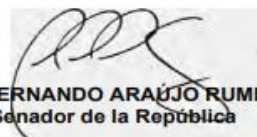
Senador de la República



ÁLVARO URIBE VÉLEZ
Senador de la República
Partido Centro Democrático



MARIA DEL ROSARIO GUERRA
Senador de la Republica

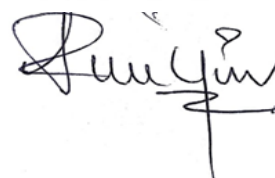


FERNANDO ARAUJO RUMIÉ
Senador de la República



MARÍA FERNANDA CABAL MOLINA

Senadora de la República



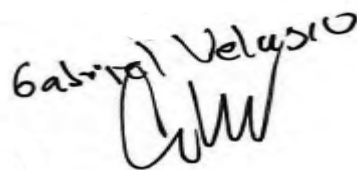
AMANDA ROCIO GONZALE

Senadora de la República



PAOLA ANDREA HOLGUÍN MORENO

Senadora

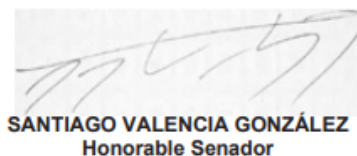


GABRIEL JAIME VELASCO OCAMPO

Senador de la República



HONORIO MIGUEL HENRÍQUEZ
Senador de la República



SANTIAGO VALENCIA GONZÁLEZ
Honorable Senador



RUBY HELENA CHAGÜI SPATH
Senadora de la República
Partido Centro Democrático



ALEJANDRO CORRALES ESCOBAR
Senador de la República
Partido Centro Democrático



CARLOS FELIPE MEJÍA MEJÍA

SENADOR DE LA REPÚBLICA



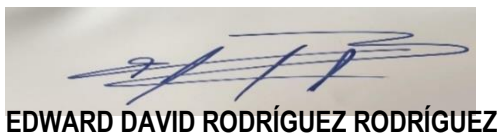
JOSÉ OBDULIO GAVIRIA VÉLEZ
SENADOR DE LA REPÚBLICA



Juan David Vélez Trujillo
Representante a la Cámara

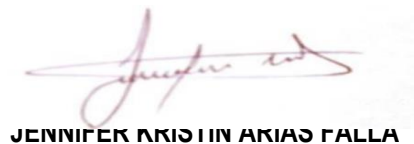


John Harold Suarez Vargas
Senador de la República



EDWARD DAVID RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

Representante a la Cámara por Antioquia



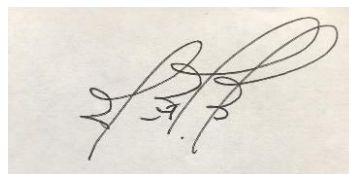
JENNIFER KRISTIN ARIAS FALLA

Representante a la Cámara por el Meta



GABRIEL JAIME VALLEJO

Representante a la Cámara por Risaralda



GUSTAVO LONDOÑO GARCIA

Representante a la Cámara por Vichada



YENICA SUGEIN ACOSTA INFANTE

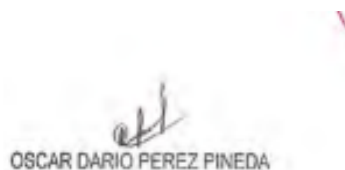
Representante a la Cámara por Amazonas



Juan E.

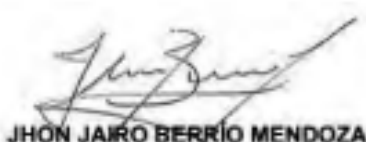
JUAN FERNANDO ESPINAL

Representante a la Cámara por Antioquia



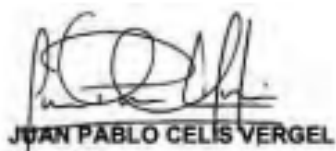
OSCAR DARIO PEREZ PINEDA

Representante a la Cámara Antioquia



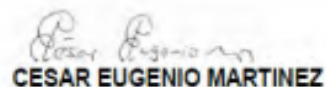
JHON JAIRO BERRIO MENDOZA

Representante a la Cámara Antioquia



JUAN PABLO CELIS VERGEL

Representante a la Cámara Norte de Santander



CESAR EUGENIO MARTINEZ

Representante a la Cámara
Centro Democrático



ENRIQUE CABRALES BAQUERO

Representante a la Cámara por Bogotá
Centro Democrático



JAIRO CRISTANCHO TARACHE
Representante a la Cámara
Departamento de Casanare



EDWIN GILBERTO BALLESTEROS A.
Representante a la Cámara
Partido Centro Democrático
Santander



CHRISTIAN MUNIR GARCÉS
ALJURE

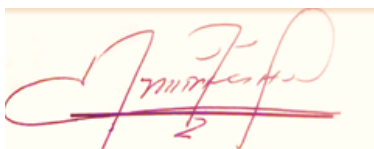
Representante a la Cámara/Valle del Cauca



MILTON HUGO ANGULO VIVEROS
Representante a la Cámara / Valle del Cauca



Jennifer Kristin Arias
Representante a la Cámara



Jairo Cristancho Tarache
Representante a la Cámara



José Aulo Polo
Senador