



Bogotá D.C, noviembre de 29 2018

Doctor:

Gregorio Eljach Pacheco

Secretario General

Senado de la Republica

Asunto: Radicación Proyecto de Ley Número _____ 2018 Senado **“Por medio del cual se hacen modificaciones al Sistema de Salud, se redefine su funcionamiento y se dictan otras disposiciones orientadas a garantizar el derecho a la salud y la sostenibilidad del Sistema”**

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 **Proyecto de Ley___ de 2018 Senado “Por medio del cual se hacen modificaciones al Sistema de Salud, se redefine su funcionamiento y se dictan otras disposiciones orientadas a garantizar el derecho a la salud y la sostenibilidad del Sistema”** iniciativa legislativa que cumple las disposiciones correspondientes al orden en la redacción del proyecto consagradas en el artículo 145 de la citada ley. Por tanto, agradezco surtir el trámite legislativo previsto en el artículo 144 de la Ley 5 de 1992.



**Proyecto de Ley No _____ 2018 Senado “POR MEDIO DEL CUAL SE HACEN
MODIFICACIONES AL SISTEMA DE SALUD, SE REDEFINE SU
FUNCIONAMIENTO Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES ORIENTADAS
A GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD Y LA SOSTENIBILIDAD DEL
SISTEMA”**

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA

Capítulo I Disposiciones Generales

Artículo 1. Objeto La presente ley tiene como objeto 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 del paciente, todo de acuerdo a los lineamientos de la Ley Estatutaria de la Salud y su definición de Sistema de Salud. Con ese fin se hacen reformas en el plan de beneficios instaurando un Plan Único de Salud, en el modelo de atención, reforzando la atención primaria en salud con cobertura de medicina familiar como puerta de entrada a atención, se organiza la prestación de servicios mediante rutas y redes integrales de atención, se instauran esquemas de pago orientados hacia la calidad de los servicios, se definen acciones de salud pública, se plantea una política nacional de medicamentos respaldada en genéricos, se establece un sistema interoperable en la información, se promueven incentivos para la formación de talento humano en salud, se fortalecen las funciones de vigilancia, control y sancionatoria de la Superintendencia de Salud y se establecen medidas anti evasión y elusión de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social.

Artículo 2. Ámbito de aplicación. El Gobierno Nacional, los Entes Territoriales y todas las Administradoras de Riesgo en Salud (ARS), deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, a través de acuerdos con Prestadores de Servicios de Salud (IPS), otras Administradoras de Riesgo en Salud y Alianzas Público Privadas. Las Administradoras de Riesgo en Salud ofrecerán el Plan Único de Salud,



preservando los atributos de continuidad, longitudinalidad, integralidad, y adscripción individual y familiar a los equipos básicos de salud y redes integrales de servicios.

Artículo 3. Integralidad. A partir de la aprobación de la presente Ley todos los beneficios, procesos y mecanismos de operación del Sistema de Salud estarán orientados a garantizar la integralidad en la cobertura y atención de acuerdo con la definición de integralidad de la Ley Estatutaria de Salud. Para la prevención de la enfermedad y la recuperación de la salud, los agentes del Sistema garantizarán el continuo del cuidado que va desde la promoción de la salud hasta la rehabilitación y cuidados paliativos pasando por los diagnósticos, procedimientos terapéuticos y medicamentos.

Los mecanismos de evaluación de calidad e indicadores del sistema tendrán a la integralidad de la atención como sustrato para el desarrollo de mecanismos de pago, incentivos y verificación del desempeño de los agentes del sistema.

Artículo 4. Territorialización del Sistema. El Sistema de Salud, desde 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 más allá de las fronteras físicas.

Capítulo II: Plan de Beneficios

Artículo 5. Plan Único de Salud. A partir del 1° de enero de 2020 todas las prestaciones asistenciales en salud requeridas para la población colombiana afiliada al Sistema General de Seguridad Social estarán integradas y contenidas en un Plan Único de Salud. Este plan estará organizado de manera comprensiva con coberturas completas definidas para tres segmentos diferenciados de la atención en niños y adultos así:

a. Programas de promoción y prevención, materno-infantiles, medicina familiar, atención ambulatoria de enfermedades transmisibles, atención ambulatoria de enfermedades huérfanas y manejo integral de la enfermedad crónica.



b. Manejo intrahospitalario del trauma, la enfermedad crónica y transmisible en fase aguda, crítica o terminal, la enfermedad mental y las adicciones.

c. Conjuntos de intervenciones hospitalarias para la realización de los procedimientos quirúrgicos.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social en un plazo de un año realizará la respectiva reglamentación del nuevo plan de beneficios. Para el manejo de programas, el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el conjunto de medicamentos y procedimientos que se deberán garantizar a toda la población en los primeros niveles de atención en todo el territorio nacional.

Artículo 6. Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud. Se adoptará una Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud que contemple todas las acciones promocionales, preventivas, acciones de tamizaje ampliado e intervenciones de alta externalidad que sean adoptadas para el control del riesgo primario de enfermedad.

Parágrafo 1. Los prestadores primarios como componentes de la red serán los responsables del manejo de los programas preventivo-asistenciales y de proveer todos los servicios, procedimientos y tecnologías de nivel ambulatorio.

Artículo 7. Programas de enfermedad crónica. Los programas de enfermedad crónica sujeto de manejo integral incluyen todas las enfermedades no transmisibles, enfermedad mental y recuperación de las adicciones, complicaciones no recuperables de eventos obstétricos, enfermedades huérfanas, VIH-SIDA, cáncer, así como las condiciones pluripatológicas e incapacitantes que requieran el cuidado continuo a lo largo del tiempo hasta su recuperación o el mantenimiento de las mejores condiciones posibles de bienestar.

Estos programas serán definidos por enfermedad y conjuntos de enfermedades y deberán integrar todas las acciones que el sistema debe garantizar para su adecuada atención mediante la formulación de rutas específicas donde se garantice la integralidad de la atención.

Parágrafo 1. El manejo hospitalario en la fase aguda incluye todos los procesos de recuperación de la salud que incluyan estancia hospitalaria independientemente de la complejidad y del tipo de manejo hospitalario.



Parágrafo 2. Los procedimientos quirúrgicos corresponden a aquellos realizados en el ámbito hospitalario, ya sea a través de manejo quirúrgico ambulatorio o que incluyan hospitalización, el plan incluirá todas las pruebas, insumos, recursos humanos, medicamentos y dispositivos asociados a cada procedimiento quirúrgico.

Artículo 8. Mecanismo técnico-científico para la revisión de controversias. El Instituto de Evaluación de Tecnología (IETS), definirá un mecanismo técnico científico con el que se revisará todos aquellos casos en los que se genere controversia entre pacientes, prestadores (IPS) y aseguradores (ARS) en relación con la provisión de dispositivos, medicamentos, intervenciones e insumos que deban ser dispensados para la recuperación de la salud.

En cada dictamen científico del IETS se producirá un informe el cual deberá ser tenido en cuenta en las decisiones que tomen las respectivas Juntas de Profesionales de la Salud.

Capítulo III Aseguramiento en salud.

Artículo 9. Administradoras de Riesgo en Salud. Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) se transformarán en Aseguradoras de Riesgo en Salud (ARS) cuyo objeto esencial es el manejo de los riesgos de salud y cuyas funciones incluyen la prevención, seguimiento y mitigación del riesgo de enfermar de la población, el manejo de los programas preventivos y asistenciales de atención primaria, el tratamiento del trauma y la enfermedad transmisible, la gestión de la enfermedad crónica y la provisión de todos los procedimientos diagnósticos terapéuticos orientados a la recuperación de la enfermedad, así como al manejo de la discapacidad y la paliación en casos donde no sea posible dicha recuperación.

Parágrafo 1. El riesgo en salud será asumido de manera integral y completa por las Aseguradoras de Riesgo en Salud (ARS).

El Gobierno Nacional a través del 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 y mejorar la eficiencia en el uso de los recursos del Sistema.



Artículo 10. Integración de Regímenes Contributivo y Subsidiado. A partir del primero de enero de 2020, los regímenes contributivo y subsidiado se integrarán en un único régimen con beneficios equivalentes para toda la población. La diferencia en la brecha de prestaciones económicas entre los dos regímenes se cerrará de manera progresiva en un periodo de 5 años hasta que la población del régimen subsidiado tenga los mismos beneficios en cobertura de salud y prestaciones económicas relacionadas con la licencia de maternidad.

Artículo 11. Subsidios. La población informal con limitaciones en su capacidad de pago recibirá un subsidio para el pago de su afiliación al Sistema General de Seguridad Social. Este subsidio será conmensurable con el nivel de ingresos y gastos detectado de acuerdo con la metodología adoptada para la nueva medición de la encuesta para el Sistema de Identificación de Beneficiarios Sociales (SISBEN).

La definición del monto del subsidio y las cuotas moderadoras serán reglamentadas por el Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo con los resultados y rangos de la clasificación.

Artículo 12. Aseguramiento Complementario para no contribuyentes a la seguridad social con capacidad de pago. Las personas que no coticen a la seguridad social y de acuerdo con la clasificación del nuevo SISBEN, no sean sujeto de subsidios para el aseguramiento estarán obligadas a pagar un aseguramiento complementario destinado a la cobertura de los servicios hospitalarios y quirúrgicos que deberá ser ofrecido por todas las Aseguradoras de Riesgo en Salud (ARS) en todo el territorio nacional. En caso de no adquirir aseguramiento complementario estarán sujetos a copagos integrales por las prestaciones médicas en dichos servicios.

Parágrafo 1. Una vez realizada la reclasificación con base en el Nuevo SISBEN, los no contribuyentes con capacidad de pago continuarán afiliados a su Aseguradora de Riesgo en Salud, la cual mantendrá la cobertura los servicios primarios con cargo a la UPC

Parágrafo 2. El precio del aseguramiento complementario será definido por el Ministerio de Salud y Protección social a partir de la estimación de la porción de la UPC no cubierta por el sistema en los servicios hospitalarios y quirúrgicos.



Parágrafo 3. Las Aseguradoras de Riesgo en Salud ofrecerán de manera permanente la posibilidad de contribución al sistema mediante cotización al sistema de seguridad social acuerdo con los montos definidos para trabajadores independientes. En caso de afiliarse, cesará la obligación de aseguramiento complementario.

Artículo 13. Plan de Estabilización y Fortalecimiento del Aseguramiento en Salud.

Todas las Aseguradoras de Riesgo en Salud (ARS) a nivel nacional deberán presentar un Plan de Fortalecimiento Patrimonial y Desarrollo Operacional a la Superintendencia Nacional de Salud donde se contemplen las acciones de la entidad para lograr la habilitación financiera y técnica en los tiempos estipulados por las respectivas normas. Así mismo deberán especificar metas de cumplimiento de acuerdo a las auditorias que la Superintendencia Nacional de Salud realice sobre sus sistemas de gestión de riesgo.

Este Plan de Estabilización y Fortalecimiento del Aseguramiento en Salud, será condición para la transformación y funcionamiento de aquellas Empresas Administradores de Planes de Beneficio (EAPB) que quieran operar como Aseguradoras del Riesgo en Salud (ARS).

Artículo 14. Depuración del aseguramiento: Con base en los criterios de habilitación técnica y financiera de los Aseguradores de Riesgo en Salud (ARS), la Superintendencia Nacional de Salud diseñará e implantará un plan nacional que contemple un proceso progresivo de depuración del aseguramiento mediante la revisión de la capacidad técnica y calidad de la cobertura de riesgos y servicios, retirando la habilitación de aquellos que en cada Área Territorial de Aseguramiento en Salud (ATS) muestren riesgo elevado o deficiencias en la atención. La población de los aseguradores que pierdan su habilitación será distribuida entre las Aseguradoras de Riesgo en Salud que mantengan condiciones adecuadas para su habilitación de acuerdo con plazos y metas definidas, monitoreadas por la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 15. Definición de tamaños mínimos de operación de aseguramiento.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá tamaños mínimos de operación para los Aseguradores de Riesgo en Salud (ARS) a partir del número de afiliados a nivel nacional y territorial. Los Aseguradores de Riesgo en Salud (ARS) que no obtengan el tamaño mínimo de operación podrán fusionarse con otros o ceder sus poblaciones una



vez vencidos los plazos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y bajo la supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá criterios de tamaños mínimos de operación a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo 16. Implantación de la gestión integral del riesgo en salud: Toda Aseguradora de Riesgo en Salud (ARS) que desee operar en el territorio nacional, deberá contar con un sistema de información y monitoreo del riesgo de los pacientes a nivel individual con capacidad para identificar riesgos individuales, hacer seguimiento de intervenciones y sus efectos.

Parágrafo 1. También deberá acreditar la capacidad para el seguimiento de pacientes en programas de enfermedad crónica y enfermedades huérfanas, identificar su adherencia al tratamiento, así como la evaluación de la calidad y oportunidad en la atención por parte de los prestadores primarios y complementarios en el manejo agudo y crónico de la enfermedad y la ejecución de pruebas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Parágrafo 2. Dichos sistemas de información y monitoreo del riesgo individual de los pacientes se integrarán en el marco del Sistema Único Interoperable de Información en Salud al que hace referencia el capítulo 7 de la presente Ley.

Artículo 17. Territorialización del Sistema de aseguramiento. El sistema de aseguramiento será territorializado en Áreas Territoriales de Aseguramiento (ATS) mediante la integración de áreas de confluencia departamental, de acuerdo con la reglamentación que el Ministerio de Salud y Protección Social expida al respecto en un plazo máximo de seis meses. Se buscará garantizar que las Aseguradoras que operen en un área territorial, dispongan de toda la capacidad instalada asistencial y administrativa requerida para garantizar el acceso pleno al Plan Único de Salud.

Parágrafo 1. Toda Aseguradora de Riesgo en Salud (ARS) deberá contar con la red de servicios necesaria y suficiente para garantizar la cobertura total de servicios requerida para el cumplimiento del Plan de Beneficios a la población afiliada.

Artículo 18. Unidad de Pago por Capitación. La UPC por cada usuario será reconocida a las Aseguradoras de Riesgo en Salud (ARS) a través de una fórmula compuesta por un componente fijo por paciente y otro componente variable con base en



el cumplimiento de indicadores de calidad en salud, desempeño financiero y satisfacción al paciente, que serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia de Salud, en un lapso no mayor a 6 meses después de la entrada en vigencia de la presente Ley.

Parágrafo 1. El valor del incremento de la UPC se verá reflejado en las modificaciones e incrementos a los contratos que celebren las Aseguradoras de Riesgo en Salud (ARS) con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

Parágrafo 2. Sin perjuicio de lo anterior, el incremento de la UPC deberá reflejarse en la remuneración salarial y en los contratos que el talento humano celebre con las respectivas Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS).

Capítulo IV Modelo de Atención.

Artículo 19. 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.

Todo ciudadano estará adscrito a un centro de atención primaria y a un médico familiar con capacidad para promocionar la salud, ejecutar los programas preventivos y atender la mayor parte de las enfermedades y consultas de los pacientes en un ámbito de atención primaria. Las Aseguradoras de Riesgo en Salud (ARS) deberán asignar un médico familiar ubicado cerca al lugar de residencia o trabajo del ciudadano y adscrito a un prestador primario.

Parágrafo 1. El médico familiar deberá contar con un soporte de enfermería, psicología, trabajo social y la capacidad de laboratorio clínico y pruebas diagnósticas necesarias de acuerdo con los conjuntos de servicios para la atención primaria definidos en la presente ley, los cuales estarán a cargo del prestador primario dentro del Plan Único de Salud.

Parágrafo 2. 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



potencialidades, situación social y sanitaria, y el contexto territorial. Ubica las acciones del modelo de salud de acuerdo a la situación, curso de vida y entornos donde vive y se recrea la población.

Parágrafo 3. La coordinación de la atención individual primaria y complementaria estará a cargo de las Aseguradoras de Riesgo en Salud (ARS) y debe ser ejecutada de manera integrada por los diferentes miembros de su red de servicios.

Parágrafo 4. Se deberá garantizar la libertad de elección del ciudadano sobre el médico familiar al cual se encuentre adscrito posibilitando el cambio de médico asignado si el ciudadano hace el respectivo requerimiento.

Artículo 20. Atención Integral en Red. Cada Aseguradora de Riesgo en Salud (ARS) deberá garantizar una red integral de prestación de servicios de salud definida en las Áreas Territoriales de Aseguramiento (ATS), la cual deberá ser habilitada por parte de la Superintendencia Nacional de Salud previo visto bueno del Ministerio de Salud y los respectivos Entes Territoriales.

Artículo 21. Requerimiento para Redes Integrales de Atención. El Ministerio de Salud y los entes territoriales serán corresponsables en la definición de los requerimientos de las redes integrales de servicio de salud, las cuales deberán consolidarse para una población y Área Territorial de Aseguramiento (ATS) y su conformación se sustentará en los requerimientos del Plan Único de Beneficios, la situación de salud según el Análisis de 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 los Entes Territoriales definirán la infraestructura mínima de atención primaria y complementaria que debe tener cada red para operar en la red municipal o departamental.

Parágrafo 1. La prestación del servicio en las redes estará a cargo de las Aseguradoras de Riesgo en Salud (ARS) quienes conformaran su red para cada área territorial de aseguramiento (ATS) y contrataran las Instituciones Prestadoras de Servicio (IPS), públicas, privadas o mixtas, para la atención al usuario y garantizar las prestaciones individuales en cada ámbito territorial en el que sean habilitadas para su operación.



Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios, condiciones de habilitación y sus respectivos mecanismos de verificación de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud.

Artículo 22. Integrantes de las Redes de Atención. Son integrantes esenciales de las Redes Integrales de Atención los Prestadores Primarios, los Prestadores Complementarios y los Centros de Excelencia, además de todas las instituciones de naturaleza diagnóstica requeridas para asegurar la prevención y atención integral de la enfermedad.

Artículo 23. Prestador Primario. Es el componente básico del servicio de salud y deberá tener la capacidad de resolver la mayor parte de los riesgos y enfermedades de la población. Deberá tener la capacidad técnica para ejecutar las pruebas diagnósticas y terapéuticas necesarias para los riesgos y condiciones asignadas en el Plan Único Salud. Para el efecto el Ministerio de Salud y Protección Social expedirá la respectiva reglamentación en un plazo máximo de 6 meses a partir de la expedición de la presente Ley.

Parágrafo 1. El Prestador Primario podrá contar con el apoyo de especialidades básicas y otras profesiones relacionadas con el servicio de salud y atención de la población.

Parágrafo 2. En los lugares donde esto no sea posible por razones de acceso, los prestadores primarios deberán contar con equipos de telemedicina y/o equipos móviles de atención para garantizar la prestación del servicio.

Artículo 24. Prestadores Complementarios. Corresponden a los prestadores con capacidad de internación y manejo hospitalario de enfermedad, ejecución de procedimientos quirúrgicos y manejo de enfermedades y condiciones que requieran aporte continuo de media y alta tecnología. Deberán garantizar la integralidad de la atención y su complementariedad a través de las Redes Integrales de Atención.

Artículo 25. Centros de Excelencia: Corresponde 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. El manejo en centros de excelencia incluirá al menos el cáncer, los trasplantes y aquellas enfermedades huérfanas que requieran el aporte continuo de tecnología e investigación. Deberán tener la capacidad de manejo integral de las enfermedades, condiciones o procedimientos a partir de la cual están definidos.

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 26. Actualización en línea de la información sobre prestadores de la red de servicios. A partir de la información del Registro de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) o quien haga sus veces, el Ministerio de Salud y Protección Social proveerá un aplicativo donde cada ciudadano tenga la posibilidad de identificar y verificar en línea el Prestador Primario al cual se encuentra adscrito, así como el conjunto de prestadores de servicios de salud (IPS) que garantiza su derecho a la salud a través de las Redes Integrales de Atención.

Parágrafo 1. Es responsabilidad de las Aseguradoras de Riesgo en Salud (ARS) mantener permanentemente actualizada y vigente dicha información. Las fallas en la actualización afectarán directamente su habilitación técnica.

Artículo 27. Agrupador Único Nacional. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá o adoptará un Agrupador Único Nacional con capacidad de 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.

Parágrafo. 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 Aseguradoras de Riesgo en Salud (ARS) y las Prestadoras (IPS).

Artículo 28. Mecanismos de pago para programas primarios de prevención y manejo de enfermedad. De acuerdo con los conjuntos de procedimientos definidos para el primer nivel de atención, la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y el análisis de situación de salud (ASIS) de cada territorio, los departamentos y municipios



en conjunto con las Aseguradoras de Riesgo en Salud (ARS) definirán las acciones mínimas preventivas y de manejo de enfermedad que se deben realizar a nivel primario en el respectivo territorio.

Parágrafo 1. El pago de las intervenciones de primer nivel deberá ser ajustado por las Aseguradoras de Riesgo en Salud al cumplimiento de las acciones preventivas y asistenciales programadas.

Parágrafo 2. 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.

Parágrafo 3. En el caso de las Aseguradoras de Riesgo en Salud, dichos incumplimientos tendrán efecto sobre sus indicadores de calidad y consecuente reconocimiento del componente variable en el pago de la UPC.

Artículo 29. Áreas Territoriales de Prestación para Redes Integrales de Atención.

Las áreas territoriales de prestación corresponden con las Áreas Territoriales de Aseguramiento (ATS). En ellas deben converger los Prestadores de Servicios de Salud (IPS) necesarios para garantizar los servicios y tecnologías del Plan Único de Salud y constituyen el ámbito de habilitación de las Redes Integrales de Atención.

Parágrafo 1. La prestación primaria en red se debe garantizar en el ámbito municipal.

Parágrafo 2. La prestación complementaria y por centros de excelencia se brindará en el ámbito de las Áreas Territoriales de Aseguramiento (ATS).

Parágrafo 3. En caso de no existir la oferta necesaria y suficiente de atención complementaria en la respectiva Área Territorial de Aseguramiento, esta se garantizará en otra Área Territorial de Aseguramiento.

Artículo 30. 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 de Riesgo en Salud (ARS).

En el caso de que se decida prestar el servicio a través de un Único Asegurador de Riesgo en Salud, este será seleccionado mediante un proceso objetivo adelantado por el



Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud y el o los entes territoriales correspondientes a la zona, y que será acompañado por la Procuraduría General de la Nación.

Artículo 31. Fortalecimiento de Hospitales Públicos en Redes Integrales de Atención. Será responsabilidad de los departamentos la coordinación operativa y complementariedad de los hospitales públicos que hagan parte de las redes integrales de atención, correspondientes a sus áreas territoriales de referencia.

Para el efecto deberán presentar en un plazo no mayor a un año el Plan de Fortalecimiento de su red hospitalaria. Este plan incluirá la complementación entre hospitales para la prestación de servicios de manera integral en el marco de la red de atención. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará los instrumentos para el Plan y brindará la asistencia técnica para su ejecución.

Artículo 32. Función de vigilancia de las redes. La inspección vigilancia y control de la Red municipal estará a cargo de los departamentos y la red departamental será vigilada por el nivel nacional.

Las ciudades principales mantendrán la inspección y vigilancia sobre su red pero esta responsabilidad podrá ser delegada al nivel nacional en caso de que se evidencien deficiencias en su labor, a petición propia o por solicitud del Ministerio de Salud.

Artículo 33. Política Nacional de Alianzas Público Privadas en Salud. El Estado podrá realizar Alianzas Público-Privadas para la adecuación y dotación de la infraestructura física y administrativa que complemente las redes de atención y garantice la prestación oportuna del derecho a la salud. La administración de estos nuevos centros y redes podrá estar a cargo de la Alianza Público Privada.

El Ministerio de Salud presentará la Política Pública Nacional de Alianza Públicas Privadas en Salud, contados 6 meses a partir de la vigencia de esta ley y que será sustentada ante las Comisiones Séptimas del Congreso de la República.

Parágrafo 1. El manejo de los recursos de las Alianzas Público Privadas atenderá el marco legal de la contratación entre empresas privadas vigente.

Capítulo V Salud Pública



Artículo 34. Estudio Nacional de Carga de Enfermedad. El Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo de Colciencias realizará cada cinco años un estudio Nacional y departamental de Carga de Enfermedad. Este estudio servirá de insumo para la definición de prioridades en salud a nivel nacional y departamental.

Artículo 35. Plan Nacional de Salud Pública. El Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo del Instituto Nacional de Salud y demás instituciones adscritas, realizara la evaluación del cumplimiento del Plan Nacional de Salud Pública 2012-2021 y formulará el Plan Nacional de Salud Pública 2022-2031.

Artículo 36. Política Nacional de Nutrición. El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el Ministerio de Educación Nacional formulará y adoptará una política nacional que aborde los problemas de la malnutrición, incluyendo el manejo de la desnutrición aguda y crónica, así como los problemas de sobrepeso y obesidad que de acuerdo con la Encuesta Nacional de Situación Nutricional afectan a la población colombiana.

Artículo 37. Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Trabajo y el Instituto Colombiano de Bienestar familiar, y las demás entidades con injerencia expedirá una política que contemple todas las acciones orientadas a la promoción y mantenimiento de la salud y bienestar durante el proceso de envejecimiento y la vejez.

Artículo 38. Planes Territoriales de Salud. Las entidades territoriales tendrán la responsabilidad de caracterizar los principales riesgos epidemiológicos de la población y definir las acciones preventivas, promocionales y de alta externalidad que deberán efectuarse en el respectivo territorio, en conjunto con las Administradoras de Riesgo en Salud (ARS) y las Redes Territoriales de Salud.

Para cada ARS se definirán acciones y metas que deberá desarrollar en cada departamento y municipio, las cuales serán consignadas en un Plan Territorial de Salud que será formulado y evaluado anualmente.



Parágrafo 1. Los resultados de las evaluaciones realizadas por parte de los entes territoriales serán insumo para la habilitación de las Administradoras de Riesgo en Salud (ARS) y la definición de su componente variable del pago.

Capítulo VI Medicamentos y tecnologías médicas.

Artículo 39. Negociación centralizada de medicamentos, insumos y dispositivos. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos para adelantar negociaciones centralizadas de precios de medicamentos, insumos y dispositivos para todos los ámbitos del sistema de salud.

Los precios resultantes de las negociaciones centralizadas serán obligatorios para los proveedores y compradores de medicamentos, insumos y dispositivos de servicios de salud y estos no podrán transarlos por encima de aquellos precios. El Gobierno Nacional podrá acudir subsidiariamente a la compra directa de medicamentos, insumos y dispositivos.

Artículo 40. Determinación de precios para el ingreso al sistema de medicamentos y dispositivos médicos. La evaluación que realice el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) a los medicamentos y dispositivos médicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el precio que este ministerio determine con base en esa evaluación, serán requisitos para la expedición del correspondiente registro sanitario y/o su renovación por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).

El proceso de determinación del precio de que trata este artículo se hará en forma simultánea con el trámite de registro sanitario ante el INVIMA. Para tal efecto, el Ministerio de Salud establecerá el procedimiento que incluya los criterios para determinar las tecnologías que estarán sujetas a este mecanismo y los términos para el mismo, los cuales no podrán superar los fijados en la normatividad vigente para la expedición del correspondiente registro sanitario.



Parágrafo 1. Corresponderá a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos o Dispositivos, cuando así lo delegue el Gobierno Nacional, la definición de la metodología y los mecanismos de regulación de precios de medicamentos, así como la regulación de los márgenes de distribución y comercialización de los mismos.

Artículo 41. Cobertura de medicamentos genéricos. En el manejo terapéutico de aquellas enfermedades donde exista disponibilidad de medicamentos genéricos y biosimilares, de acuerdo con las indicaciones y eficacia aprobadas por el INVIMA, el sistema de salud dispensará únicamente medicamentos genéricos y biosimilares. El paciente tendrá derecho a acceder a medicamentos no genéricos para lo cual el sistema reconocerá el costo del genérico quedando a cargo del paciente el valor excedente del medicamento no genérico.

Parágrafo 1. En aquellos medicamentos sujetos a control de precios el valor máximo para recobro de la porción a cargo del paciente no podrá exceder el precio fijado en la respectiva resolución de control de precios.

Capítulo VII Sistema Interoperable de Información en Salud.

Artículo 42. Sistema Único Interoperable de Información del Sistema de Salud. El Gobierno Nacional a través de sus Ministerios de Salud y de Tecnologías y Comunicaciones, usando la infraestructura tecnológica existente y/o la que desarrolle, habilitará un sistema único e interoperable que permita el flujo de información entre los distintos actores del Sistema de Salud, facilite los trámites entre ellos y haga transparente las interacciones entre los actores del sistema.

El Ministerio de Salud formulará en un plazo no mayor a 6 meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, un plan para la interoperabilidad del sistema que será socializado por parte de los actores y será insumo para la estandarización de la información que hará parte del Sistema Único Interoperable de Información del Sistema de Salud.

Artículo 43. Consejo para la Interoperabilidad del Sistema de Información del Sistema de Salud. Crease el Consejo para la Interoperabilidad del Sistema de



Información del Sistema de Salud el cual establecerá la estructura de gobierno, procesos y procedimientos para el manejo interoperable y descentralizado de datos y las relaciones entre sus agentes.

Este Consejo estará conformado por:

Ministro de Salud y Protección Social o su representante

Ministro de Tecnologías de la Información y Comunicaciones o su representante

Un representante de los Aseguradores (ARS)

Un representante de los Prestadores de servicios (IPS)

Un representante de los usuarios

Un representante de los productores de software y aplicativos

Un representante de las facultades universitarias de sistemas y datos.

Artículo 44. Obligatoriedad de integrarse al Sistema Único Interoperable de Información del Sistema de Salud. Todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán integrarse de manera obligatoria al sistema interoperable en un plazo y condiciones definidas por parte del Ministerio de Salud y el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

Artículo 45. Conjuntos mínimos de datos y estándares de interoperabilidad. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá en conjunto con los agentes del sistema, los conjuntos mínimos de información, estándares semánticos y clasificaciones requeridas para la transaccionalidad del sistema. El Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones definirá los estándares sintácticos y técnicos que harán posible la integración de los diferentes formatos en un entorno de interoperabilidad.

Artículo 46. Adopción de estándares para el sistema de información. Los diferentes proveedores de aplicativos de historia clínica, de sistemas administrativos aplicados a salud, de aplicaciones asociadas a tecnologías médicas deberán adoptar los estándares definidos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones.

Artículo 47. Integralidad de la Información financiero-administrativa. Para el ejercicio, vigilancia y control el Sistema de Información contendrá en tiempo real la



situación de cartera de los Aseguradores, IPS y Entes Territoriales, la facturación electrónica entre integrantes del sistema de seguridad social y la información sobre consumos de servicio, contratos y mecanismos de pago.

Artículo 48. Interoperabilidad de los servicios de urgencias en el ámbito territorial.

El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, expedirán la reglamentación que permitirá a los servicios de urgencias integrar los protocolos de comunicación e intercambio de pacientes e información en el ámbito de los municipios y departamentos y Áreas Territoriales de Aseguramiento (ATS).

Parágrafo 1. Los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias deben extender su coordinación en el ámbito local para incluir todos los servicios habilitados de urgencias que operen en el municipio y departamento.

Artículo 49. Repositorios de información y manejo de grandes datos. El sistema interoperable debe determinar repositorios y procesos que permitan el manejo de información anonimizada para procesos de analítica y gestión del riesgo.

Parágrafo 1. Los Ministerios de Salud y Protección Social y de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (MINTIC) definirán los mecanismos para que los ciudadanos dentro de las normas de Habeas Data y protección de datos puedan autorizar el uso de sus datos contenidos en el Sistema, para fines de investigación, gestión integral de riesgo y analítica.

Capítulo VIII Recurso Humano en Salud

Artículo 50. Estudio Nacional de Recurso Humano en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional, en un plazo no mayor a un año a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, deberá realizar un Estudio Nacional de Necesidades de Recurso Humano en Salud donde se analice a nivel departamental y por áreas de referencia territorial la disponibilidad y necesidades de recursos humanos profesionales y de especialistas médicos.



Este estudio será insumo de referencia para la aprobación de registros calificados de programas de posgrado de salud aprobados por el Ministerio de Educación y para la determinación de los cupos de residencias médicas.

Artículo 51. Examen Único Nacional para el ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnosticas en medicina. Para el ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnosticas en medicina, será requisito la presentación de un Examen Único Nacional de Ingreso el cual se hará semestralmente y será reglamentado por el Ministerio de Educación y el ICFES.

Parágrafo 1. El Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y la Asociación de Sociedades Científicas y las Asociaciones Colombianas de Facultades de Medicina, definirán los puntajes y rangos para la definición de derechos de preeminencia en la aplicación a especialidades médicas por parte de los aspirantes.

Parágrafo 2. Mediante regulación que expedirán el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social, se asegurará que en el Examen Único Nacional se evalúen prioritariamente los aspectos relacionados con la salud pública y el perfil de morbilidad de la población colombiana.

Artículo 52. Programa Nacional para el Ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnosticas en medicina. Se instaura el Programa Nacional para el Ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnosticas en medicina, donde se definirán los mecanismos para la selección de aspirantes en todo el territorio nacional.

Este programa será reglamentado por el Ministerio de Educación y el Ministerio de Protección Social y buscará que en el acceso a especialidades médicas se generen condiciones de competencia y equidad en el ingreso a las residencias médicas en entidades públicas y privadas.

Parágrafo 1. Las universidades públicas y privadas deberán utilizar los puntajes del Examen Único Nacional para establecer las prioridades y preeminencia en la aplicación a especialidades por parte de los aspirantes de acuerdo con sus puntajes obtenidos.

Artículo 53. Denominaciones de especialidades médicas. El Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo del Ministerio de Educación Nacional, definirá las denominaciones de especialidades médicas a ser reconocidas en todo el territorio



nacional y que deben ser la base para la definición de programas de especialidad médica.

Parágrafo 1. Las denominaciones de especialidad médica deberán diferenciar especialidades médicas básicas, segundas especialidades y áreas de certificación de competencias para especialistas. Se definirá un mecanismo para la incorporación de nuevas especialidades.

Parágrafo 2. Se garantizará que las denominaciones de especialidades existentes deberán tener una homologación a las nuevas denominaciones que pasarán a ser reconocidas en el territorio nacional.

Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará en un plazo de un año a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, la certificación de competencias en especialidades médicas para aquellos entrenamientos no conducentes a título.

Artículo 54. De la formación de especialistas en el área de la salud por parte del Gobierno Nacional. El Gobierno Nacional, a través del Ministerios de Salud y el Ministerio de Educación, con base en sus capacidades presupuestales, serán los encargados, de la revisión de los programas y currículos de los posgrados que se ofrezcan y determinarán la cantidad mínima de los cupos de posgrado a ofertar por las IES e instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio.

Artículo 55. Obligación de oferta de programas de especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnosticas en medicina. Las Instituciones de Educación Superior que ofrezcan especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnosticas en medicina, deberán hacer compromisos de formación de especialistas de acuerdo con los resultados del Estudio Nacional de Necesidades de Recurso Humano en las denominaciones de especialidad que se identifiquen como deficitarias en su respectivo territorio.

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

Artículo 56. Currículo Único de Medicina Familiar. Para garantizar la formación de médicos especialistas en medicina familiar, el Ministerio de Salud y Protección Social con el Ministerio de Educación Nacional y las facultades que tengan programas



aprobados de medicina familiar, diseñaran un currículo único para la formación de médicos familiares nivel nacional.

Este currículo deberá permitir diferentes modalidades de formación incluyendo la posibilidad de utilizar el internado médico y el año de servicio social obligatorio dentro del proceso de formación de médicos familiares.

Parágrafo 1. Para incentivar la formación de médicos familiares, los estudiantes de programas de medicina que quieran hacer el programa especializado de médico familiar podrán acceder al Examen Único Nacional durante su último año de formación, previamente a la obtención título.

Parágrafo 2. Para los casos previstos en el parágrafo 1, 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 3. El Ministerio de Educación Nacional ajustará los procedimientos para agilizar el análisis de las solicitudes de programas de formación que hayan adoptado el currículo único.

Artículo 57. Programa de Formación y Actualización de competencias en medicina general. Se diseñará y ejecutará un Programa Nacional Formación y Actualización de competencias de medicina general, dirigido a los médicos generales que presten sus servicios en prestadores primarios en todo el territorio nacional. Este programa será diseñado y coordinado por el Ministerio de Salud y Protección Social y tendrá como objetivo la actualización de conocimientos y prácticas ejercidas en la profesión y será de obligatorio cumplimiento por parte de los integrantes del Sistema de Salud.

Artículo 58. Estímulos para médicos generales y especialistas que presten sus servicios en zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso. Los médicos generales y los especialistas que presten sus servicios en zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso, tendrán derecho a ser prioridad en las convocatorias de investigación y formación académica adelantados por el Gobierno Nacional.

En el caso de los médicos generales, estos obtendrán puntos adicionales en el Programa Nacional para el ingreso a especialidades clínicas y quirúrgicas en medicina.



En el caso de los médicos especialistas tendrán derecho a ser prioridad en las convocatorias de estudios de posgrado e investigación promovidas por el ICETEX y Colciencias y obtendrán puntos adicionales en el Programa Nacional para el Ingreso a Especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnosticas en medicina, en el caso de acceder a una segunda especialidad.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los criterios de definición de las zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso. También reglamentaran la oferta de incentivos y los requisitos para su acceso que sean de su competencia.

Parágrafo 2. El Ministerio de Educación, Colciencias e ICETEX, con base en sus capacidades técnicas y financieras, reglamentarán la oferta de incentivos.

Artículo 59. De los Comités de Talento Humano en Salud. El Consejo Nacional del Talento Humano en salud, estará apoyado por los siguientes comités:

Un comité por cada disciplina profesional del área de la salud

Un comité de especialistas y posgraduados

Un comité de Auxiliares en salud

Un comité de Talento Humano en Salud Ocupacional.

Un comité de las culturas médicas tradicionales.

Un comité para la Medicina Alternativa, Terapias Alternativas y complementarias.

Un comité de Ética y Bioética

Los demás comités que el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud considere pertinente para el cumplimiento de sus funciones.

Capitulo IX Inspección, Vigilancia y Medidas Anti evasivas.

Artículo 60. Regulación de Conglomerados Empresariales del Sector Salud. La Superintendencia 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 Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud expedirán en un plazo no mayor a seis meses la reglamentación correspondiente.

Artículo 61. Multas de la Superintendencia Nacional de Salud por conductas que vulneran el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el derecho a la salud.

Modifíquese el artículo 131 la Ley 1438 de 2011 el cual quedará así:

ARTÍCULO 131. VALOR DE LAS MULTAS POR CONDUCTAS QUE VULNERAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y EL DERECHO A LA SALUD. Además, de las acciones penales, de conformidad con el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, las multas a los representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud o quienes hagan sus veces, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y privado oscilarán entre cincuenta (50) y mil (1000) salarios mínimos mensuales legales vigentes y su monto se liquidará teniendo en cuenta el valor del salario mínimo vigente a la fecha de expedición de la Resolución sancionatoria.

Las multas a las personas jurídicas que se encuentren dentro del ámbito de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud se impondrán hasta por una suma equivalente a ocho mil (8.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes y su monto se liquidará teniendo en cuenta el valor del salario mínimo vigente a la fecha de expedición de la Resolución sancionatoria. Las multas se aplicarán sin perjuicio de la facultad de revocatoria de la licencia de funcionamiento cuando a ello hubiere lugar.

Artículo 62 Medidas Anti Evasión y Elusión. El Ministerio de Salud solicitará a la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) información sobre la evasión y



elusión y articularan en el sistema de cotización de manera directa la información declarada ante la DIAN con la Planilla Única de Aportes.

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

Parágrafo 2. Los recursos obtenidos por el pago de las sanciones por evasión de los aportes de Seguridad Social, tendrán destinación al ADRES quien los administrará de acuerdo a sus funciones.

Parágrafo 3. El Gobierno Nacional a través de los Ministerios de Salud, Trabajo, Tecnologías y las Comunicaciones y la DIAN y la UGPP, adelantarán campañas de publicidad y pedagogía sobre la importancia de realizar los aportes correspondientes así como las sanciones a las que se ven expuestos los infractores.

Las entidades competentes se encargarán de la difusión de estas campañas a través de los medios de comunicación y otras tecnologías de la información.

Artículo 63. Fraude en la afiliación. Cualquier intento de fraude en el proceso de clasificación del SISBEN, con las cuotas moderadoras y/o cotización de aportes al Sistema General de Seguridad Social, por parte de los ciudadanos será considerado como un peculado por apropiación de recursos públicos y será sujeto de las respectivas acciones de reparación sobre los recursos públicos gastados con cargo al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Capítulo X Otras disposiciones.

Artículo 64. Nuevas fuentes de financiación. Serán fuentes de financiación las contempladas en la Ley así como el recaudo proveniente de los impuestos saludables. El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Hacienda y del Ministerio de Salud presentará un informe a las Comisiones Séptimas y Comisiones Económicas Constitucionales del Senado y la Cámara, en el que explique los efectos de estos impuestos sobre la salud pública y la sostenibilidad del sistema de salud de acuerdo a los lineamientos de la OMS.



Artículo 65. Ajuste actuarial de la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Hacienda definirán las bases del modelo de análisis actuarial del sistema de salud, el cual se realizará anualmente y será la base para la definición del financiamiento del Plan Único de Salud.

Artículo 66. Programa de saneamiento financiero del Sistema de Seguridad Social en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo del Ministerio de Hacienda y la ADRES diseñara e implementará un programa de saneamiento financiero del sistema que contemple las acreencias en mora mayor a 360 días a partir del 1 de enero de 2020. Este programa incluirá tanto las deudas por servicios POS como servicios NO POS y se materializará mediante acuerdos de pago con descuentos según edad de cartera, de acuerdo con las prácticas de valoración de cartera del sistema financiero.

Parágrafo 1. Las acreencias entre 360 y 180 días deberán ser igualmente contabilizadas y se incluirán en los acuerdos de pago bajo las mismas condiciones y continuarán a cargo de los departamentos y Aseguradores de Riesgo en Salud (ARS).

Parágrafo 2. Los pagos se realizarán por giro directo desde la ADRES de acuerdo con la disponibilidad de recursos financieros y la edad de la cartera.

Artículo 67. Destinación exclusiva de recursos destinados a subsidios para no contribuyentes a la seguridad social con capacidad de pago. Los recursos que dejen de utilizarse en el pago de subsidios para no contribuyentes con capacidad de pago se destinarán de manera exclusiva durante cinco años a partir de enero de 2020 a la financiación de un fondo de destinación específica para el programa de saneamiento.

Artículo 68. Repositorio de precios de las prestaciones médicas. A partir del 1 de enero de 2020 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.



Artículo 69. 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 70. Vigencia. La presente ley entra en vigencia después de su publicación y deroga todas las disposiciones anteriores que le sean contrarias.

De los Honorables Congressistas,

Fabián Castillo Suárez

Senador de la República



EXPOSICIÓN DE MOTIVOS.

INTRODUCCIÓN.

Desde su creación el SGSSS ha experimentado una serie de cambios mediante decretos, resoluciones, circulares y acuerdos como fueron la Ley 1122 en 2007 dirigida a mejorar la prestación de los servicios, la Ley 1438 de 2011 que buscaba fortalecer el sistema con un modelo de atención primaria y más recientemente la Ley 1751 o Ley Estatutaria en Salud. Sin embargo estas reformas no han resuelto de fondo los problemas del SGSSS por lo que es necesario redefinir el funcionamiento del Sistema de Salud, acabando de raíz con muchos de los problemas que en últimas terminan por afectar al ciudadano de a pie.

Esta propuesta de transformación, ajuste y redefinición del Sistema de Salud gira en torno a:

La unificación del plan de beneficios para los regímenes contributivo y subsidiado en un Plan Único de Salud garantizándole a todos los colombianos, la afiliación al Sistema de Salud bajo las mismas condiciones y beneficios, entre los que tiene relevancia la licencia de maternidad en el Régimen Subsidiado.

Implantar un Modelo Primario Atención caracterizado por la integralidad, territorialidad, cuyo centro la medicina familiar garantizándole a todo ciudadano un médico responsable de su salud que lo acompañe en su tratamiento y rehabilitación.

Operación del Modelo de Atención en Redes por parte de las Aseguradoras de Riesgo en Salud (ARS) que reemplazarán a las EPS cuyo mal funcionamiento es una de las causas y síntomas de la crisis del Sistema.

Orientar la salud pública hacia la prevención con estudios de carga de la enfermedad, perfil nutricional del país, así como una política pública para la vejez.

Aumentar el Recurso Humano en salud del cual se ha identificado un déficit de más de un déficit de 16.000 médicos especialistas en ramas médico-quirúrgicas (4743), clínicas (10552) y diagnósticas (266). Se busca formar nuevos especialistas en cuatro años especialmente en medicina familiar y en aquellas áreas en las que se ha detectado déficit. Se estandarizarán las diferentes denominaciones de especialidades médicas, así



como una política de residencias médicas y las condiciones de remuneración. Para asegurar la calidad de los profesionales, se implantará Examen Único Nacional para el Ingreso a especialidades clínicas y quirúrgicas en medicina

Una política farmacéutica basada en genéricos como apoyo a la industria nacional con la posibilidad del paciente de adquirir medicamentos comerciales. Lo anterior apoyado en mecanismos de negociación y compra centralizada que repercutirá en un 5 % de ahorro anual sobre un monto de \$1.8 billones.

Reducir la fragmentación y dispersión de información que limita el adecuado funcionamiento del Sistema a través de la creación y puesta en marcha del Sistema Interoperable de Información en Salud que permitirá el flujo de información entre los distintos actores del Sistema de Salud, facilitará los trámites entre ellos y los usuarios y dará transparencia a los procesos financieros y transaccionales de las Administradoras de Riesgo en Salud (ARS) y Prestadores (IPS).

Generar en el Sistema las exigencias para que los agentes compitan por el buen servicio y no por los recursos del sistema por lo que se hace necesaria una regulación efectiva del sistema de salud. Esto implica un fortalecimiento y reasignación de funciones de las instituciones públicas del sector, aumentar las multas de la Superintendencia Nacional de Salud y aunar esfuerzos interinstitucionales entre la DIAN, Unidad de Gestión Pensional y de Parafiscales y el Ministerio de Salud para identificar y sancionar a los que no pagan sus aportes al Sistema y cuestan al año 3 billones de pesos.

CONSIDERACIONES GENERALES DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA.

Regulación actual y la incidencia sobre el Sistema y sus actores.

En sus 25 años de existencia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha prácticamente logrado la cobertura universal de aseguramiento, alcanzando el 94,88% del total de la población colombiana. Si se toman como denominador los resultados del Censo 2018 entregados por el DANE, el SGSSS estaría en cobertura universal. También notables han sido los efectos en la reducción del gasto de bolsillo de la población que ha evolucionado del 43.7% del total de gasto en salud en 1993, al



16.2% en 2016 (Barón, 2018), lo cual representa un nivel muy alto de protección financiera de la población colombiana frente a los riesgos de pérdidas catastróficas del ingreso y la renta a causa del gasto en servicios de salud. Estos resultados indican que el diseño del esquema de financiamiento ha sido profundamente solidario y la implantación del aseguramiento ha sido exitosa.

La combinación de mayor cobertura, menor gasto por parte de la población y la promesa de acceso universal incluida en la Ley 100 de 1993; han tenido como consecuencia que la demanda de servicios haya aumentado de manera significativa, incrementando sustancialmente el acceso a los servicios curativos. El resultado se ha logrado con un incremento muy moderado del gasto público y privado en salud, que para 2016 representa el 6.8% del PIB (de acuerdo con la metodología de estimación de la OMS), mucho menor al de otros países de similar nivel de desarrollo que hayan alcanzado la cobertura universal de aseguramiento.

Como resultado de la aplicación regulatoria, se ha configurado un asegurador (EPS) que recibe una prima calculada exógenamente y actúa principalmente en el mercado de aseguramiento, por un lado aumentando su volumen de afiliados para distribuir el riesgo en su población y por otro lado negociando los contratos y precios que reconoce a los hospitales, en lugar de concentrarse de la gestión de riesgo poblacional. (Ruiz, 2018, p.9). Esta eventualidad ha ocasionado el divorcio entre el esquema de aseguramiento concentrado en la curación y las funciones de salud pública a cargo de entidades territoriales con muy limitada capacidad de intervención, a excepción de las grandes ciudades.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creado en 1993 a través de la Ley 100 se caracteriza por ser un sistema de competencia regulada, basado en la mezcla pública-privada y modulado a través de una combinación mercado-regulación. Los aseguradores (EAPB o EPS) responden por el riesgo de salud de las personas y su consecuente riesgo financiero soportados en una prima regulada (Unidad de pago por capitación) y modulan los precios de los servicios a través de la posibilidad de conformación de redes de prestadores a los cuales pueden contratar de manera selectiva. Las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) atienden a los usuarios de acuerdo al



portafolio de servicios regulado mediante un Plan Obligatorio de Servicios de Salud (POS).

En este sentido, el sistema se planteó como un esquema descentralizado, en el que la competencia entre los diferentes agentes que lo conforman estaría dada por la calidad que como aseguradoras se brindara a los usuarios. Sin embargo al establecerse una regulación unilateral por el gobierno al POS (producto) y de la UPC (valor), se ha derivado en un modelo de aseguramiento social con muy limitada competencia (Restrepo & López, 2012).

A través de los años se han ido evidenciando diferentes fallas regulatorias que terminaron des configurando tanto el aseguramiento como la prestación de servicios: 1. La no exigencia de procesos de habilitación técnica, ni financiera en el aseguramiento derivó en la proliferación de aseguradores (más de 40) con muy pequeñas o dispersas poblaciones afiliadas, prácticamente sin reservas técnicas y como resultado con siniestralidades muy altas que en muchos casos exceden el 100% de la UPC (Ruiz & Uprimny 2011), 2. En la prestación, la carencia de un modelo de atención regulado, las fallas de funcionamiento en red y la nula interoperabilidad de la historia clínica condujo a un modelo basado en la atención de cada episodio enfermedad, centrado en el servicio hospitalario, con muy baja resolutivez en los niveles primarios, lo cual ha desembocado en la acumulación de riesgo de enfermedad y discontinuidad en la atención, tiempos muy prolongados para la atención y lo cual ha incentivado el uso extensivo de la tutela como mecanismo para garantizar el servicio (Ruiz y Zapata, 2017).

Estas falencias en la regulación y competencia del sector ha sido el punto de partida hacia subsecuentes problemáticas que amenazan la sostenibilidad financiera del Sistema y su funcionamiento, repercutiendo en el acceso a los servicios de salud de los usuarios a través del racionamiento de los servicios. Al final el ciudadano queda solo y debe auto gestionar su acceso a tratamientos con un costo muy alto en los desenlaces clínicos y la resolutivez del sistema.

El recientemente publicado estudio Concord 3 que recoge las sobrevividas por cáncer en más de 70 países del mundo muestra cómo en los siete tipos de cáncer más frecuente, los años de sobrevivida tienden a disminuir y las diferencias en supervivencia con países



de similar nivel de desarrollo son muy grandes. Limitada prevención, detección tardía, demoras en abordar el tratamiento y fraccionamiento en el acceso a tecnologías médicas son reflejos de los desenlaces y evidencian problemas severos en el modelo de atención.

Si bien han habido posteriores modificaciones a la Ley 100 de 1993, como lo fueron la ley 1438 de 2011 que buscaba fortalecer la Atención Primaria en Salud, o la de más reciente expedición, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que consagró la salud como un derecho fundamental y por tanto irrenunciable, no se ha podido resolver los graves problemas que han conllevado a aumentar la inequidad, corrupción, modelo de prestación de salud morbicéntrico, deshumanización de la salud (Moreno, 2018).

RETOS DEL SISTEMA DE SALUD.

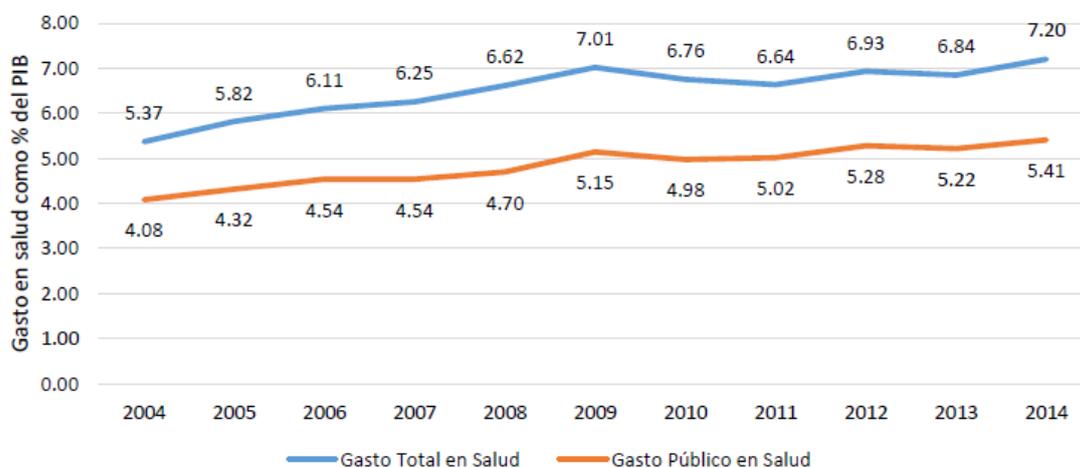
En este sentido, son dos los grandes retos que afronta el sistema y sobre los que toda la institucionalidad colombiana y actores privados, debe enfocar sus esfuerzos. Por un lado, la sostenibilidad financiera resultado de la relación Estado-EPS-IPS y la prestación del servicio de salud de calidad que afecta a los usuarios. La solución de estos problemas, íntimamente relacionados entre sí, puede llevar a la materialización del derecho a la salud consagrado en la Ley Estatutaria y al cumplimiento de los deberes del Estado Social de Derecho.

Sostenibilidad.

Cuando se habla de la sostenibilidad del sistema se habla de una problemática que es apremiante a la fecha. La unificación de los planes de beneficios, los medicamentos, procedimientos y tecnologías incluidos en este, así como los cambios demográficos y en el perfil epidemiológico de la población colombiana, son variables que explican las necesidades actuales y a futuro del sector salud.

En un análisis del comportamiento del gasto en salud en el país durante el periodo 2004-2014 (Bardey & Buitrago 2015), evidencian la evolución del gasto en salud y la composición de este cuya tendencia durante los 10 años de observación ha sido creciente, pasando de 26, 6 billones en el año 2004, a 57, 4 billones para el 2014, una variación de 8,04% en promedio año tras año. Como porcentaje del PIB la tendencia también es creciente con un cambio absoluto en el periodo observado de 1,83 puntos del PIB para el gasto total en salud.

Gasto total y público en salud. Colombia 2004 – 2014.



Fuente: Bardey & Buitrago, p. 5

De acuerdo a varias proyecciones (Gutiérrez, 2018) en un escenario de absorción acelerada de tecnología el gasto público en aseguramiento en salud como porcentaje del PIB alcanzará a ser de 6.2%, siendo el 44% de este crecimiento explicado por el cambio tecnológico, crecimiento de la población 38%, envejecimiento poblacional 12% y el 6% restante por el cambio en el perfil epidemiológico hacia enfermedades crónicas. Es decir que para el 2020 habría que buscar recursos adicionales equivalentes a 1.1 veces la meta de recaudo adicional por aumento del IVA de la reforma tributaria del 2017, y casi 3 veces este monto para el 2030.

Además de estos costos, la realidad financiera del sistema imprime presión sobre este y su funcionamiento. Para diciembre de 2017, las EPS le adeudaban a los prestadores, según la Superintendencia de Salud, 5,7 billones, 1,3 en el régimen contributivo y 4,4, en el régimen subsidiado. En los reportes de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), el valor de la cartera con las ESE reportado para 2017 en su encuesta anual, tiene un valor de COPS \$ 8,2 billones, de los cuales el 60,2% es carteta en mora.

Al día de hoy casi la totalidad de las EPS presentan indicadores que muestran serias pérdidas de valor, patrimonios negativos e incapacidad para cumplir con los márgenes de solvencia. (Arango, 2018, p.68). De las 11 EPS que existen hoy en el Régimen Contributivo, 3 están solventes, 5 que han estado en insolvencia lograron demostrar ante la Superintendencia Nacional de Salud que alcanzaron los compromisos de ajuste para



el segundo año del plan de recuperación, y 3 continúan insolventes. En el régimen subsidiado de 24 EPS que hay hoy, 6 de ellas son solventes, 3 lograron cumplir compromisos del plan de recuperación del segundo año y 15 continúan en insolvencia (Arango, 2018 p.69.).

La situación no es alentadora cuando se observa la situación patrimonial de las EPS, las cuales solo 11 de 37 tienen patrimonio positivo (5 de 27 EPS RS / 6 de 10 EPS RC) pero sus activos de están constituidos en un 60% por cuentas por cobrar (que en muchos casos en superior al 80%), es decir, que son empresas que sustentan en la deuda y ante afectaciones al sistema, dejarían de funcionar y no prestarían sus servicios.

Un sistema no sostenible, es por defecto, un sistema generador de inequidad. La no sostenibilidad financiera atenta contra los logros en equidad en salud¹ y restringe la garantía del derecho fundamental a la salud de los ciudadanos, provocando limitaciones diferenciales e injustas al (i) acceso, disponibilidad y calidad de los bienes y servicios que se espera sean suministrados por el sistema y a (ii) la protección financiera de las familias (Arango, 2018, p.65).

Prestación y calidad del servicio.

Como ya se dijo antes muchos de los problemas radican en la forma en que se concibió la regulación de las EPS y las IPS. En este punto surge el tema de la Unidad de Pago por capitación que es la contraprestación a la realización de la prestación del servicio que corresponde a un valor anual fijo por cada afiliado, ajustado según sexo, edad y ubicación. (Restrepo & López, 2015). Esta disposición regulatoria, si bien es un instrumento poderoso para mantener los costos controlados, favorece la dilución o negación del servicio y hace que estas eviten afiliar pacientes de alto riesgo. (Gutiérrez, 2018, p 13). Sin embargo, el problema que más afecta la sostenibilidad del sistema es el mecanismo de recobros por las prestaciones que no están incluidas en el POS y que para 2018 podrían alcanzar los 4 billones de pesos, rubro no incluido en la estimación de la UPC ni tampoco financiado pero si cubierto de manera obligatoria por las EPS.

El resultado del esquema de mercado adoptado ha sido la concentración creciente tanto en los mercados de 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.

Así, el resultado es un esquema donde la competencia ha sido limitada y los incentivos hacia la calidad son reducidos por la inclinación de los diferentes actores hacia la competencia por las rentas derivadas de la UPC, lo cual se traduce en servicios fragmentados (Ruiz, 2018, p. 10). A su vez los afiliados no saben medir muy bien la calidad ofrecida por las EPS, lo que implica que la demanda a la cual se enfrenta cada EPS es relativamente inelástica en la calidad ofrecida, es decir, responde poco a variaciones de calidad. (Bardey,). Los resultados iniciales del Registro de Talento Humano en salud indican que de los 113,000 médicos en ejercicio solamente 25,000 son especializados lo cual indica un severo déficit para un sistema cuya resolutivez está basada en la infraestructura hospitalaria (MinSalud, 2018). Fallas en la regulación de la educación superior e inequidades en el acceso a las residencias médicas son factores críticos que derivan en mayores problemas en la calidad, oportunidad y continuidad de los servicios de salud.

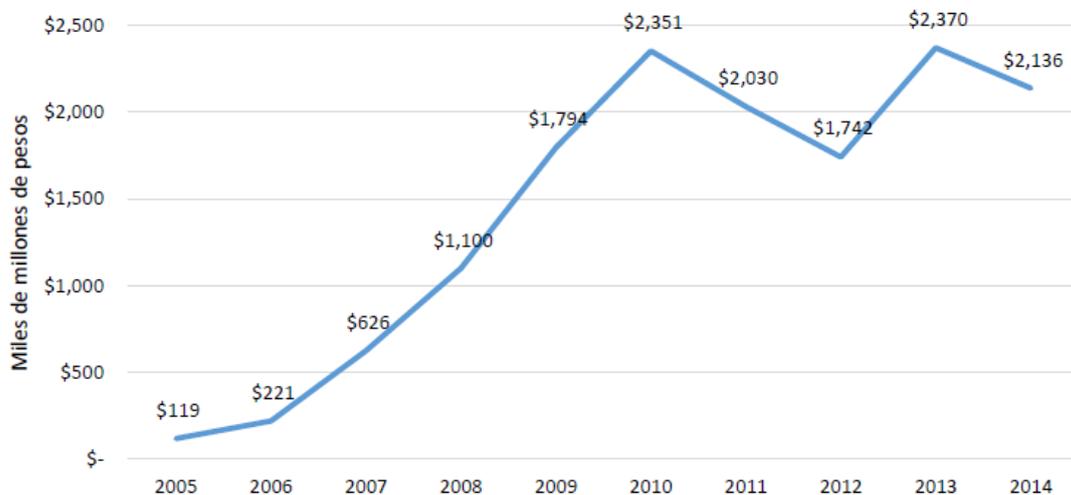
En el sistema actual, aunque las UPC recibidas por las EPS se ajustan (imperfectamente) a los riesgos de los individuos, están calculadas sobre la base de una calidad promedio ofrecida por las EPS, lo que conlleva a que haya una situación de subsidios cruzados (no deseable) entre las EPS que ofrecen una mejor calidad hacia las EPS que ofrecen una calidad baja de tal forma. Así, los económicos dependen mucho



más de la calidad ofrecida a sus usuarios respectivos y menos al control de gasto (Bardey, 2015).

Por lo anterior, se busca establecer el pago de una parte de la UPC con base en los resultados en salud de los afiliados. Dicho esquema de pago obligaría a que los resultados económicos de las EPS obedezcan al cumplimiento de metas sanitarias, de tal forma que las EPS ya no tendrían incentivos para controlar su gasto en salud, limitando la atención de sus afiliados. Es decir que las EPS ya no podrán recurrir a la estrategia de bajar su calidad de atención, para aumentar su margen de ganancias. (Bardey, 2015).

Las afectaciones en la prestación del servicio terminan por aumentar el problema de sostenibilidad que hay en el Sistema. Por ejemplo para el 2016, las prestaciones excepcionales (NO-POS) otorgadas a través de las cortes o los comités técnicos científicos alcanzaron casi 3 billones de pesos y representaron un 10 % del gasto en seguridad social en salud.



Fuente: Bardey & Buitrago, 2015, p. 6.

Este gasto NO POS ha sido un elemento de fuerte impacto sobre la sostenibilidad del sistema como lo refleja el gran aumento de los recobros en términos reales entre los años 2005 y 2012, pasando de 119 mil millones a 1,7 billones. A su vez se observa cierto periodo de estabilización que puede ser atribuido a sucesos de política como la declaración de Emergencia Social en Salud 2009 por el aumento desproporcionado de los gastos en salud, la igualación de los regímenes y su plan de beneficios en julio del



2012; y la regulación de precios de medicamentos en mayo de 2013. (Bardey & Buitrago, 2017)

Estos problemas financieros terminan reflejándose en la negación de prestación del servicio por lo que los usuarios buscan otras formas para acceder al sistema como lo reflejan el número de quejas y tutelas en relación al derecho a la salud. En 2017 la Superintendencia de Salud registró 215.800 reclamos por la mala prestación del servicio en diversas EPS, un incremento del 3% frente al periodo anterior. (Caracol, 2018).

La tutela, mecanismo constitucional de tipo judicial encaminado a la garantía inmediata de un derecho fundamental se ha convertido en un elemento central de la relación usuario-sistema con repercusiones en la sostenibilidad financiera. En el 2014, el número de tutelas fue de 118.000, representando el 23.74 por ciento del total de acciones interpuestas en 2014 que fueron 498.240, es decir que $\frac{1}{4}$ parte de las violaciones a derechos fundamentales en Colombia corresponde al Sistema de Seguridad Social en Salud. En 2015 la cifra subió a 151.213 reclamaciones judiciales en razón de afectación al derecho a la salud, correspondiendo del total presentado que fue de 614.520 acciones, el 24 por ciento, algo así como 411 cada día del 2015. (El Tiempo, 2016).

La limitación de recursos financieros es una parte importante del problema pero 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. En efecto mientras solo 1 de cada 2 colombianos asiste a una consulta de prevención al año, la tasa de hospitalización anual es de cerca del 10%, más del doble de la tasa de hospitalización de México o Brasil (Ruiz y Zapata, 2017).

A lo anterior hay que agregar los efectos de la transición demográfica y epidemiológica que muestra como el 83% de la carga de enfermedad corresponde a enfermedad crónica (Rodríguez, 2015). El manejo de la enfermedad crónica requiere intervenciones de largo plazo con alta demanda de medicamentos costosos y alto gasto. La continuidad del servicio es crítica para mantener a la población libre de riesgo y efectuar el adecuado manejo de la enfermedad crónica requiere de servicio primarios altamente resolutivos y



programas asistenciales que permitan estandarizar las atenciones, mantener controlada la enfermedad a costos razonables.

Modelo de Atención.

Lo anterior es suficiente para, además de medidas orientadas a mejorar la relación entre los actores encargados de la prestación del servicio, se deben tomar medidas que acerquen efectivamente el Sistema al paciente y garanticen el ejercicio pleno del derecho a la salud.

En este contexto se expide en 2015 la Ley Estatutaria de la Salud que reorienta el sistema de salud sobreponiéndolo al Sistema de Seguridad Social y enfatizando la atención integral en salud una vez logrados los objetivos de cobertura y reducción del riesgo financiero.

En este sentido es que surge la aplicación del Modelo de Atención Primaria con enfoque comunitario y familiar a través de redes, como el modelo de Atención Primaria a desarrollar en Colombia. Este modelo busca garantizar una atención en salud con equidad, centrada en las personas, con estándares de oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad.

Se trata de un modelo que orienta el sistema hacia la prevención, incrementando la capacidad de resolución del nivel básico de servicios al plantear un esquema regulado de atención por médicos familiares con mejor entrenamiento. Estos Médicos familiares adecuadamente entrenados con acceso a telemedicina especialistas, estarían capacitados para atender la gran mayoría de los pacientes con diabetes, así como más del 70% de las patologías integrando la prevención y a un costo mucho menor con mayor oportunidad y continuidad en la atención, que ha sido propuesto como un sistema moderno aplicado en Inglaterra, Holanda, Canadá, con resultados excelentes. (Ruiz, 2018, p. 13).

El Modelo de Atención Primaria con enfoque comunitario y familiar a través de redes surge como herramienta que favorece al mejoramiento de la prestación del servicio al usuario y a la sostenibilidad del sistema pues al brindar una asistencia primaria integral desde el primer nivel, descongiona los otros niveles de complejidad que son saturados por los usuarios al no encontrar solución a su problema en el primer nivel de atención. Evidencia de lo anterior se puede apreciar en la ocupación de los niveles de atención hospitalaria, donde el primer nivel de atención no alcanza el 40%, mientras que



los otros niveles superan el 78%, teniendo el segundo nivel una ocupación por encima de 97% y 91% el tercer nivel, en el período 2007 – 2012. (Ministerio de Salud, 2016).

Dicha sistema implica el establecimiento de las Redes Integradas de Servicios que 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)

Uno de los retos del Modelo de Atención Primaria con enfoque comunitario y familiar a través de redes es la adecuación de la oferta de servicios en las zonas de alta ruralidad, en donde la mayor parte de los proveedores son públicos y tienen muy bajo nivel resolutivo. En este aspecto, para la dotación y adecuación de los centros que proveerán la atención primaria integrada, se requieren de unos recursos que las entidades territoriales hoy no tienen y el gobierno nacional tampoco (Gutiérrez, 2018). Por lo tanto se propone la posibilidad de extender u operar redes a través de alianzas público-privadas en zonas donde los aseguradores disponibles en el momento, no ven incentivos para operar.

La instalación y aplicación efectiva del Modelo de Atención Primaria con enfoque comunitario y familiar a través de redes, además de solucionar algunos problemas de atención a los usuarios, puede ser también útil en el objetivo de alcanzar la sostenibilidad financiera del sistema. Un estudio de la OECD para la Comisión Europea analizó el crecimiento esperado del gasto en salud para los países miembros, y simulando el efecto de una mejora en la salud de la población, encuentra que un incremento del 50% en la proporción de años que las personas pasan en buen estado de salud, reduce el gasto en salud en 2 puntos porcentuales del PIB. Es decir, si el MIAS logra que los usuarios pasen la mitad del tiempo enfermedad y discapacidad, se podría contar con ingresos adicionales equivalentes por lo menos a un punto del PIB y hasta dos, logrando hacer frente a la absorción tecnológica y cambios poblacionales. De hecho el MIAS tiene el potencial de reducir las solicitudes por servicios incluidos en el Plan de Beneficios por vía judicial, puesto que al mejor la continuidad y oportunidad del servicio, los ciudadanos ya no deben recurrir a la tutela (Gutiérrez, 2018, p. 18-19).

Sistema Interoperable de Información en Salud.



La aplicación de un Modelo de Atención Primaria con enfoque de redes hace necesario la utilización de un Sistema de Información Único para el Sistema de Salud en el que se encuentren los Administradores de los Planes de Beneficios, los Prestadores de Salud y que contenga información relacionada con su estado de cartera, la adquisición de tecnología y el costo de esta, así como la historia clínica del paciente.

Con la centralización e interoperabilidad de la información concerniente a la gestión del riesgo en salud se eliminarían trámites como las autorizaciones, se corregirían procesos como el fraccionamiento de la historia clínica del paciente, lo que tiene implicaciones en la continuidad e integralidad del tratamiento en salud. A su vez la centralización de información relacionada con cartera y procesos de compra puede tener efectos positivos en el entendimiento de las partes con cuentas médicas por servicios prestados. Además de esto, al hacer pública la información sobre los procesos de compra, se van generando precios de referencia que evitarían abusos o irregularidades en estos procesos a lo largo del país.

Se trata no solo de tener información de los recursos devengados y aplicados en cumplimiento en el Sistema, sino que se trata de hacer transparente el comportamiento de los aseguradores y prestadores, y su estado real de su cartera.

Recurso Humano en Salud.

Otra arista esencial del Sistema de Salud es la formación del talento humano, tema en el cual Colombia también presenta falencias. La formación de médicos generales y especialistas en Colombia se encuentra regulada por el Gobierno Nacional a través de sus Ministerios de Educación y de Salud y Protección Social, quienes son los encargados de que los programas ofertados cumplan con ciertos parámetros de calidad y establecen varios requisitos a cumplir por parte de las Universidades y que puedan ofertar cupos en las especialidades de medicina. (Montoya, 2016).

En el “Proyecto de estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030” de 2016 la Organización Mundial de la Salud, puso de relieve la problemática sobre el personal disponible en materia de salud, pues para mantener e impulsar la meta de la cobertura sanitaria universal hay un déficit de personal sanitario de casi 18 millones de profesionales de la salud, principalmente en los países de ingresos bajos y medianos-bajos. (OMS, 2016).



Esta situación es problemática toda vez que independiente del modelo de organización y funcionamiento de los sistemas de salud, el talento humano es el pilar de este, pues, es través de su acción que se garantiza el acceso y calidad del servicio y se materializa el derecho a la salud. (Ministerio de Salud, 2013).

Esta situación no es ajena a Colombia donde varios estudios (Cendex) han señalado un déficit gran parte de los recursos humanos en salud, especialmente en las especialidades médicas. Al comparar con la experiencia internacional, de acuerdo a datos del Banco Mundial (9) se observa el retraso de Colombia en materia de talento humano. En nuestro país, por cada 1000 habitantes hay 1,47 médicos, mientras que en países como Cuba (7,5), Alemania (4,12), Argentina (4,03), España (3,8), Estados Unidos (2,5) y México (2,5), esta proporción es mayor.

Tanto en los programas de pregrado como en los programas de especialización, se ha dado un aumento continuo pero con caídas en el número de graduados desde 2008 hasta 2014 (ASCOFAME, 2015). No obstante hay una relación de casi 3 o 4 médicos generales que se gradúan anualmente frente a un especialista. El resultado es que en el Sistema de Salud haya una gran cantidad de médicos generales con baja capacidad resolutive que genera un volumen elevado de consultas a pocos médicos especialistas.

No obstante, a pesar de dicha normatividad en Colombia no se ha podido consolidar un sistema de residencias médicas que satisfaga los intereses de todos los actores implicados. Según el último informe del Observatorio de Talento Humano, se observa un déficit de 16.000 especialistas que corresponden a 4743 médicos especialistas de ramas quirúrgicas, 10552 a especializaciones médicas y 266 a las diagnósticas.



De esta forma, se garantiza que la oferta educativa de especializaciones médico-quirúrgicas corresponda a la demandas de servicio de los usuarios y no al perfil o necesidades de los centros educativos o las prestadoras de salud y de paso no se afecta o vulnera la autonomía universitaria pues no se está obligando a ofertar ciertos cupos sino que el mismo Estado colombiano asume dicha función y la ejerce a través de centros médicos con funciones de docencia y formación.

Inspección de vigilancia y medidas anti evasión.

Todos estos elementos no servirían de nada si no se contemplan medidas de fortalecimiento de inspección y vigilancia. En este sentido, el proyecto contempla extender el ámbito de competencia de la Superintendencia de Salud a todas las empresas que manejen recursos de la UPC y de sus holdings en lo concerniente al uso de los recursos de la UPC, aumenta las multas de esta Superintendencia para disuadir a los agentes del sistema de apropiarse de recursos o no ejecutarlos adecuadamente.

A propósito del rol del Estado, en lo que respecta la inspección, control y vigilancia es necesario ampliar la capacidad sancionatoria de la Superintendencia de Salud quien ha sido laxa 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. Se terminaron heredando enormes pérdidas financieras para proveedores, trabajadores, profesionales, etc. Son varias las EPS en liquidación en la actualidad y las pérdidas financieras que han dejado, incalculables, en especial en aquellas en donde la intervención de la SNS fue tardía. (Ruiz, 2018, p.68-69). La Inspección, Vigilancia y Control (IVC) del derecho a la salud y del propio SGSSS se constituyen en elementos básicos de fortalecimiento de los elementos esenciales que materializan la prestación oportuna y con calidad de los servicios de salud.

La evasión de los pagos de aportes a Seguridad Social es un tema relevante pues afecta la sostenibilidad del sistema en dos formas pues deja de recibir recursos de personas con capacidad de hacerlo pero reciben servicios de salud. Entre las causas del no pago o pago inexacto, se encuentran elementos de percepción de carencias en materia de pensiones o precarios e intangibles beneficios de salud, pues no son incentivos adecuados para fortalecer afianzar el cumplimiento tributario. (CEPAL, 2014).



En una estimación de evasión para los trabajadores independientes declarantes de renta ante la DIAN, se evidenció que más del 94% de los independientes que declaran renta ante la DIAN (pertenecen al decil más alto de ingresos en el país) evadiendo casi \$3.0 billones anuales en pesos de solo en el año 2016. (Ministerio de Hacienda, 2016).

De los Honorables Congressistas,

Fabián Castillo Suárez

Senador



Referencias.

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

Arango. C. (2018). Los desafíos del financiamiento sostenible. Agenda de Salud 2018. Vecino. A. (ed). Universidad de los Andes.

Bardey, D., & Buitrago, G. (2017). Capítulo-1: Macroeconomía de los gastos en salud en Colombia. URL: <https://www.afidro.org/sites/default/files/Estudio-Universidad-de-los-Andes-Junio-de-2017.pdf>

Baron, G (2018) Estudio de Cuentas Nacionales de Salud 2018 Cifras preliminares de la Encuesta de Ingresos y Gastos DANE.

Caracol. (2018). Conozca el vergonzoso top de las EPS con más quejas de usuarios en 2017. URL: <https://noticias.caracol.com/salud/conozca-el-vergonzoso-top-de-las-eps-con-mas-quejas-de-usuarios-en-2017>

CEPAL. (2014). La evasión contributiva en la protección social de salud y pensiones. Serie Políticas Públicas. URL: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37017/1/S1420447_es.pdf

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

El Tiempo. (2016). Cada 3,5 minutos se presenta una tutela por la salud. URL: <https://www.eltiempo.com/vida/salud/tutelas-por-vulnerar-el-derecho-a-la-salud-en-colombia-48516>

La República. (2018). ¿Cuáles son los problemas que más preocupan a los ciudadanos? URL: <https://www.larepublica.co/especiales/la-gran-encuesta/cuales-son-los-problemas-mas-grandes-que-dicen-los-colombianos-que-les-preocupan-2595309>

Gutierrez. C. (2018). El Sistema De Salud Colombiano En Las Próximas Décadas: Cómo Avanzar Hacia La Sostenibilidad Y La Calidad En La Atención. En Fedesarrollo.



Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Caracterización del talento humano en salud: hacia el sistema de información del registro único nacional del talento humano en salud. Monitor estratégico, 63-68, 2013. URL: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Caracterizacion-talento-humano-en-salud.pdf>

Ministerio de Hacienda. (2016). Informes de Seguimiento Fiscal. Evasión De Aportes en el Sistema Colombiano de Seguridad Social Integral: Independientes Declarantes de Renta. URL:

http://www.minhacienda.gov.co/HomeMinhacienda/ShowProperty;jsessionid=uDH3vqsnHKIoRw9sm8iEelf1AmSXGbYKNNjr07z8LgWahKERqIKb!203701145?nodeId=%2FOCS%2FP_MHCP_WCC-040947%2F%2FidcPrimaryFile&revision=latestreleased

Moreno. G. (2016). El nuevo modelo de Atención Integral en Salud -MIAS- para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema?. Revista médica Risaralda vol.22 no.2 Pereira July/Dec.

Montoya, F (2016). Ofertas De Cupos Para Especialidades Médicas En Colombia. Estudios de Mercado. Superintendencia de Industria y Comercio.

Organización Mundial de la Salud. Proyecto de estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030. Informe de la Secretaria. 2016. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_38-sp.pdf

Ramirez. J (2018). Rectoría y legitimidad en el sistema de salud colombiano. En Agenda de Salud 2018. Vecino. A. (ed). Universidad de los Andes.

Rodriguez J otros (2015) La carga de enfermedad en Colombia 2015 Pontificia Universidad Javeriana

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

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

Ruiz, Fernando, Zapata, Teana, Garavito, Liz. 2013. “Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003–2008.” Pan American Journal of Public Health 33 (2):107–15.



Ruiz, Fernando, Zapata, Teana. 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>

Ruiz Fernando , Avila Leticia, Trujillo A 2018 How does managed competition affect hospital prices in a social health insurance system?: The Colombian case. Health Policy and Planning. 33(8)