



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXII - N° 68

Bogotá, D. C., jueves, 16 de febrero de 2023

EDICIÓN DE 74 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO

SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariasenado.gov.co

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 339 DE 2023 CÁMARA

por medio de la cual se transforma el Sistema General de Salud y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, 13 de febrero del 2023

Señor
JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA
Secretario General
Honorable Cámara de Representantes

Asunto: Radicación Proyecto de Ley "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones".

Señor Secretario reciba un cordial saludo.

En mi calidad de Ministra de Salud y Protección Social, me permito radicar el presente proyecto de ley, "Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones", de conformidad con los artículos 139 y 140 de la Ley 5 de 1992.

De manera atenta, solicito respetuosamente iniciar el trámite correspondiente, en cumplimiento con las disposiciones dictadas por la Constitución y la Ley, conforme al siguiente articulado y exposición de motivos.

Cordialmente,

CAROLINA CORCHO MEJÍA
Ministra de Salud y Protección Social

A. Avella

David Racens

Martha Buitrago

Pedro Barco

JUAN CARLOS VARGAS
CITREP 15
CÁMARA

Rafael Cárdenas

PROYECTO DE LEY No. _____

"Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

DECRETA:

CAPÍTULO I.

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°. Objeto. La presente ley, de conformidad con la ley 1751 de 2015, sus definiciones y principios reestructura el Sistema General de Seguridad Social en Salud, establece el Sistema de Salud, desarrolla sus principios, enfoque, estructura organizativa y competencias.

El Sistema de Salud se fundamenta en el aseguramiento social en salud como la garantía que brinda el Estado para la atención integral en salud de toda la población, ordenando fuentes de financiamiento, agrupando recursos financieros del sistema de salud de forma solidaria, con criterios de equidad, con un sistema de gestión de riesgos financieros y de salud, dirigido y controlado por el Estado. En consecuencia, el Sistema de Salud constituye el aseguramiento social, con participación de servicios de salud públicos, privados y mixtos.

Establece el modelo de atención, el financiamiento, la administración de los recursos, la prestación integral de los servicios para la atención en salud, el sistema integrado de información en salud, la inspección, vigilancia y control, la participación social y los criterios para la definición de las políticas públicas prioritarias en ciencia, innovación, medicamentos, tecnologías en salud, formación y condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud.

Artículo 2° Sistema de Salud. De conformidad con el artículo 4 de la ley 1751 de 2015, es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles, información y evaluación; que el Estado dispone para garantizar y materializar el derecho fundamental a la salud.

Artículo 3°. Elementos esenciales del Sistema de Salud: En desarrollo de los elementos esenciales e interrelacionados establecidos en el artículo 6° y de lo dispuesto en los artículos 7° y 8° de la Ley 1751, son elementos esenciales del Sistema de Salud los siguientes:

- Obligatoriedad de los aportes.** Los aportes al Sistema de Salud son obligatorios para todos los trabajadores, empleadores, pensionados y rentistas de capital a excepción de lo establecido en la presente ley y otras disposiciones del ordenamiento jurídico.
- Parafiscalidad.** Los recursos de destinación específica al Sistema de Salud, incluyendo los recursos asignados por el Presupuesto General de la Nación, son de carácter parafiscal, inembargables y tienen naturaleza pública. No podrán ser utilizados para fines diferentes a la destinación establecida por las disposiciones jurídicas.

<p>3. Humanización. Es el conocimiento de las necesidades y la confianza mutua en que debe fundamentarse la relación entre el personal de los servicios de salud y los individuos, familias y comunidades en los diferentes ámbitos de prestación de servicios de manera individual y colectiva en el largo plazo y a lo largo del ciclo vital.</p> <p>4. Eficacia. Es lograr los resultados en Salud en la población por parte del Sistema de Salud con cada paciente, familia y comunidad. Los resultados deben expresarse y publicarse periódicamente como Indicadores de Salud en el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud.</p> <p>5. Intersectorialidad. Es la articulación estructural y sistémica de los sectores estatal, social, y privado para lograr el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, una incidencia efectiva y eficaz sobre los determinantes sociales de salud y las garantías sociales, mejorar las condiciones de vida y el progreso social en diferentes grupos, comunidades y poblaciones.</p> <p>6. Participación vinculante. Es la intervención efectiva de las personas y las comunidades en las decisiones, en la gestión y en la vigilancia y el control, en los establecimientos de salud y en las instancias de formulación, implementación y evaluación de planes y políticas públicas relacionadas con la salud de la población.</p> <p>7. Enfoque de género. Es la superación de las barreras y restricciones a los derechos sexuales y reproductivos, el reconocimiento y la autodeterminación plena sobre el cuerpo, las concepciones y valoraciones sobre el cuidado, la superación de estereotipos basados en lo biológico y el reconocimiento histórico sobre las múltiples situaciones y circunstancias que afectan los derechos de las mujeres y de las personas sexualmente diversas.</p> <p>Artículo 4°. Definiciones. El Sistema de Salud se organiza a partir de los siguientes conceptos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salud. Es la capacidad y la potencialidad física y mental de las personas para desarrollar sus proyectos de vida en las condiciones materiales y sociales más favorables cuyo resultado es el bienestar, el buen vivir y la dignidad humana, individual y colectiva. 2. Servicio público esencial de salud. La salud constituye un derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y colectivo, el cual se garantiza mediante la prestación del servicio público esencial obligatorio por parte del Estado, en los términos dispuestos en el artículo 49 de la Constitución Política y la Ley 1751, constituido por los bienes y servicios de atención integral que aportan a la salud de las personas para desarrollar, preservar, recuperar y mejorar la salud, propiciando mayor nivel de bienestar y calidad de vida posible. 3. Salud Pública. Es el conjunto de políticas, programas y acciones públicas y de la sociedad que cobijan a la población con el fin de cuidar y promover la salud y prevenir las enfermedades, garantizar un ambiente y entorno sano y saludable, mantener la salud de las comunidades y las personas para mejorar continuamente su calidad de vida y bienestar. La Salud Pública propicia la articulación entre el Estado y la Sociedad. 4. Territorio de Salud. Es un territorio con identidad epidemiológica, ambiental, social y cultural, en el que se integran dinámicamente el suelo, los asentamientos humanos, los recursos de la economía, el ambiente y el entorno, y requiere una planificación conjunta del accionar sectorial e intersectorial para garantizar la salud de sus habitantes. 5. Modelo de atención. Es el proceso que articula los bienes y servicios en el Sistema de Salud, en los ámbitos individual y colectivo y las responsabilidades institucionales y sociales, con el fin de resolver necesidades sanitarias de los territorios de salud y hacer efectivo el derecho a la Atención Integral en Salud para su mantenimiento y recuperación 	<p>y para la prevención de enfermedades, la atención y la rehabilitación y la paliación de las personas afectadas tanto por enfermedades generales como por las relacionadas con el medio ambiente, el trabajo y los accidentes de tránsito.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud (APIRS). Es el contacto primario entre las personas, familias y comunidades con el Sistema de Salud, estructurado en redes integrales inter y transdisciplinarias para la prestación de servicios con capacidad resolutiva de los problemas de tipo individual, familiar, comunitario, laboral, territorial. Su composición en cada territorio dependerá de las necesidades y características sanitarias, epidemiológicas, socio ambientales y de los determinantes de salud existentes allí. Involucra la territorialización, la gestión intersectorial y la integralidad de los servicios individuales y colectivos con un enfoque de salud familiar y comunitaria. Se desarrolla en el marco de una estrategia que permite articular y coordinar los servicios de salud con otros sectores de la acción estatal con participación activa de las comunidades, la participación social efectiva que empodera a la población en la toma de decisiones, para garantizar la integralidad y eficacia de la atención, la intervención favorable sobre los determinantes sociales de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones en sus territorios. 7. Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS). Es el conjunto integrado de organizaciones de carácter público, privado y mixto, o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios integrales de salud individuales y colectivos con calidad, equitativos, oportunos y continuos de manera coordinada y eficiente, con orientación individual, familiar y comunitaria, a una población ubicada en un espacio poblacional determinado, para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de personas y comunidades 8. Atención territorial en salud. El modelo de salud preventiva, predictiva y resolutiva se desarrolla atendiendo las condiciones de los territorios de salud, que comienzan en el hogar, pasan por el barrio, la vereda y llegan a la totalidad del territorio en salud. 9. Atención familiar en salud. El modelo de salud preventiva, predictiva y resolutiva debe buscar conocer, atender y referenciar los lazos sanguíneos que unen a las personas, con el fin de identificar factores de riesgo general y genéticos que puedan ser causa de enfermedades, darles seguimiento para predecir y prevenir su ocurrencia o hacer detección temprana, con el fin de ofrecer tratamiento oportuno y mitigar sus efectos dañinos. 10. Salud Preventiva. Son todas las actividades que realiza el Sistema de Salud con el objetivo de atender los determinantes sociales y los factores biológicos que pueden producir enfermedad. 11. Salud Predictiva. Son todas las acciones que estudia, planifica y lleva a cabo el Sistema de Salud para descubrir determinantes sociales y factores biológicos que sean fuentes de enfermedad. 12. Salud Resolutiva. Son todas las decisiones sobre bienes y servicios que toman el sistema de salud para atender de manera oportuna y efectiva a las personas enfermas a fin de restablecerles la salud, respetando la autonomía de cada paciente y la dignidad humana. 13. Determinantes Sociales de la salud. Constituyen aquellos factores presentes, de actuación negativa, o aquellos que, por su ausencia, permiten e inducen la aparición de enfermedades y que entre otros factores tienen origen: social, económico, cultural, nutricional, ambiental, ocupacional, habitacional, de educación y de acceso a los servicios públicos. 14. Sistema Público Único Integrado de Información en Salud -SPUIIS. Es un sistema de información transversal al Sistema de Salud, diseñado para garantizar la transparencia y el
<p>acceso en línea y tiempo real a la información epidemiológica, clínica, farmacológica, administrativa, de actividades e intervenciones médicas y sanitarias y de todas las transacciones económicas del mismo.</p> <p>Definición de instituciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Instituciones prestadoras de servicios de salud. Son entidades cuyo objeto es la prestación de servicios de salud. Las instituciones prestadoras de servicios de salud serán públicas, privadas y mixtas. Sus relaciones serán de cooperación y complementariedad y forman parte integrante del Sistema de Salud. 16. Instituciones de Salud del Estado. Constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa; son creadas por la Ley o por las asambleas departamentales o concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta Ley. Su objeto es la prestación de servicios de salud como un servicio público a cargo del Estado. Las Instituciones de Salud del Estado comprenden los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, Laboratorios y toda institución estatal de salud. 17. Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud: Es la instancia del Gobierno Nacional, que presida por el Presidente de la República y conformada por los ministros de despacho, está encargada de evaluar el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud y realizar el seguimiento de indicadores de salud. 18. Consejo Nacional de Salud. El Consejo Nacional de Salud es una instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, con autonomía decisoria; tendrá a cargo la concertación de iniciativas en materia de política pública de salud, llevar iniciativas normativas, evaluar el funcionamiento del Sistema de Salud y generar informes periódicos sobre el desenvolvimiento de este. 19. Territorios focalizados. Las Direcciones Territoriales de Salud podrán, definir territorios focalizados o subdivisiones internas del territorio de su jurisdicción, para responder a las necesidades específicas de las poblaciones que los conforman, facilitar la organización de la prestación de servicios según las necesidades, propiciar el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud y realizar el trabajo intersectorial para el mejoramiento de las condiciones de vida y el goce efectivo del derecho a la salud en todos sus componentes esenciales conforme a los determinantes en salud que apliquen en su territorio. 20. Instancias Operativas. Las instancias operativas del Sistema de Salud son las de financiamiento, de administración y gestión de salud, de prestación de servicios de salud, de información, de participación social y de inspección, vigilancia y control, definidas en la presente Ley. 21. Entidades Promotoras de Salud: Las entidades promotoras de salud son las entidades públicas, privadas o mixtas que ejercerán actividades de acuerdo a lo que disponga la presente ley y su reglamentación. <p style="text-align: center;">CAPÍTULO II. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD</p>	<p>Artículo 5°. Acción Estatal frente a los determinantes Sociales de la salud. Para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud el Estado incidirá coordinadamente sobre los Determinantes de Salud, a fin de mejorar las condiciones generales e individuales de vida de los habitantes del territorio nacional; reducir la prevalencia e incidencia de enfermedades y disminuir su carga socio económica; elevar el nivel de la calidad de vida de la población; y alcanzar y preservar la salud en cada territorio</p> <p>Parágrafo. Las acciones correctivas sobre los determinantes de la salud son prioridad del Estado colombiano, se financiarán de manera transversal en los presupuestos de las entidades y se deberán tener en cuenta al momento de realizar la planeación de estas.</p> <p>Artículo 6°. Determinantes sociales de la salud. De conformidad con el artículo 9 de la ley 1751 de 2015, son determinantes sociales de la salud los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acceso al agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas. 2. Seguridad alimentaria, que conlleva la accesibilidad y suficiencia de alimentos sanos para una buena y adecuada nutrición. 3. Derecho a vivienda digna, energía eléctrica y disposición de excretas. 4. Condiciones de trabajo dignas, seguras y sanas. 5. Medio ambiente sano. 6. Acceso al transporte. 7. Acceso a la educación y recreación. 8. Condiciones de vida digna y eliminación de la pobreza. 9. Ausencia de cualquier tipo de discriminación. 10. Convivencia y solución de conflictos por vías pacíficas. 11. Información accesible sobre cuestiones relacionadas con la salud, con énfasis en la salud sexual y reproductiva. 12. Participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional. 13. Enfoques diferenciales basados en la perspectiva de género. 14. Los demás que tengan incidencia sobre la salud. <p>Parágrafo. Los determinantes de la salud no son taxativos, por lo cual podrán establecerse nuevos determinantes que exijan su reconocimiento en materia de derechos.</p> <p>Artículo 7°. Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud. El Presidente de la República presidirá la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud, integrada por todos los Ministros del gabinete, la cual deberá establecer las intervenciones y recursos para actuar sobre los Determinantes de la Salud según la información epidemiológica que presente el Instituto Nacional de Salud (INS), quien deberá solicitar información a las demás instituciones con competencias respecto a los determinantes en la salud.</p> <p>La Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud participará en la formulación inicial del Plan Nacional de Desarrollo, de que tratan los artículos 14 y 15 de la ley 152, para proponer las políticas, estrategias y recursos que incidan en los determinantes de salud. La Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud evaluará el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud y realizará el seguimiento a los indicadores de salud en los términos que establezca el reglamento.</p> <p>Parágrafo: El Ministerio de Salud y Protección Social, en los 6 meses siguientes a la expedición de la presente Ley reglamentará la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud de la cual</p>

<p>deberá ejercer la Secretaría Técnica. La comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud deberá sesionar al menos una vez al año.</p> <p>Artículo 8°. Comisiones Departamentales, Distritales y municipales de Determinantes de Salud. Los Gobernadores y Alcaldes Distritales y municipales conformarán la Comisión de Determinantes de Salud en el ámbito de su jurisdicción, dentro de los noventa (90) días a partir de la vigencia de esta ley. Tales comisiones revisarán la información epidemiológica departamental que presente el Instituto Nacional de Salud (INS), el Consejo Territorial de Salud y su Secretaría Territorial de Salud para establecer los Determinantes a intervenir, analizarán el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud mediante la evaluación de indicadores de salud y publicarán trimestralmente los resultados en el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud - SPUUIS.</p> <p>Las decisiones de estas comisiones serán consideradas en el proceso de formulación del Plan Territorial de Desarrollo respectivo en los términos establecidos en los artículos 36, 37 y 39 de la Ley 152 de 1994. Igualmente, las comisiones participarán en la estructuración de los planes de acción de que trata el artículo 41 de la Ley 152 de 1994 y en las evaluaciones de los planes territoriales.</p> <p>Parágrafo: Coordinación nacional y territorial. La Comisión intersectorial de orden nacional deberá informar a las Comisiones Intersectoriales Departamentales, Distritales y Municipales las directrices y lineamientos de la política de los determinantes sociales de la salud. Así mismo, las comisiones de orden territorial informarán el desarrollo de la política en los territorios y las sugerencias de esta.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO III. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD.</p> <p>Artículo 9°. Rectoría y dirección del sistema. La rectoría del Sistema de Salud será ejercida por el Ministerio de Salud y protección Social quien a tal efecto ejercerá la dirección del Sistema de Salud.</p> <p>La dirección del Sistema de Salud consiste en la formulación de las políticas, dirigir la actividad administrativa, llevar las iniciativas legislativas y ejecutar las disposiciones legales, desarrollar las políticas públicas de salud en el ámbito nacional y ejercer la coordinación sectorial. En el ámbito nacional le corresponde ejercer las competencias a cargo de la nación que las disposiciones orgánicas y ordinarias le asignen.</p> <p>La dirección del Sistema de Salud a nivel departamental, regional, distrital y municipal, consiste en la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas de salud, la armonización de las políticas territoriales con las nacionales, y el ejercicio de las funciones de dirección del sector salud en su respectivo ámbito de conformidad con las disposiciones orgánicas y legales que se le asignen.</p> <p>La dirección del Sistema de Salud en el ámbito nacional será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Consejo Nacional de Salud, en los términos de la presente Ley.</p> <p>En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por las autoridades territoriales respectivas y su correspondiente órgano de dirección en salud, encargadas de la administración de los Fondos Territoriales de Salud, que ejercerán la función de autoridad sanitaria en el Territorio de Salud correspondiente en armonía con los respectivos Consejos Territoriales de Salud.</p> <p>Artículo 10. Consejo Nacional de Salud. El Consejo Nacional de Salud es una instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, con autonomía decisoria; tendrá a cargo la concertación de iniciativas en materia de política pública de salud, llevar iniciativas</p>	<p>normativas, evaluar el funcionamiento del Sistema de Salud y generar informes periódicos sobre el desenvolvimiento del mismo.</p> <p>Composición. El Consejo Nacional de Salud estará conformado así:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cinco (5) representantes del Gobierno Nacional: el Ministro de Salud y Protección Social, quien presidirá; el ministro de Hacienda; el Ministro de Trabajo; el Director de Planeación Nacional y el Ministro de Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible. 2. Tres (3) representantes de las Secretarías territoriales de Salud. 3. Dos (2) representantes del sector empresarial: uno de las grandes empresas y uno de las pequeñas y medianas empresas, elegidos por sus asociaciones. 4. Dos (2) representantes de las centrales obreras. 5. Dos (2) representantes de las asociaciones campesinas. 6. Siete (7) representantes de las organizaciones de pacientes, uno por cada región sociocultural del país (Central, Pacífica, Atlántica, Eje cafetero, Nororiental, Orinoquia y Amazonia). 7. Tres (3) representantes de comunidades étnicas: uno (1) de los pueblos indígenas, uno (1) de las comunidades afrocolombianas y uno (1) de la comunidad ROM. 8. Un (1) representante de las organizaciones de la población en condiciones de discapacidad. 9. Un (1) representante de las comunidades LGBTQ+. 10. Una (1) representante de asuntos de la mujer y perspectiva de género. 11. Dos (2) representantes de las asociaciones de instituciones prestadoras de servicios de salud: uno estatal y uno privado. 12. Un (1) representante de la Academia Nacional de Medicina, entidad consultora del Gobierno Nacional. 13. Un (1) representante de la Federación Médica Colombiana, entidad consultora del Gobierno Nacional. 14. Un (1) representante de la profesión de Enfermería. 15. Un (1) representante de las facultades de Ciencias de la Salud. 16. Un (1) representante de las facultades y programas de Salud Pública. 17. Un (1) representante de los estudiantes de Ciencias de la Salud. 18. Dos (2) representantes de las demás organizaciones de trabajadores no médicos de la salud: uno profesional y otro no profesional. 19. Un (1) representante de los pensionados. 20. Dos (2) representantes de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, uno estatal y uno privado. <p>El Superintendente Nacional de Salud y el director de la Administradora de Recursos para la Salud (ADRES) formarán parte del Consejo con voz pero sin voto.</p> <p>Parágrafo 1: Elección de los miembros no gubernamentales. Los representantes no gubernamentales serán elegidos directamente por cada una de las organizaciones correspondientes, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en principios democráticos, de representatividad, transparencia, e imparcialidad. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá expedir dicha reglamentación en los 6 meses siguientes a la expedición de la Ley. Igualmente se reglamentará la designación de los representantes de los Centros de Atención Primaria Integrales Resolutivos en Salud.</p>
<p>Parágrafo 2: El funcionario gubernamental que ejerza el cargo de jefe de la entidad con el derecho a participar en el Consejo Nacional de Salud, ocupará el cargo de la entidad en el Consejo Nacional de Salud. Los representantes no gubernamentales tendrán un período de tres años de participación en el Consejo Nacional de Salud, con posibilidad de postularse para su reelección por máximo un período.</p> <p>Parágrafo 3: El Ministerio de Salud y Protección Social definirá un presupuesto de funcionamiento del Consejo Nacional de Salud que incluya los gastos de funcionamiento de la Secretaría Técnica, los gastos de honorarios, desplazamiento de los consejeros, el soporte técnico, y gastos para comunicación. Los consejeros no gubernamentales recibirán viáticos y honorarios por asistencia a las reuniones ordinarias y extraordinarias, según reglamento establecido por el mismo Consejo.</p> <p>Artículo 11. Funcionamiento. El Consejo Nacional de Salud sesionará de forma ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. Podrá ser convocado a sesión de manera extraordinaria por el ministro de Salud y Protección Social o por solicitud de cinco (5) de sus miembros cuando se requiera adoptar una decisión o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite.</p> <p>El Consejo Nacional de Salud podrá invitar a las instituciones y personas naturales o jurídicas que considere pertinentes por los temas a tratar.</p> <p>La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo idóneo, no dependiente del Ministerio de Salud y Protección Social, a la cual se le asignará un presupuesto propio, se integrará por mérito, previa convocatoria pública, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Salud.</p> <p>Artículo 12. Funciones del Consejo Nacional de Salud. El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Proponer al Ministro de Salud y Protección Social las políticas públicas nacionales de salud, en especial, de salud pública. 2. Proponer políticas orientadas a promover la calidad de vida y la salud de la población, tanto del Sistema de Salud, como en lo que compete a políticas y acciones de la administración pública de otros sectores, contextos o determinaciones que inciden directamente en la salud, considerando enfoques transversales, estructurales e interseccionales de la salud, para el ámbito territorial y nacional. Dichas iniciativas serán presentadas ante el CONPES, el Departamento Nacional de Planeación y demás instancias intersectoriales, por el ministro de Salud y Protección Social. 3. Llevar iniciativas en materia de reglamentación del Sistema de Salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social. 4. Velar por el buen funcionamiento del Sistema de Salud y por el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud. 5. Presentar semestralmente un informe de las actuaciones y gestiones del Consejo Nacional de Salud ante las comisiones séptimas constitucionales del Senado de la República y la Cámara de Representantes. 6. Adoptar su propio reglamento. <p>Parágrafo 1. El ministro de Salud y Protección Social deberá argumentar frente al Consejo Nacional de Salud su decisión, cuando decida apartarse de las recomendaciones realizadas por el Consejo Nacional de Salud.</p>	<p>Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social debe informar al Consejo Nacional de Salud acerca de las políticas cuatrienales que se hayan aprobado y de la ejecución de la política realizada cada año.</p> <p>Artículo 13. Consejos Territoriales de Salud. Los Consejos Territoriales de Salud tienen como objetivo, desarrollar estrategias para garantizar la aplicación territorial de las políticas públicas de salud, tendrán una composición similar en sus funciones e integrantes al Consejo Nacional de Salud, teniendo en cuenta las particularidades del territorio correspondiente. En estos Consejos además habrá un representante de los Centros de Atención Primaria Integrales y Resolutivos en Salud -CAPIRS de naturaleza pública, mixta y privada. Propondrán las políticas específicas a desarrollar en el respectivo territorio, según las necesidades identificadas y los objetivos definidos en él, en concordancia con los criterios, metas y estrategias definidas en la política pública nacional de salud y adelantarán la coordinación, seguimiento y veeduría para el buen funcionamiento del Sistema de Salud y de sus recursos en el Territorio. En sus reuniones participará con voz, pero sin voto el representante de la Superintendencia Nacional de Salud del Territorio.</p> <p>El Consejo Departamental o Distrital de Salud deberá recomendar técnicamente la construcción del Plan Territorial de Salud y hacer una evaluación trimestral de las actividades y recursos ejecutados, así como de objetivos y metas alcanzadas. Los Informes Trimestrales de evaluación serán entregados a la máxima autoridad territorial y al Ministerio de Salud y Protección Social, así como a los organismos de control y una copia será remitida a las bibliotecas de las Universidades en el respectivo Departamento o Territorio, quienes deberán publicarlo en sus respectivos portales en línea, para garantizar el acceso público a la información.</p> <p>Artículo 14. Funciones del Ministerio de Salud y Protección Social. Además de las consagradas en las disposiciones legales vigentes, el Ministerio de Salud y Protección Social tendrá las siguientes funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentar al Consejo Nacional de Salud la política pública nacional de salud cada cuatro (4) años, para su concertación y recomendaciones. 2. Dirigir la ejecución, seguimiento, evaluación e implementación de la política pública cuatrienal de salud en todo el territorio nacional en coordinación con las instancias correspondientes del ámbito territorial. 3. Expedir las normas para la ejecución de la política de salud por parte de los agentes del sistema. 4. Presentar al Consejo Nacional de Salud iniciativas de reglamentación de temas específicos del Sistema Nacional de Salud para su consideración y recomendaciones. 5. Proporcionar las condiciones y medios para el buen funcionamiento del Consejo Nacional de Salud. 6. Diseñar y poner en marcha el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud - SPUUIS. 7. Prestar la asistencia técnica al nivel territorial para garantizar la implementación del Sistema de Salud. <p>Artículo 15. Asistencia técnica territorial. El ministro de salud y protección social convocará de manera periódica, cada cuatro (4) meses, los directores territoriales de salud de los departamentos y distritos del país, en un comité ejecutivo nacional y que tendrá como finalidad primordial, evaluar el desarrollo del Sistema de Salud y coordinar las acciones de naturaleza interinstitucional conforme a las competencias de cada nivel de gobierno.</p>

<p>Los directores departamentales de salud, convocarán de manera regular, un comité ejecutivo departamental, cada cuatro 4 meses, a los directores territoriales de salud de municipios y distritos, y que tendrán como finalidad realizar la coordinación continua de políticas y ejecución de acciones entre el nivel departamental y sus municipios y distritos.</p> <p>Artículo 16. Cooperación, coordinación, integración y articulación a nivel territorial. Las Direcciones Territoriales de Salud deben garantizar la cooperación, coordinación, integración y articulación de las acciones y redes de servicios requeridos para la materialización del derecho a la salud de las poblaciones. Igualmente podrán asociarse para el manejo conjunto de zonas geográficas o territorios de salud con características comunes en términos ambientales, económicos, sociales, culturales, étnicos o comunicacionales.</p> <p>Artículo 17. Territorios focalizados. Las Direcciones Territoriales de Salud podrán asociarse entre sí, definir territorios focalizados o subdivisiones internas del territorio de su jurisdicción, para responder a las necesidades específicas de las poblaciones que los conforman, facilitar la organización de la prestación de servicios según las necesidades, propiciar el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud y realizar el trabajo intersectorial para el mejoramiento de las condiciones de vida y el goce efectivo del derecho a la salud en todos sus componentes esenciales.</p> <p>Artículo 18. Instancias Operativas. Las instancias operativas del Sistema de Salud son las de financiamiento, de administración y gestión de la salud, de prestación de servicios de salud, de información, de participación social y de inspección, vigilancia y control, definidas en la presente Ley.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO IV</p> <p style="text-align: center;">FUENTES, USOS Y GESTION DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD</p> <p>Artículo 19. Definición. El financiamiento del Sistema de Salud integra los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones y aportes al Sistema de Salud y al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito con los recursos fiscales del orden nacional y territorial, con el propósito de garantizar el derecho fundamental a la salud y la solidaridad en beneficio de toda la población entre generaciones, géneros, empleados y desempleados, sanos y enfermos, población urbana y rural, regiones con distinto nivel de desarrollo y entre ciudadanos con alto y bajo ingreso.</p> <p>Los recursos aportados para la salud en la forma de cotizaciones o impuestos son de naturaleza pública, imprescriptibles e inembargables. La participación de los particulares está sujeta al cumplimiento de las obligaciones determinadas por la ley y las políticas para la prestación del servicio. Estos recursos serán sometidos a control de la Contraloría General de la República y demás órganos de control en lo de su competencia y estarán sometidos al control social.</p> <p>Artículo 20. Aportes. Según su condición socioeconómica, las personas y las empresas aportan a la financiación del Sistema de Salud mediante contribuciones sobre el salario, los ingresos o la renta; los impuestos, transferencias, participaciones, tasas o contribuciones que se destinan o asignan al Sistema de Salud en los diferentes niveles del Estado; los presupuestos del orden nacional, departamental, distrital o municipal que se asignen a la salud. Igualmente son recursos del sistema de Salud los demás ingresos y pagos que forman parte de la financiación de los servicios de salud.</p> <p>Artículo 21. Fondo Único Público de Salud. El Fondo Único Público de Salud, estará constituido por un conjunto de cuentas del Sistema de Salud y será administrado por la Administradora de Recursos</p>	<p>para la Salud - ADRES, cuya inspección, vigilancia y control será competencia de la Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades competentes en la vigilancia de los recursos públicos.</p> <p>Artículo 22. Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES. La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES, tiene por objeto garantizar el adecuado flujo y la administración y control de los recursos del Sistema de Salud. Le corresponde en especial administrar el Fondo Único Público para la Salud, los que financian el Sistema de Salud, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales confluirán en la Entidad. Le corresponde a la Entidad Administradora de los recursos del Sistema de Salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar los recursos del Sistema, de conformidad con lo previsto en el presente artículo y en especial el Fondo Único Público para la Salud. 2. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud. 3. Realizar los pagos, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud de acuerdo con el ordenador de gasto competente y adelantar las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema, que en todo caso optimice el flujo de recursos. 4. Organizar los Fondos Regionales de Salud y las oficinas en cada departamento para la gestión de las cuentas y pagos, en los términos de la presente Ley. 5. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos. 6. Administrar la información propia de sus operaciones. 7. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales. 8. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS). 9. Gestionar la Cuenta Única de Recaudo de las cotizaciones obligatorias definidas en la presente Ley. 10. Garantizar el flujo de recursos de la Nación hacia los Territorios de Salud para los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y a las Instituciones Hospitalarias para el control, provisión y prestación de los servicios integrales de salud individuales y colectivos. 11. Garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud. 12. Realizar los contratos para garantizar en el nivel nacional y a nivel desconcentrado, la gestión de los recursos, el sistema de pagos y la auditoría de las cuentas. Su régimen de contratación se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe. <p>Artículo 23. Recursos de la Entidad Administradora de Recursos del Sistema de Salud, ADRES. Los ingresos de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud estarán conformados por los aportes del Presupuesto General de la Nación definidos a través de la sección presupuestal del Ministerio de Salud y Protección Social, los activos transferidos por la Nación y por otras entidades públicas del orden nacional y territorial y los demás ingresos que a cualquier título perciba. Los recursos recibidos en administración no harán parte del patrimonio de la Entidad.</p>
<p>Artículo 24. Administración de recursos por parte de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. A la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud le corresponde:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar los giros de las asignaciones, según las prioridades en salud establecidas en la presente Ley, de los recursos que le corresponda. 2. Administrar los recursos parafiscales del orden nacional. 3. Los recursos provenientes de las cotizaciones para la seguridad social en salud correspondientes a salarios de los empleados o trabajadores dependientes. 4. Los recursos provenientes de las cotizaciones a la seguridad social en salud de los trabajadores por cuenta propia o trabajadores independientes y rentistas de capital. 5. Los recursos provenientes de las cotizaciones de los pensionados 6. Administrar los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, correspondiente al 20% de un salario mínimo mensual, y a las municiones y explosivos, que se cobrará como un impuesto ad-Valorem con una tasa del 30%, exceptuando las armas, municiones y explosivos de las fuerzas armadas, de policía y las entidades de seguridad del Estado. 7. Los rendimientos financieros. 8. Los recursos que actualmente destinan las Cajas de Compensación al régimen subsidiado. 9. Administrar las demás cuentas del Fondo Único Público de Salud. <p>Artículo 25. Aportantes al sistema de salud. Son aportantes al Sistema de Salud las empresas, los rentistas, los trabajadores con relación laboral de cualquier naturaleza, los independientes y los contratistas.</p> <p>Las cotizaciones al Sistema de Salud serán proporcionales al ingreso y constituyen recursos públicos de naturaleza parafiscal. Todo contrato laboral incluirá los costos de la cotización. Los aportantes presentarán las liquidaciones de sus aportes en salud ante los operadores autorizados y con destino a la Cuenta Única de Recaudo a cargo de la Administradora de Recursos de la Salud, ADRES.</p> <p>Artículo 26. Cotizaciones. Las cotizaciones del sistema de salud serán las previstas en el artículo 204 de la Ley 100 de 1992 y demás normas que la modifiquen, sustituyan o adicionen, en el entendido que ellas corresponderán al nuevo Sistema de Salud.</p> <p>Parágrafo 1º. No se podrán establecer barreras económicas para acceder a los beneficios del Sistema de Salud tales como copagos o cuotas moderadoras, ni se podrán establecer condiciones como preexistencias o exigir períodos mínimos de cotización o de carencia.</p> <p>Se exceptúa de esta norma la utilización de tratamientos hospitalarios y especializados no ordenados por los Centros de Atención Primaria Integrales y Resolutivos en Salud y no originados en una urgencia vital, en cuyo caso podrán cobrarse los copagos que reglamente el Ministerio de Salud. La continuidad de los tratamientos originados en una urgencia vital deberá ser autorizada por el respectivo centro de atención primaria, el que constatará si la institución es la idónea para atender el paciente y, de no ser así, la remitirá a una institución adecuada acorde a la red de la cual hace parte. Esta notificación se dará dentro de los primeros dos días hábiles para que el servicio pueda ser reconocido por los Fondos regionales y no dar origen a copagos.</p> <p>Parágrafo 2º. La Unidad de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social, UGPP, será la entidad competente para adelantar las acciones de determinación y cobro de las Contribuciones Parafiscales en salud, respecto de los omisos e inexactos. La Entidad Administradora de Recursos de la Salud ADRES garantizará el sistema de liquidación, recaudo y cobro de las cotizaciones.</p>	<p>Artículo 27. Obligación de pago de cotizaciones y contribuciones. El incumplimiento de las obligaciones formales y sustanciales del pago de las cotizaciones y contribuciones obligatorias al Sistema de Salud será objeto de control y cobro por parte del Estado, a cargo del órgano competente en la materia. En ningún caso el incumplimiento formal o sustancial de las obligaciones de pago de las cotizaciones y contribuciones al Sistema de Salud de las empresas, trabajadores o rentistas constituirá una barrera de acceso para solicitar y recibir los servicios de salud en el territorio nacional.</p> <p>Artículo 28. Cuenta Única de Recaudo para el Sistema de Salud (CUR). La Cuenta Única de Recaudo para el Sistema de Salud (CUR) es determinada por la ADRES. Su función es recibir todos los aportes de cotizaciones en salud en todo el país. Esta cuenta contará con un mecanismo de registro de tipo electrónico y con un sistema único de identificación de usuarios, basado en el documento de identificación empresarial y ciudadana, según corresponda.</p> <p>Artículo 29. Cuentas y recursos administrados por la ADRES. La Entidad de Administración de Recursos de la Salud - ADRES, tiene las siguientes cuentas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) 2. Fortalecimiento Red Pública para la Equidad. <p>Además de las cuentas administradas por la ADRES, le corresponde administrar los siguientes recursos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los destinados al control de problemas y enfermedades de interés en Salud Pública 2. Los destinados a formación en Salud 3. Las prestaciones económicas de los cotizantes 4. Los de destinación específica que a la fecha de expedición de la presente ley venía administrando con destinación específica. <p>Artículo 30. Distribución de los recursos en las cuentas administradas por la ADRES. Las fuentes y usos de las cuentas administradas por la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES son:</p> <p>Las fuentes y usos de las cuentas administradas por la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuenta Atención Primaria Integral en Salud <p>1.1. Fuentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema General de Participaciones: 90% de los recursos para salud con destino a los municipios y distritos. El criterio de distribución será exclusivamente poblacional. • Aportes de trabajadores y empresas destinados a solidaridad, equivalentes a 1,5 puntos de la cotización en salud. • Recursos propios de municipios y distritos, incluido Coljugos municipal, que actualmente financian el Régimen Subsidiado. • Recursos destinados a la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud de la población migrante y otras poblaciones especiales que destinen la nación u organismos internacionales, distribuidos a los municipios para la atención de estas poblaciones, de acuerdo con los criterios establecidos por las instituciones que aportan los recursos. • Aportes del Presupuesto Nacional para el fomento de la Atención Primaria. • Otros recursos que se orienten a la Atención Primaria en Salud

<p>1.2. Usos</p> <p>Los recursos de la Cuenta de Atención Primaria Integral en Salud se ejecutarán por giro directo mensual de la ADRES a los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos. Se destinarán a:</p> <ul style="list-style-type: none"> La financiación de los servicios de atención primaria, comprendiendo la atención básica en salud, la operación de los equipos extramurales de atención domiciliaria y la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Los recursos de solidaridad serán presupuestados por el Ministerio de Salud con destino a los municipios y distritos para cofinanciar la Atención Primaria con criterio de equidad y serán girados por la Administradora de Recursos de Salud, ADRES, de acuerdo a la distribución específica que se decida, tomando en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud y los criterios establecidos en la presente ley. Soluciones de transporte para garantizar, sin barrera alguna, la oferta activa de servicios básicos de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos extramurales. El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente ley. <p>2. Cuenta Fortalecimiento Red pública para la equidad.</p> <p>2.1. Fuentes</p> <ul style="list-style-type: none"> Rentas cedidas a las entidades territoriales y otras de destinación específica para salud. Estos recursos territoriales únicamente serán contabilizados en esta subcuenta del Fondo con base en la información que presenten las entidades territoriales respectivas. Otros aportes departamentales y distritales dedicados a fortalecer la prestación de servicios en las Instituciones Sanitarias Estatales, que destinen los departamentos al fortalecimiento de la red pública. Estos recursos territoriales únicamente serán contabilizados en esta cuenta del Fondo, con base en la información que presenten las entidades territoriales respectivas. Recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la Oferta en el nivel Departamental, que serán transferidos por el Ministerio de Hacienda directamente a los Departamentos y Distritos. Aportes del presupuesto nacional para garantizar el cierre presupuestal de hospitales de mediana y alta complejidad en regiones con población dispersa y menor posibilidad de ingresos por venta de servicios. <p>2.2. Usos</p> <ul style="list-style-type: none"> Aportes presupuestales para funcionamiento de las Instituciones Sanitarias del Estado atendiendo criterios de garantía de la prestación de los servicios, dispersión poblacional, perfil epidemiológico, necesidades de compensación de recursos por baja facturación. Mantenimiento de la infraestructura hospitalaria con el propósito de mejorar la oferta de servicios hacia las poblaciones con mayores barreras de acceso a los servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> El funcionamiento, en departamentos y distritos, de la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo. <p>Parágrafo. Los recursos de las cuentas de que trata el presente artículo podrán ser reasignados en el transcurso de la vigencia fiscal, atendiendo las prioridades de la atención en salud, con excepción de los recursos del Sistema General de Participaciones y los provenientes de las cotizaciones obligatorias para el aseguramiento social, con el objeto de garantizar la eficiente asignación de los recursos, el servicio público esencial de salud y el derecho fundamental a la salud. Dicha reasignación será ordenada por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.</p> <p>Artículo 31. Recursos de las entidades territoriales. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá el marco regulatorio para la operación de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud – APIRS y la ejecución municipal y distrital de los recursos destinados a la misma.</p> <p>Recursos de Capital del Fondo Municipal o Distrital y otros recursos que los municipios aporten al Fondo Municipal de Salud para el desarrollo y fortalecimiento de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud de su población.</p> <p>Artículo 32. Plan Nacional de Equipamiento en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social estructurará un Plan decenal de Equipamiento en Salud que se actualizará entre 5 y 10 años, según sea el caso, con criterios de equidad regional, el cual se financiará con los recursos de la Cuenta de Infraestructura y Equipamiento del Fondo Único Público para la Salud.</p> <p>Artículo 33. Fondos Territoriales de Salud. Los Fondos Territoriales de Salud serán administrados por las Direcciones Territoriales de Salud, los cuales estarán constituidos por:</p> <ol style="list-style-type: none"> Transferencias del Fondo Único Público para la Salud. Rentas de destinación específica para la salud de que trata la Ley 1393. Los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) determinados por la Ley 715 que les corresponde. Los recursos propios de los territorios para el financiamiento de la salud. <p>La gestión y el uso de los recursos de los Fondos Territoriales de Salud cumplirán con los estándares de prestación de los servicios que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Artículo 34. Criterios de asignación para los Fondos Territoriales de Salud. Los criterios de asignación para la transferencia de recursos del Fondo Único Público para la Salud a los Fondos Territoriales de Salud serán los mismos del Sistema General de Participaciones (SGP): la equidad y la rentabilidad social. Una proporción de tales recursos se priorizará para aquellos que, respecto del promedio nacional, presenten peores indicadores en materia de:</p> <ol style="list-style-type: none"> Prevalencia de problemas y enfermedades de interés en salud pública. Morbimortalidad y restricciones de acceso a los servicios de salud. Mortalidad materna e infantil.
<ol style="list-style-type: none"> Cobertura de saneamiento básico y agua potable. Incidencia de emergencias y desastres. Oferta de servicios de salud. <p>Artículo 35. Modificadorio del artículo 57 de la Ley 715. El artículo 57 de la Ley 715 quedará así:</p> <p>“ARTÍCULO 57. FONDOS DE SALUD. Las entidades territoriales, para la administración y manejo de los recursos del Sistema General de Participaciones y de todos los demás recursos destinados al sector salud, deberán organizar un fondo departamental, distrital o municipal de salud, según el caso, que se manejará como una cuenta especial de su presupuesto, separada de las demás rentas de la entidad territorial y con unidad de caja al interior del mismo, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. En ningún caso los recursos destinados a la salud podrán hacer unidad de caja con las demás rentas de la entidad territorial. El manejo contable de los fondos de salud debe regirse por las disposiciones que en tal sentido expida la Contaduría General de la Nación. Los Distritos contarán con un fondo de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, con los recursos de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, diferenciado del fondo para el desarrollo de la red pública hospitalaria y especializada.</p> <p>En los fondos departamentales, distritales o municipales de salud deberán contabilizarse todas las rentas nacionales cedidas o transferidas con destinación específica para salud, los recursos libremente asignados para la salud por el ente territorial, la totalidad de los recursos recaudados en el ente territorial respectivo que tengan esta destinación, los recursos provenientes de cofinanciación destinados a salud y en general los destinados a salud, que deban ser ejecutados por la entidad territorial. Los recursos para pagar los Servicios de salud del Sistema General de Participaciones, se contabilizarán sin situación de fondos y tendrán giro directo por la ADRES a los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un programa de asunción gradual de las competencias por parte de las direcciones de salud, para asumir la gestión directa de los recursos para salud provenientes del Sistema General de Participaciones y otras fuentes de financiación de naturaleza solidaria.</p> <p>Los Fondos Territoriales de Salud tendrán las subcuentas análogas a las del Fondo Único Público para la Salud, que exijan los servicios definidos en el modelo de atención establecido en la presente Ley.</p> <p>PARÁGRAFO 1o. Para vigilar y controlar el recaudo y adecuada destinación de los ingresos del Fondo de Salud, la Contraloría General de la República deberá exigir la información necesaria a las entidades territoriales y demás entes, organismos y dependencias que generen, recauden o capten recursos destinados a la salud.</p> <p>El control y vigilancia de la generación, flujo y aplicación de los recursos destinados a la salud está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud. El Gobierno reglamentará la materia”.</p> <p>Artículo 36. Modificadorio del numeral 44.2. de la Ley 715. El numeral 44.2. de la Ley 715 quedará así; “44.2. De Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud. Financiar la Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud, en especial, la atención básica, la promoción de la salud, el control de los factores de riesgo y las acciones requeridas para mejorar los indicadores de salud.”</p>	<p>Artículo 37. Modificadorio del artículo 43 de la Ley 715. Adicionar el Numeral 43.2.2. de la ley 715 el cual quedará así: “Los departamentos y distritos financiarán, con los recursos asignados por concepto de participaciones y rentas cedidas y de destinación específica para salud, así como con los recursos propios que asignen, el desarrollo de la red hospitalaria pública para la prestación de servicios de mediana y alta complejidad, la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo; y la ejecución de un plan de salud que integre programas de salud pública, control de factores de riesgo y acciones sobre los determinantes sociales de la salud en el territorio.”</p> <p>Artículo 38. Modificadorio del artículo 47 de la Ley 715. El artículo 47 de la Ley 715 quedará así:</p> <p>“ARTÍCULO 47. DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES. Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud se destinarán a la atención primaria en salud y a los programas de salud pública, excepto los recursos destinados a los departamentos.”</p> <p>Artículo 39. Fondo Departamental y Distrital de Salud. Los departamentos y distritos integrarán en el fondo departamental o distrital de salud los recursos que les asignen por diversas fuentes, las rentas cedidas, las contribuciones y transferencias provenientes de las primas del SOAT y los recursos destinados a salud de las Cajas de Compensación Familiar en su territorio, que hayan destinado hasta la fecha anualmente al régimen subsidiado en salud para los mismos fines de financiación establecidos en el artículo 43.3.2. de la Ley 715.</p> <p>Las Instituciones de Salud del Estado que prestan servicios de mediana y alta complejidad, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 31, recibirán recursos para garantizar su funcionamiento por parte de los respectivos fondos Departamentales y Distritales de Salud en proporción inversa a la baja facturación de servicios prestados por razones de dispersión poblacional.</p> <p>Artículo 40. Recursos complementarios para financiación de servicios de mediana y alta complejidad. El artículo 50 de la Ley 715 quedará así: “ARTÍCULO 50. RECURSOS COMPLEMENTARIOS PARA EL FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE MEDIANA Y ALTA COMPLEJIDAD. Los recursos de cofinanciación de la Nación destinados a la atención en salud deberán distribuirse a los fondos regionales de acuerdo con las necesidades de cofinanciación para complementar los aportes per cápita necesarios para las intervenciones de mediana y alta complejidad en Salud de la totalidad de la población de la región.</p> <p>Anualmente la nación establecerá el per cápita para el aseguramiento social en salud para los servicios de mediana y alta complejidad de los fondos regionales para la vigencia siguiente, lo cual deberá reflejarse en la apropiación presentada en el proyecto de Ley de presupuesto.”</p> <p>Artículo 41. Nivel Regional. La agrupación de los departamentos y distritos se efectuará adecuando al sector las Regiones utilizadas por el DNP para el Sistema de Regalías de forma que, al interior de las mismas, se logre el mayor nivel de autosuficiencia en la prestación de los servicios en red que no logra cada departamento aisladamente y se incentive un sano desarrollo de la oferta de servicios en salud a través de las redes integrales e integradas para garantizar el derecho fundamental de la salud de todos los habitantes. No obstante, podrán hacerse agrupaciones diferentes de los departamentos y distritos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, si fuere necesario, cuando la integración de tales entidades tenga un mayor impacto o genere mayor equidad.</p> <p>Artículo 42. Fondo Regional de Salud. El Nivel Regional contará con un Fondo Regional Salud donde se ubicarán presupuestalmente los recursos que se le asignen por parte de la Administradora de Recursos de Salud - ADRES y formarán parte del sistema de cuentas del Fondo Único Público de Salud.</p>

<p>Los recursos de los Fondos Regionales de Salud, están constituidos por los recursos asignados por la ADRES, provenientes de la Cuenta Prestaciones Económicas en Salud y la Cuenta Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE), según corresponda, sin situación de fondos y serán administrados por un Consejo Administrador de Salud.</p> <p>Los fondos regionales de salud, están constituidos por los recursos asignados por la ADRES, provenientes de la cuenta Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE) y serán administrados por un Consejo Administrador del Fondo Regional de Salud integrado por representantes de los empleadores, los trabajadores y el sector público en cada región.</p> <p>Los recursos de carácter paraafiscal no harán parte del presupuesto nacional ni de los territoriales y comprenden los aportes de cotizaciones obligatorias a la salud provenientes de empresas, trabajadores, contratistas y rentistas de capital del respectivo territorio.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un per cápita para la atención en salud de mediana y alta complejidad de cada ciudadano, aplicando criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías priorizadas y otras variables que sean pertinentes. Para garantizar la equidad en la protección del riesgo financiero y de salud de los ciudadanos entre las regiones, las cotizaciones obligatorias al Sistema de Salud, financiarán el valor per cápita de la totalidad de los residentes en el país mediante un mecanismo redistributivo de mancomunación de recursos, los cuales se complementarán en la cuantía necesaria con los recursos del Presupuesto General de la Nación a fin de garantizar la plena cobertura de la seguridad social pública y universal.</p> <p>Artículo 43. Consejos de Administración de los Fondos Regionales de Salud. El Consejo será responsable del buen manejo de los recursos de la seguridad social en la región. Y tendrá las siguientes funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar trimestralmente la gestión de los recursos de los Fondos Regionales de Salud en el cumplimiento de los criterios de la Función Pública de que trata el artículo 209 de la Constitución Política y el Derecho Fundamental a la Salud. 2. Enviar las evaluaciones trimestrales al Ministerio de Salud y Protección Social, a la Superintendencia Nacional de Salud, a las autoridades territoriales que conforman la región, a los organismos de control y a las instancias de las organizaciones de la comunidad que corresponda. 3. Recomendar los ajustes a la red de servicios de mediana y alta complejidad en la región. 4. Hacer una evaluación trimestral de los servicios prestados. 5. Evaluar la suficiencia y pertinencia de las actividades y recursos ejecutados, de los objetivos y metas alcanzadas en términos de indicadores de calidad de la prestación de servicios. 6. Garantizar los mecanismos de participación comunitaria en los procesos de planeación y evaluación de la operación de la red de servicios de cada Región. <p>El Consejo Administrador del Fondo Regional de Salud estará integrado por tres representantes de los empleadores, tres representantes de los trabajadores, dos representantes del Gobierno Nacional, delegados por los Ministerios de Salud y Protección Social y Hacienda y Crédito Público y un representante de los Gobernadores y Alcaldes Distritales de la Región.</p> <p>El Consejo Administrador del Fondo Regional de Salud en cada región nombrará al Gerente del Fondo Regional de Salud y este a los respectivos subgerentes del Fondo Regional en cada departamento y distrito, funcionarios de libre nombramiento y remoción que deben cumplir para su posesión los requisitos que establezca el Gobierno Nacional.</p>	<p>El Gobierno Nacional reglamentará la forma de elección de los representantes de los empleadores y de los trabajadores.</p> <p>El Consejo Administrador del Fondo Regional de Salud dispondrá del apoyo de una Unidad Técnica especializada en planificación y evaluación de la red integral de servicios de salud del territorio, cuyos gastos estarán a cargo del Fondo Regional de Salud.</p> <p>Artículo 44. Funciones de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud. Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud tendrán las siguientes funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ejercer las funciones que garanticen el cumplimiento de las competencias en salud atribuidas a la entidad territorial en la Ley 715. 2. Recaudar los recursos constitutivos del Fondo Territorial de Salud. 3. Gestionar los recursos de las cuentas del Fondo Territorial de Salud conforme a las normas para su manejo. 4. Proponer al Consejo Territorial de Salud el Plan Territorial de Salud a cuatro (4) años, con enfoque intersectorial y participativo y revisión anual, que incluya objetivos, estrategias y metas de calidad de vida y salud de la población del Territorio de Salud. 5. Organizar el presupuesto para el cierre financiero del presupuesto de los hospitales de mediana y alta complejidad, uniendo las tres fuentes de financiamiento y someterlos a aprobación del Ministerio de Salud y Protección Social cuando corresponda a fuentes de financiación nacionales. 6. Ejercer las funciones de autoridad sanitaria territorial, tanto en salud pública como en riesgos laborales, en todos los aspectos señalados en las leyes 9ª de 1979 y las que le corresponda al interior del Sistema de Riesgos Laborales. 7. Rendir cuentas ante el Consejo Territorial de Salud correspondiente, ante la Superintendencia Nacional de Salud y ante el Ministerio de Salud y Protección Social. <p>Artículo 45. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital. Las direcciones departamentales y distritales constituirán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como organismos o como dependencias técnicas desconcentradas para garantizar el manejo técnico de los recursos. Las Unidades Zonales se constituirán tomando como referencia asentamientos poblacionales entre 100.000 y hasta 1.000.000 de habitantes.</p> <p>Para la conformación de las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, en las zonas dispersas de los Departamentos se tendrán en cuenta los criterios establecidos en el artículo 24 de la Ley 1751, caso en el cual se harán los convenios entre departamentos o entre distritos y departamentos a fin de garantizar la disponibilidad de servicios de salud en zonas especiales.</p> <p>Las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación contarán con profesionales expertos en salud pública, administración de salud, saneamiento ambiental, información y sistemas, para asesorar el diseño y formulación de los planes de salud municipales y los correspondientes presupuestos de los Fondos Municipales de salud en su área de influencia.</p> <p>Las Unidades Zonales analizarán periódicamente las actividades y recursos ejecutados por cada municipio o localidad que supervisan para cumplir la responsabilidad de la Atención Primaria, así</p>
<p>como los objetivos y metas alcanzados, rendirán informes trimestrales de evaluación a cada municipio o Distrito, así como a la respectiva Secretaría de Salud Departamental o Distrital, a las organizaciones de la comunidad y a los organismos de control en los términos en que lo establezca el reglamento.</p> <p>Artículo 46. Consejo de Planeación y Evaluación en Salud. Las Direcciones departamentales y distritales de Salud organizarán un Consejo de Planeación y Evaluación en Salud, encabezado por el director Territorial de Salud, al que asistirán con voz, pero sin voto los directores de las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación del respectivo Departamento o Distrito y delegados de las Universidades que deseen participar y que impartan programas académicos de administración en salud y/o salud pública, y delegados de la sociedad civil. Harán parte del mismo, representantes de las organizaciones de la comunidad.</p> <p>Le corresponde al Consejo de Planeación y Evaluación en salud Departamental o Distrital:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar una evaluación trimestral del funcionamiento de la red de servicios y de los sistemas de referencia y transporte de pacientes para garantizar la atención oportuna de los habitantes en las distintas zonas del respectivo territorio, sus deficiencias y fortalezas. 2. Efectuar recomendaciones para el desarrollo y adecuación sistemas de referencia y transporte de pacientes. 3. Proponer las prioridades de financiamiento e inversiones, en busca de garantizar un proceso de mejoramiento permanente de los servicios de mediana y alta complejidad para los habitantes del territorio. 4. Proponer los estándares de calidad para el funcionamiento de la Red de Servicios y los sistemas de referencia y transporte de pacientes. 5. Generar un informe trimestral del funcionamiento de la red de servicios mediante el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud – SPUIIS y remitirlo a la autoridad territorial, al Consejo Departamental o Distrital de Salud, al Fondo Regional de Salud y al Ministerio de Salud y Protección Social. Las bibliotecas de las universidades públicas y privadas en el Departamento o Distrito y los Centros de investigación en salud tendrán acceso a cada informe a través del Sistema Público Único Integrado de Información en Salud – SPUIIS. <p>Artículo 47. Contratación y autorización de pago de servicios. El Gerente del Fondo Regional de Seguridad Social en Salud, será un funcionario de la ADRES, contratará los servicios de salud y demás requerimientos para el cumplimiento de su labor en el nivel regional, autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones hospitalarias y ambulatorias, públicas, privadas o mixtas, que se integren a la red de servicios del territorio, a las tarifas únicas y obligatorias de prestación de servicios que fije el Gobierno Nacional para el Sistema de Salud.</p> <p>El régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud, modulará la oferta de los servicios, buscando obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país y regular el uso y costos de recursos públicos del sistema de salud.</p> <p>El Fondo Regional de Salud llevará un registro permanente y detallado de cada servicio prestado y pagado, con datos de la persona que recibió el servicio, el municipio, la institución Prestadora de Servicios de Salud, la patología y otras variables de relevancia, a fin de permitir el análisis comparado del comportamiento de los servicios prestados y del gasto en salud en cada territorio y de la equidad en el acceso a los servicios de salud.</p> <p>El nivel Regional dispondrá de oficinas departamentales de recepción, revisión y auditoría de cuentas médicas en cada distrito y capital de departamento de la Región. Cada oficina departamental o</p>	<p>distrital contará con una dependencia de auditoría médica y evaluación de calidad de la red de prestación de servicios de salud.</p> <p>La auditoría médica se realiza a los actos médicos, los cuales se sujetan a la autonomía profesional con fundamento en el conocimiento científico, la ética, la autorregulación y el profesionalismo.</p> <p>Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% de su valor, la institución facturadora será investigada por la Dirección Departamental o Distrital de Salud y los resultados serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud a través del Sistema Único Público de Información en Salud.</p> <p>El Gerente del Fondo Regional de Seguridad Social de Salud organizará un sistema contratado de auditorías independientes integrales, aleatorias, a las instituciones públicas, privadas o mixtas que conforman la red de servicios en la región. Sus informes se gestionarán a través del Sistema Único Público Integrado de Información en Salud.</p> <p>De encontrarse irregularidades graves en la facturación de los servicios de una institución hospitalaria o ambulatoria pública, privada o mixta, se informará a las Direcciones Territoriales de Salud a través del Sistema Único Público Integrado de Información en Salud, las cuales podrán exigir a las Coordinaciones Departamentales de la Red la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución. En tal caso las Direcciones Territoriales deberán contratar una auditoría independiente integral a dicha institución, bajo los mismos parámetros establecidos para las auditorías integrales aleatorias a cargo de los Fondos Regionales.</p> <p>La dirección del Sistema de Salud a través de la fijación de tarifas únicas y obligatorias para la prestación de servicios de salud, modulará la oferta de los servicios.</p> <p>La Administradora de Recursos para la Salud -ADRES, realizará auditorías independientes sobre el manejo de los Recursos del Fondo de Seguridad en Salud y la Gerencia Regional.</p> <p>Artículo 48. Aportes de solidaridad. Los aportes de solidaridad provenientes de las cotizaciones, incluidos los provenientes de regímenes especiales, deberán ser distribuidos por el Consejo de Administración del Fondo Regional de Seguridad Social en Salud entre los municipios de la región para fortalecer la atención primaria, con criterios de equidad y oídas las recomendaciones de los Consejos Departamentales de Planeación y Evaluación en Salud.</p> <p>Artículo 49. Carácter de los informes de las instancias y órganos del Sistema de Salud. Los informes que se generen por parte de las instituciones y Consejos del Sistema de Salud deben ajustarse a los plazos específicos que cada uno de sus indicadores determine, el tipo de información analizada y la materia objeto de revisión y estudio, reconociendo el tipo de evaluaciones que se requieren, discriminando los componentes e indicadores.</p> <p>En la ley para la asignación de recursos del Sistema de Salud, la medición de resultados debe ser anual, incluido el Informe público sobre ingresos y gastos por cada unidad territorial.</p> <p>La periodicidad de los informes no definidos en la presente Ley se establecerá por medio de reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, garantizando un procedimiento de rendición de cuentas por cada vigencia fiscal e información oportuna para la planificación y el acceso a la ciudadanía.</p> <p>Para cumplir con su obligación de generar informes, las instancias y órganos del Sistema de Salud estarán conectados permanentemente al Sistema Público Único Integrado de Información en Salud</p>

<p>– SPUIIS, que es abierto, transparente y accesible, con la información disponible en línea para todos los interesados.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO V. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD</p> <p>Artículo 50. Cobertura de atención del Sistema de Salud. La Atención en salud comprende la prestación de servicios y tecnologías en salud, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la atención de la enfermedad, la rehabilitación y la paliación, con excepción de los servicios y tecnologías en salud que obedezcan a los criterios legales de exclusión.</p> <p>Artículo 51. Acceso a los servicios de salud. Conforme a los artículos 13 y 86 de la Constitución Política, toda persona nacional o extranjera podrá solicitar la atención en salud a las entidades prestadoras de servicios de salud. Se prohíbe la negación de prestación de servicios de salud a quien lo solicite.</p> <p>A los extranjeros con residencia temporal y a los turistas, se les exigirá un seguro de salud contra el cual los Fondos Regionales de Salud puedan generar recobros por los servicios prestados.</p> <p>Artículo 52. Calidad del servicio de salud. La calidad del servicio de salud es la materialización efectiva de las condiciones institucionales para el goce y disfrute del más alto nivel posible de la salud, la cual exige idoneidad profesional, disponibilidad de los recursos de atención, aceptabilidad de las intervenciones en salud, accesibilidad sin barreras de acceso a los servicios bajo los principios de equidad, solidaridad, universalidad, oportunidad, integralidad y humanización. La calidad es una garantía de la atención en salud de todas las personas.</p> <p>Las disposiciones del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad para las instituciones de prestación de servicios seguirán vigentes. Así mismo el Gobierno Nacional propiciará la conformación de un sistema de garantía de la calidad de las Redes Integradas e Integrales de servicios de salud.</p> <p>Artículo 53. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud serán públicas, privadas y mixtas. Sus relaciones serán de cooperación y complementariedad y forman parte integrante del Sistema de Salud.</p> <p>Artículo 54. Entidades Promotoras de Salud. Las entidades promotoras de salud que cumplan las disposiciones técnicas que establece esta ley y las normas de inspección, vigilancia y control podrán ejercer las siguientes actividades entre otras:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Crear y administrar Centros de Atención Primaria en Salud de los territorios asignados después de la territorialización dispuesta en esta ley. 2. Administrar los sistemas de referencia y contrarreferencia de las personas vinculadas a sus Centros de Atención Primaria en Salud. 3. Realizar o ejecutar las auditorías contratadas que requiera el Sistema de Salud. <p style="text-align: center;">CAPÍTULO VI.</p>	<p style="text-align: center;">INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO – ISE</p> <p>Artículo 55. Naturaleza. La prestación de servicios de salud por la Nación y por las entidades territoriales tendrán carácter social, se hará a través de Instituciones de Salud del Estado– ISE hospitalarias o ambulatorias, constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas departamentales o concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta Ley.</p> <p>Artículo 56. Objeto. El objeto de las Instituciones de Salud del Estado –ISE, será la prestación de servicios de salud como un servicio público esencial a cargo del Estado.</p> <p>Parágrafo. El Instituto Nacional de Cancerología se regirá por las disposiciones de carácter especial que lo regulan.</p> <p>Artículo 57. Tipologías y niveles de Instituciones de Salud del Estado – ISE. Las Instituciones de Salud del Estado – ISE, se agruparán por niveles de baja, mediana y alta complejidad, y operarán en redes integrales e integradas de Servicios de Salud en los términos definidos en la presente ley.</p> <p>Para determinar las tipologías y niveles de las Instituciones de Salud del Estado – ISE, se deberán tener en cuenta, entre otros, los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La relación geográfica entendida como la cercanía al lugar de residencia y los entornos de la población. 2. La caracterización epidemiológica de la población. 3. Los lineamientos de política de oferta de servicios específicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y las estimaciones de demanda de requerimientos de la población. 4. El portafolio de servicios de salud. 5. El personal sanitario requerido. 6. Los costos de funcionamiento e inversión. <p>El Gobierno Nacional reglamentará las tipologías y niveles de complejidad y clasificará las Instituciones de Salud del Estado ISE de acuerdo con este reglamento. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las metas e indicadores de capacidad instalada, disponibilidad de servicios de salud, resultados de desempeño institucional y resultados y desenlaces en salud a ser cumplidas, por cada tipología institucional y de servicios de salud.</p> <p>Los Departamentos, distritos y municipios que así lo definan, podrán estructurar Instituciones de salud del estado ISE subregionales, creadas por ordenanza o acuerdo municipal, de acuerdo con el modelo de territorialización sanitaria definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, que integren varios municipios, organizadas en red integral. Los departamentos que en la actualidad tienen hospitales públicos configuradas en red, creadas por ordenanzas, podrán mantener dichos modelos de organización y compatibilizarlos con el Sistema de redes integradas e integrales de prestación de servicios.</p> <p>La creación de Instituciones de Salud del Estado, ISE se hará previa evaluación de la necesidad de creación de nueva oferta de servicios, según los parámetros que al efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Artículo 58. Régimen Jurídico. Las Instituciones de Salud del Estado – ISE, se someterán al siguiente régimen jurídico:</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. En su denominación se incluirá la expresión "Instituciones de Salud del Estado – ISE". 2. Conservarán el régimen presupuestal en los términos en que lo prevé el artículo 5º del Decreto 111 de 1996 a cuyo efecto las Empresas Sociales del Estado se entienden homologadas en esta materia a las Instituciones de Salud del Estado. 3. Podrá recibir transferencias directas de los presupuestos de la nación o de las entidades territoriales. 4. Para efectos tributarios se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos. <p>Artículo 59. Presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE. El presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE se elaborará teniendo en cuenta:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La tipología y nivel de cada Institución de Salud del Estado – ISE. 2. El portafolio de servicios de acuerdo con la tipología y nivel. 3. Proyección de la cantidad de servicios que se prestará a la población. 4. El costo del trabajo del personal sanitario, medicamentos, suministros y gastos que complementen la atención, para garantizar la disponibilidad del portafolio de servicios de acuerdo con la demanda. 5. Los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. Las Instituciones de Salud del Estado – ISE, y los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) se regirán por presupuestos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tales presupuestos obedecerán a la estandarización de los servicios ofrecidos según las tipologías de los territorios de salud que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. En ningún caso la Administradora de Recursos para la Salud ADRES, o las autoridades territoriales, según corresponda, podrán autorizar gastos en el presupuesto para pagar los servicios de salud a su cargo, por fuera de los estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. <p>Artículo 60. Aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado de Mediana y Alta Complejidad. Para la aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado – ISE se deberá adelantar el siguiente trámite:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En el mes de julio de cada vigencia el director presentará la propuesta de presupuesto al Consejo Directivo de la entidad para su validación, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. 2. El presupuesto validado deberá ser remitido a la Dirección de Salud respectiva quien deberá dar concepto técnico sobre la propuesta de presupuesto y los supuestos utilizados para su elaboración. 3. De acuerdo con la Dirección de Salud Territorial se estructurará un presupuesto integral, que garantice el cierre financiero del presupuesto anual integrando los recursos de venta de servicios con los recursos departamentales y nacionales que cofinanciarán dicho presupuesto. 4. Cuando se trate de cofinanciación del presupuesto de la Institución de Salud del Estado –ISE por parte del nivel Nacional se examinará su coherencia financiera previo análisis de conveniencia por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y de conformidad con las normas presupuestarias. 5. Una vez aprobado, será remitido al director de la Institución de Salud del Estado – ISE para su ejecución. 	<p>Parágrafo: Las Instituciones de Salud del Estado de Mediana o Alta complejidad, del orden municipal, tendrán el mismo régimen presupuestal de las departamentales y distritales.</p> <p>Artículo 61. Giro de los recursos. Los recursos que financian el presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado– ISE para financiar los servicios de salud, distintos de la venta de servicios a los Fondos Regionales, serán girados por el Adres y los fondos departamentales de salud, según corresponda. Los directores de las Instituciones de Salud del Estado– ISE darán prelación a los pagos de las nóminas, las contribuciones inherentes a la misma y demás gastos de personal.</p> <p>Artículo 62. Operación en redes integrales e integradas. Para que las Instituciones de Salud del Estado – ISE operen en redes integrales e integradas, contarán con el acompañamiento, apoyo y monitoreo del Consejo de Planeación y Evaluación en Salud Departamental o Distrital de las redes integrales e integradas, con la participación del Departamento o Distrito y del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Artículo 63. Régimen de contratación. Las Instituciones de Salud del Estado – ISE en materia contractual se regirán por el derecho privado, pero podrán utilizar discrecionalmente las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social determinará, según la conveniencia y las exigencias del servicio, mecanismos de compras coordinadas y/o centralizadas de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, dentro y fuera del país y generará modelos de gestión que permitan disminuir los precios de los mismos y facilitar el acceso de la población a estos. El Ministerio de Salud y Protección social, coordinará con Colombia compra Eficiente la generación de mecanismos e instrumentos que puedan colocarse al alcance de las entidades territoriales y las Instituciones de Salud del Estado del nivel territorial.</p> <p>Las compras de los insumos, dispositivos, tecnologías y medicamentos de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) de naturaleza pública, se realizarán a través de los hospitales de servicios de mediana o alta complejidad de los territorios que corresponda, o mediante asociaciones entre las instituciones públicas de salud. Las compras conjuntas deben ser mayoritarias, según los parámetros que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Artículo 64. Órganos de dirección y administración. La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado – ISE, estará a cargo de un Consejo Directivo y de un director.</p> <p>Artículo 65. Integración del Consejo Directivo. El Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado– ISE de orden territorial estará integrado de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El jefe de la administración departamental, distrital o municipal, o su delegado, quien la presidirá. 2. El Secretario de Salud o Director de Salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado. 3. Un (1) representante de las comunidades, designado por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de Salud. 4. Dos (2) representantes profesionales de los trabajadores de la salud de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por voto secreto.

<p>Parágrafo 1°. Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para periodos consecutivos, ni podrán ser parte de los Consejos Directivos de las Instituciones de Salud del Estado - ISE en más de dos ocasiones.</p> <p>Parágrafo 2°. Cuando exista empate respecto de una materia sujeta a votación y aprobación por parte del Consejo Directivo, se resolverá con el voto de quien preside la Junta Directiva. En todo caso cuando se trate de aprobar el presupuesto de la Institución de Salud del Estado - ISE, se requiere del voto favorable del presidente del Consejo Directivo.</p> <p>Parágrafo 3°. Servidores públicos miembros del Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado - ISE. Los servidores públicos que sean miembros del Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, lo serán por derecho propio mientras ejerzan sus cargos.</p> <p>Parágrafo 4°. Calidad de los miembros del Consejo Directivo. Los particulares miembros de los Consejos Directivos o asesores de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, aunque ejercen funciones públicas no adquieren por ese sólo hecho la calidad de empleados públicos. Su responsabilidad, lo mismo que sus incompatibilidades e inhabilidades, se regirán por las leyes de la materia, entendiéndose que se hacen extensivas a las Instituciones Hospitalarias Estatales - ISE, las que correspondían a las Empresas Sociales del estado.</p> <p>Artículo 66. Requisitos para el cargo de director de Instituciones de Salud del Estado-ISE. Para el desempeño del cargo de director de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, se deberán acreditar los siguientes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Director de Institución de Salud del Estado - ISE de baja complejidad. Para el desempeño del cargo de director de Institución de Salud del Estado - ISE de servicios de baja complejidad en salud, se exigirán los siguientes requisitos, establecidos de acuerdo con la categorización de los departamentos y municipios regulada por la Ley 617 y la Ley 136 de 1994, y demás normas que la modifiquen o adicionen. 2. Para la categoría especial y primera se exigirá como requisitos, título profesional en el área de conocimiento de ciencias de la salud, economía y administración; título de posgrado en salud pública, administración o gerencia hospitalaria, administración en salud o afines a las anteriores; y experiencia profesional de dos (2) años en el sector salud. 3. Para la categoría segunda se exigirá como requisitos, título profesional en el área de conocimiento de ciencias de la salud, economía y administración; título de posgrado en salud pública, administración o gerencia hospitalaria, administración en salud o afines a las anteriores; y experiencia profesional de un (1) año en el sector salud. 4. Para las categorías tercera, cuarta, quinta y sexta se exigirá como requisitos, título profesional en el área de la salud y experiencia profesional de un (1) año, en el sector salud. 5. Director de Institución de Salud del Estado - ISE de servicios de salud de mediana complejidad. Los requisitos que se deberán acreditar para ocupar este cargo son: Título profesional en áreas de la salud, económicas o administrativas; título de posgrado en salud pública, administración o gerencia hospitalaria, administración en salud u otro en el área de la administración en salud; y experiencia profesional de tres (3) años en el sector salud de los 	<p>cuales dos (2) años deben corresponder a empleos gerenciales de prestación de servicios de salud.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Director de Institución de Salud del Estado -ISE de servicios de salud de alta complejidad. Los requisitos que se deberán acreditar para el desempeño de este cargo son: Título profesional en el área de conocimiento de ciencias de la salud y título de posgrado en economía, administración o afines; o Título profesional en el área de conocimiento de ciencias económicas o administrativas, y título de posgrado en salud pública, administración o gerencia hospitalaria o administración en salud. Y experiencia profesional de cuatro (4) años en el sector salud de los cuales tres (3) años deben corresponder a empleos gerenciales de prestación de servicios de salud. 7. El empleo de director de Institución de Salud del Estado - ISE será de dedicación exclusiva y de disponibilidad permanente; el título de posgrado, no podrá ser compensado por experiencia de cualquier naturaleza. <p>Artículo 67. Provisión del empleo de director. La provisión de los empleos de director de las Instituciones de Salud del Estado-ISE del orden territorial se efectuará por la respectiva autoridad nominadora, dentro de los tres (3) meses siguientes al inicio del periodo del respectivo alcalde municipal o distrital o gobernador, para un periodo institucional de cuatro (4) años, previa verificación del cumplimiento de requisitos y calidades establecidos en la presente ley.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social consolidará periódicamente una lista de aspirantes en orden alfabético de acuerdo con el reporte que le remitan las Instituciones de Educación Superior y el Departamento Administrativo de la Función Pública respecto de los aspirantes que acreditan haber realizado el curso de Administración Hospitalaria y la prueba de competencias, respectivamente. La periodicidad de las pruebas y los parámetros requeridos para las pruebas, serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. La lista de aspirantes al empleo de director de las Instituciones de Salud del Estado- ISE, tendrá una vigencia de cinco (5) años.</p> <p>Se determinará un nivel o puntaje mínimo para dirigir instituciones de baja, mediana y alta complejidad. Las entidades territoriales no podrán nombrar directores que no certifiquen haber obtenido en los últimos cinco años el nivel mínimo requerido para la institución respectiva, según su complejidad.</p> <p>Los Cursos de Administración Hospitalaria válidos para el proceso de provisión de los empleos de director de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, serán los impartidos por las instituciones de Educación Superior que cumplan con los requisitos y lineamientos que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Artículo 68. Educación continua y actualización en administración hospitalaria. Los directores de las Instituciones de Salud del Estado - ISE, privadas y mixtas deberán realizar un curso de actualización en Administración Hospitalaria cuando cumplan dos (2) años de servicio continuos o discontinuos en el cargo.</p> <p>Los eventos académicos de educación continuada y actualización en Administración Hospitalaria serán diseñados teniendo en cuenta los avances en la ciencia de la administración pública, la reingeniería del gobierno, la calidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud centrados en las personas y las comunidades, así como la responsabilidad en el manejo técnico misional,</p>
<p>presupuestal y financiero de la entidad, conforme a la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección. Serán financiados por la respectiva Institución Sanitaria, ya sea pública, privada o mixta.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Escuela Superior de Administración Pública, convendrá y estructurará los planes y programas de formación, asistencia técnica y capacitación, para el desarrollo de las capacidades institucionales que exija la implementación del Sistema de Salud.</p> <p>Artículo 69. Causales especiales de retiro del director. Serán causales especiales de retiro del director la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exijan o por evaluación insatisfactoria de acuerdo al procedimiento que determina la ley 1438 que se entenderá aplicable en reemplazo de las Empresas Sociales del Estado a las Instituciones de Salud del Estado-ISE de que trata la presente Ley y demás normas que la modifiquen o sustituyan.</p> <p>Artículo 70. Procedimiento para la aprobación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado-ISE del orden territorial. Para la aprobación del plan de gestión de las Instituciones de Salud del Estado-ISE del orden territorial se deberá seguir el siguiente procedimiento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El director de la Institución de Salud del Estado - ISE deberá presentar al Consejo Directivo el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que define el Ministerio de Salud y Protección Social. 2. El Consejo Directivo de la respectiva Institución de Salud del Estado - ISE deberá aprobar, el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del plan de gestión. 3. El director podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los cinco (5) días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes. 4. En caso de que el Consejo Directivo no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el director se entenderá aprobado. <p>Artículo 71. Evaluación del plan de gestión del director de la Institución de Salud del Estado - ISE del orden territorial. Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El director de la Institución de Salud del Estado - ISE del orden territorial deberá presentar al Consejo Directivo un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1° de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. 2. El Consejo Directivo deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del director, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión. 3. Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo del Consejo Directivo, debidamente motivado, el cual se notificará al director quien podrá interponer recurso de reposición ante el Consejo Directivo dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. La decisión del Consejo Directivo tendrá recurso de reposición ante el mismo Consejo Directivo y de apelación en el efecto suspensivo, ante el director Territorial de Salud. Para resolver dichos recursos se contará con un término de quince días (15) hábiles. 5. Si el resultado en firme de la evaluación fuera insatisfactorio será causal obligada para el nominador de retiro del servicio del director, para lo cual el Consejo Directivo dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la firmeza del acto administrativo, deberá solicitar al nominador la remoción del director, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra el cual procederán los recursos de ley. 6. La no presentación del proyecto de plan de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión por parte del director de la Institución de Salud del Estado - ISE dentro de los plazos señalados, conllevará a que la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos y plazos establecidos para tal fin, produzca de manera inmediata la evaluación no satisfactoria, la cual será causal de retiro. <p>Artículo 72. Régimen Laboral. Para todos los efectos legales, los servidores públicos con funciones de dirección, conducción, orientación y asesoría institucional cuyo ejercicio implica la adopción de políticas o directrices o los de confianza que estén al servicio del director general de las Instituciones de Salud del Estado- ISE, se clasifican como empleados públicos de libre nombramiento y remoción.</p> <p>Los servidores públicos que tengan la calidad de empleados públicos se vincularán mediante nombramiento del director general y su régimen legal será el establecido por la Ley 909 de 2004 y las normas pertinentes y complementarias, propias de tales empleados en lo que no riña con la presente ley.</p> <p>Los demás servidores públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE y de las Instituciones mixtas con participación del Estado igual o superior al 90%, serán de régimen especial, quienes tendrán el carácter de trabajadores estatales de la salud y estarán sometidos al régimen laboral propio establecido en la presente ley.</p> <p>Son normas especiales del régimen laboral de los servidores de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los trabajadores estatales de la salud serán vinculados mediante contratos de trabajo suscritos por el director, por término definido o indefinido, por obra o labor y se regirán por lo dispuesto en la presente ley, lo pactado en el contrato de trabajo y en el reglamento interno. La vinculación se realizará previa verificación del cumplimiento de los requisitos de formación académica y experiencia previstos para cada denominación del cargo y la evaluación de las competencias, de lo cual se dejará evidencia. 2. El Gobierno Nacional y las respectivas autoridades competentes en el orden territorial, en la norma que define la planta del personal de la Institución de Salud del Estado - ISE, señalará el número de trabajadores estatales de la salud requerido para la prestación de servicios, de acuerdo con las tipologías de institución prestadora de servicios de salud que determine el gobierno nacional. 3. En materia de la jornada laboral, los trabajadores estatales de la salud de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 o por las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan; el Consejo Directivo señalará la manera como se dará cumplimiento a la jornada laboral en donde se tendrá en cuenta la naturaleza del cargo o actividad, la intensidad horaria y su cumplimiento por áreas de servicio.

<p>4. La remuneración de los empleados públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE será fijada por las respectivas autoridades competentes y con sujeción a las previsiones de la ley 4ª de 1992; la de los trabajadores estatales de la salud la fijará el Consejo Directivo de la respectiva institución, para lo cual tendrá en cuenta los parámetros que para su efecto fije el Gobierno Nacional.</p> <p>5. A los trabajadores estatales de la salud se les aplicará las previsiones que en materia de negociación colectiva aplica a los empleados públicos de la rama ejecutiva nacional, para lo cual deberá observarse lo dispuesto por el artículo 9 de la Ley 4 de 1992 y demás normas pertinentes.</p> <p>6. En lo relacionado con la administración del personal, a los trabajadores estatales de la salud les serán aplicables en lo pertinente las disposiciones del Decreto Ley 2400 de 1968 y las demás normas que lo reglamenten, modifiquen o sustituyan.</p> <p>7. El retiro para los empleados públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, se dará por las causales legales señaladas por la Ley 909 de 2004; para los trabajadores estatales de la salud lo serán por las mismas causas, por la terminación de la obra o labor o el cumplimiento del término pactado o por razones disciplinarias, y en caso de supresión del cargo se indemnizarán aplicando la tabla establecida en la Ley 909 de 2004 o en las normas que la modifiquen o sustituyan.</p> <p>8. Los servidores públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE estarán sometidos al régimen disciplinario único fijado por la Ley 1952 y las normas que la modifiquen o complementen.</p> <p>Artículo 73. Derechos de permanencia de los servidores. Los empleados públicos con derechos de carrera administrativa o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado del orden nacional y territorial al momento de entrada en vigencia de la presente ley conservarán el carácter de su vinculación hasta su incorporación como trabajadores estatales de la salud en las Instituciones de Salud del Estado-ISE, momento en el cual continuarán laborando, sin solución de continuidad y sin que en ningún momento se desmejoren sus condiciones laborales.</p> <p>Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales al momento de expedición de la presente ley, conservarán esta vinculación, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los mismos y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva Institución de Salud del Estado - ISE.</p> <p>Para todos los efectos legales, el tiempo de servicio de los empleados vinculados mediante relación legal y reglamentaria, así como los empleados públicos que sean incorporados automáticamente a la nueva planta de personal y su relación sea ajustada al nuevo régimen, se computará para todos los efectos legales, con el tiempo servido en la Empresa Social del Estado, sin solución de continuidad.</p> <p>Parágrafo 1. Los procesos de selección que se encuentren en curso a la entrada en vigencia de la presente ley, para proveer empleos de carrera de los empleados de las Instituciones de Salud del Estado -ISE culminarán, pero el uso de las listas de elegibles resultantes se entenderá que serán usadas bajo el nuevo régimen y por tanto no se usarán para proveer empleos de carrera administrativa sino excepcionalmente y por una vez, para los contratos de trabajo de régimen especial de que trata la presente Ley y según las necesidades del servicio y su sostenibilidad financiera.</p> <p>Parágrafo 2. Los contratos de prestación de servicios a cargo de las Empresas Sociales del Estado que a la entrada en vigencia de la presente ley se encuentren en ejecución se entenderán subrogados en las Instituciones de Salud del Estado-ISE.</p>	<p>Parágrafo 3. Las Instituciones de Salud del Estado-ISE respetarán los derechos adquiridos por los trabajadores estatales de la salud en materia salarial y prestacional; derivados de la ley, los acuerdos laborales o la convención colectiva de trabajo. En todo caso no podrá haber desmejoramiento de las condiciones laborales.</p> <p>Parágrafo 4. El Gobierno Nacional establecerá un sistema de estímulos para los trabajadores estatales de la salud que laboren en regiones dispersas y de difícil acceso.</p> <p>Artículo 74. Sistema de Control Interno. Las Instituciones de Salud del Estado-ISE establecerán y aplicarán un sistema de control interno en los términos establecidos en la Constitución Política, en la Ley 87 de 1993, sus normas complementarias y las que defina el Consejo Directivo para su adecuado funcionamiento.</p> <p>La designación del Jefe de la Oficina de Control Interno se hará de conformidad con lo señalado por las Leyes 87 y 1474 y demás disposiciones que le modifiquen, adicionen o sustituyan.</p> <p>Artículo 75. Entidad de Salud del Estado Itinerante - Hospital Itinerante. Para las zonas dispersas, alejadas de los centros urbanos, con densidad de población vulnerable y de difícil acceso operará la Entidad de Salud del Estado Itinerante bajo la figura de Hospital Itinerante, que presta atención básica y especializada; operará con el soporte logístico de las Fuerzas Militares, de la Policía Nacional y de las Patrullas Aéreas Colombianas.</p> <p>Los hospitales itinerantes, serán financiados por fondos provenientes de los fondos territoriales de salud y recursos del Fondo Nacional de Regalías; su programación estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social y se hará trimestralmente para garantizar la cobertura y seguimiento periódico de sus actividades en todo el territorio nacional.</p> <p>Parágrafo. La participación de la sociedad civil en el Hospital Itinerante a través de los pilotos privados que integran las Patrullas Aéreas será reconocida por el Estado colombiano mediante exención de parte de los impuestos correspondientes a cada aeronave inscrita que participe activamente en el programa.</p> <p style="text-align: center;">CAPITULO VII. REDES INTEGRADAS E INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD-RIISS</p> <p>Artículo 76. Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud-RIISS. La prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud - RIISS, entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar atención sanitaria con calidad, equitativos, integrales, integrados, oportunos y continuos de manera coordinada y eficiente, con una orientación familiar y comunitaria a una población ubicada en un espacio poblacional determinado. Las redes integradas e integrales deberán presentar resultados clínicos por el estado de salud de la población a la que sirve.</p> <p>Los servicios en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación se dispensarán por las Redes integradas e integrales con la suficiencia técnica y administrativa necesarias.</p>
<p>Las instituciones que conforman las redes integrales e integradas están obligadas a informar continuamente y en tiempo real su actividad a través del Sistema Público Único de Información en Salud -SPUIS y rendir periódicamente cuentas al Estado y a la sociedad, en el marco de los principios del Sistema de Salud.</p> <p>Las redes integrales e integradas de servicios son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Redes de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud - APIRS. 2. Redes de servicios especializados ambulatorios. 3. Redes de servicios de hospitalización, incluye hospitalización domiciliaria. 4. Redes de urgencias médicas y odontológicas. 5. Redes de rehabilitación. 6. Redes de laboratorios. 7. Redes integrales de apoyo en materia de vigilancia en salud pública, servicios diagnósticos, farmacéuticos y de tecnologías en salud. <p>Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los estándares y mecanismos para la conformación de las redes integradas e integrales de servicios en los territorios de salud, dando prioridad a la red hospitalaria pública como eje articulador de las mismas en los territorios de salud que se definan. La participación en las redes por parte de las entidades privadas será voluntaria.</p> <p>Parágrafo 2. La reglamentación técnica y operativa de los sistemas de tecnología de la información y la comunicación, corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>La telemedicina, como todo acto médico, se ejerce con plena autonomía médica, con criterio médico-científico y ético para la toma de decisiones de acuerdo al estado del arte, según la distribución geográfica, las condiciones de dispersión y ruralidad de las poblaciones a atender, las limitaciones locales de infraestructura y del personal sanitario para la atención con calidad. Se debe proveer el acceso a las tecnologías de información y comunicación por medios virtuales para garantizar el diagnóstico y el tratamiento pertinente y oportuno, así como el seguimiento a distancia de la evolución clínica.</p> <p>Artículo 77. Adscripción de entidades sanitarias privadas y mixtas a las redes integradas e integrales de servicios. Las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y mixtas podrán formar parte de las redes integradas e integrales de servicios de salud para garantizar el derecho fundamental de la salud, en los términos establecidos por la Ley 1751, en especial en su capítulo II y acorde a lo dispuesto en la presente ley. Los servicios habilitados se prestarán de acuerdo con las necesidades y solicitudes del sistema de referencia, bajo el régimen tarifario único, las condiciones para el pago de dichos servicios y la generación de los reportes de información.</p> <p>Los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) se organizarán con instituciones públicas, privadas y mixtas. Las instituciones privadas y mixtas podrán contratarse para ofrecer los servicios de atención básica dentro de las Redes integrales e integradas de servicios de salud.</p> <p>Artículo 78. Criterios determinantes de las redes integradas e integrales de servicios de salud - RIISS. El Ministerio de salud y Protección Social, establecerá los criterios determinantes de las RIISS, con fundamento en los siguientes parámetros:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modelo asistencial. El Modelo asistencial establece la forma como se planifican, organizan y prestan servicios de salud en un territorio poblacional. Los servicios deben ser integrales, 	<p>oportunos, coordinados, suficientes, eficientes y centrados en la persona, la familia y la comunidad.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Gobernanza y estrategia. La gobernanza y estrategia abordan la conformación de una forma de gobierno de las Redes Integradas e Integrales, de tipo corporativo, que puede tener diversos órganos coordinados y alineados, con amplia participación social y comprometidos activamente en la intervención sobre determinantes de la salud existentes en el territorio. 3. Organización y gestión. La organización y gestión, determina la coordinación y alineación de todos los recursos disponibles en las Redes, buscando que sean suficientes y estén en las mejores condiciones para adelantar una gestión basada en resultados que son captados por el Sistema Público Único Integral de Información en Salud - SPUIIS. 4. Sistema de asignación e incentivos. El sistema de incentivos estructura el financiamiento requerido y la asignación de los recursos para que contribuyan con la mayor coordinación posible de los servicios de salud y con las metas globales de las Redes. <p>Artículo 79. Organización y Conformación de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud - RIISS: Las entidades departamentales y distritales según corresponda, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, organizarán y conformarán las redes integradas e integrales de servicios de salud incluyendo prestadores públicos, privados y mixtos. Los Criterios determinantes de las redes integradas e integrales de servicios de salud, serán la guía para la organización y conformación de las redes. Las RIISS se deberán registrar en el aplicativo que para el efecto determine el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Los requisitos y condiciones para su organización y conformación los definirá el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Todas las instituciones estatales sanitarias de alta complejidad, se habilitarán como hospitales universitarios en un plazo no mayor de dos años a partir de la vigencia de esta Ley.</p> <p>Artículo 80. Prestación de servicios médicos asistenciales. La prestación de servicios médicos asistenciales a los ciudadanos incluye la baja, mediana y alta complejidad, ambulatoria y hospitalaria, con todos sus servicios de apoyo para el diagnóstico y la complementación terapéutica, de rehabilitación y paliación, así como todas las especialidades aprobadas o convalidadas reguladas por el Ministerio de Educación Nacional.</p> <p>La prestación de servicios médicos asistenciales incluye los servicios de atención prehospitalaria, de urgencias, el transporte de pacientes y los servicios farmacéuticos, orientados a garantizar el derecho fundamental a la salud.</p> <p>Artículo 81. Servicios Farmacéuticos. Las instituciones que dispensen medicamentos en el Sistema de Salud deberán habilitar dicho servicio, de acuerdo con la normatividad que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, elaborará la política farmacéutica nacional en los términos dispuestos en la Ley 1751. El Ministerio de Industria y Comercio participará en la formulación de la política en lo de su competencia.</p>

<p>Artículo 82. Servicio único de atención prehospitalaria y extrahospitalaria. Las Direcciones Municipales y Distritales de Salud tendrán bajo su responsabilidad el servicio único de atención prehospitalaria de urgencias, el que podrá integrarse con otros servicios de emergencia como los cuerpos de bomberos o la Cruz Roja. Así mismo, les corresponde la coordinación de la red de urgencias y de los servicios de atención básica domiciliaria a personas con limitación de la movilidad y a las personas sin hogar o en precaria condición social.</p> <p>Artículo 83. Adscripción de la población para atención primaria. Todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud en función de su lugar de residencia.</p> <p>Las personas podrán solicitar temporalmente la atención primaria en un sitio diferente al lugar permanente de residencia. Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia, debe registrarse en el Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud del respectivo municipio, barrio o sector donde tenga su nueva residencia.</p> <p>Artículo 84. Implementación de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud - APIRS. Las Direcciones Municipales y Distritales de Salud garantizarán mediante la conformación y el desarrollo de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud los servicios básicos de salud, los servicios de apoyo diagnóstico, programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de la participación social en las distintas áreas geográficas del territorio, así como la referencia de pacientes hacia servicios de mediana o alta complejidad. Los Centros estarán habilitados con capacidad de cuidado de la salud y prevención de la enfermedad al grupo poblacional de su cobertura y la solución inmediata de sus requerimientos de atención básica y de las solicitudes de referencia y contrarreferencia a la red de mediana y alta complejidad.</p> <p>En los centros urbanos, cada Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (CAPIRS) cubrirá como máximo 25.000 habitantes para garantizar la capacidad de cuidado de la salud y prevención de la enfermedad de dicho grupo poblacional y la solución inmediata de sus requerimientos de atención básica y solicitudes de referencia y contrarreferencia a las redes de mediana y alta complejidad, esto es, sin hacinamiento ni tiempos mayores a veinticuatro horas. Cada Centro deberá contar con una planta física adecuada y los correspondientes servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico. En centros urbanos con alta densidad poblacional los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico podrán estar al servicio del número de centros de atención primaria que permita la satisfacción del derecho fundamental a la salud. En los municipios donde solamente exista una Institución de Salud del Estado le corresponderá actuar como CAPIRS en los términos que establezca el reglamento. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará los parámetros técnicos sobre estas materias.</p> <p>Los municipios y distritos definirán la ubicación y responsabilidad poblacional de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud en el ámbito de su jurisdicción o en la que se acuerde por vía asociativa entre dos o más entidades territoriales, ubicarán la sede y nombrarán al director del Centro y su equipo profesional y técnico, condición necesaria para asignar el presupuesto de Atención Primaria de un grupo poblacional. A tal efecto el Ministerio de Salud y Protección Social fijará los parámetros técnicos, administrativos y financieros para la estructuración de los CAPIRS.</p> <p>Los Centros serán sede de los programas y equipos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de la participación social con la población asignada. Igualmente, serán el punto de origen obligatorio de las órdenes de referencia para la atención de la población asignada hacia la red hospitalaria y especializada de mediana y alta complejidad. Los servicios básicos</p>	<p>deberán ser integrados progresivamente a la locación física del Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, pero podrán disponerse inicialmente en las cercanías o incluso podrán contratarse algunos temporalmente, mientras se desarrolla la infraestructura propia.</p> <p>Los centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud serán responsables de consolidar la información del total de la población a su cargo, en términos demográficos y de estado de salud, para planificar los servicios básicos y las acciones de promoción y prevención. Serán igualmente responsables de la vigilancia epidemiológica sobre la población adscrita al respectivo centro.</p> <p>Los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud deberán contar con un equipo técnico para la referencia de pacientes a la red de mediana y alta complejidad, apoyado en el Sistema Público Único de Información Integral en Salud – SPUIIS y en modernos sistemas de comunicaciones para lograr el agenciamiento de las necesidades de su población adscrita con el apoyo de los centros departamentales y distritales de referencia de pacientes.</p> <p>El director territorial de salud o su delegado integrará y presidirá un Consejo de Participación y Seguimiento de la operación de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, conformado por siete (7) miembros, de los cuales cuatro (4) serán designados por las organizaciones sociales y dos (2) por personal de la salud que labore en dichos centros. El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos de conformación, integración y funcionamiento de los mismos.</p> <p>Las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud de cada departamento y distrito para la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud - APIRS, conformarán equipos multidisciplinarios de salud, como un concepto funcional y organizativo que permita facilitar el acceso a los servicios de salud, adecuados a las necesidades y requerimientos de la población, los cuales tendrán entre otras, las siguientes funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar el diagnóstico familiar y comunitario, de acuerdo con la ficha unificada que se defina para tal fin. 2. Identificación de riesgo individual, familiar y comunitario de los usuarios por edad, sexo y etnia. 3. Informar sobre los servicios en salud a las familias de acuerdo a sus necesidades y a las políticas y reglamentación de dichos servicios. 4. Promover la identificación plena de las familias, para que puedan acceder a los servicios de salud. 5. Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionen un alto impacto en salud pública. 6. Facilitar la prestación de los servicios de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación. 7. Suministrar la información que sirva de insumo para la elaboración de la historia clínica y única obligatoria. 8. Realizar las acciones necesarias para que los integrantes de la familia, reciban la atención requerida en la RISS, coordinando las actividades pertinentes y realizando el seguimiento respectivo. <p>Lo anterior conforme a la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Artículo 85. Gestión de los servicios. Las remisiones para la prestación de servicios en su integridad estarán a cargo de las instituciones del Sistema de Salud sin trasladar en ningún caso la carga de los</p>
<p>mismos a los pacientes y sus familiares. El acceso a los servicios será expedito y primará el derecho fundamental a la salud respecto de cualquier formalidad o trámite administrativo.</p> <p>Artículo 86. Sistema de referencia y contrarreferencia. La referencia de pacientes consiste en programar y efectuar su traslado entre Instituciones de Salud del Estado–ISE, públicas y mixtas de distinto nivel de complejidad en función de su necesidad de atención y de la capacidad resolutiva de las instituciones. Una referencia queda resuelta cuando se programa, se remite al paciente ambulatoriamente o en condición de urgencias u hospitalizado en medio de transporte adecuado, medicalizado y seguro-, y se obtiene la atención solicitada, ambulatoria u hospitalaria, solicitada por su médico tratante desde la institución remitora. Contrarreferencia es el retorno informado sobre la continuación de los cuidados en su centro de atención primaria y su vivienda.</p> <p>Cuando el paciente opte por recibir servicios médicos básicos distintos a los suministrados por su Centro de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, asignado según su lugar de residencia, y requiera de parte del Sistema de Salud servicios de mayor complejidad, deberá tramitarlos desde el Centro de Atención Primaria que le corresponda por su lugar de residencia.</p> <p>Artículo 87. Proceso Interinstitucional. Para garantizar la accesibilidad, integralidad, pertinencia y continuidad de la atención en salud, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes a través de la red de servicios será un proceso interinstitucional. A tal efecto, se observarán las siguientes instancias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cada Institución de salud, sin importar su naturaleza, deberá mantener en funcionamiento permanente una dependencia, sección u oficina de Referencia y Contrarreferencia de pacientes. Toda solicitud de referencia y traslado de pacientes debe ser orientada por estas instancias, que deberán gestionar la consecución del servicio requerido en la institución de mayor complejidad, con el apoyo de la Coordinación Municipal, Distrital o Departamental de la Red de Servicios. Toda contrarreferencia debe ser igualmente dirigida por estas instancias. 2. En el ámbito territorial, se constituirán dependencias técnicas denominadas Coordinaciones Departamentales, Regionales y Nacional de la Red de Servicios. Los distritos y municipios mayores a 100.000 habitantes podrán crear una o varias instancias de Coordinación del Sistema de referencia y contrarreferencia con denominaciones análogas. 3. Cada Región tendrá una dependencia de Coordinación Regional de la Red de Servicios, dependiente del Fondo Regional de Salud, para facilitar las referencias de pacientes necesarias hacia instituciones de alta complejidad en otro departamento de la misma región. 4. A nivel Nacional se conformará una Coordinación Nacional de la Red de Servicios Especiales para suplir las necesidades de atención que superen los límites regionales, con el fin de coordinar la referencia de pacientes que necesiten tratamientos en instituciones especiales que no estén disponibles en el ámbito regional. <p>Artículo 88. Funcionamiento de la Coordinación Departamental o Distrital de las Redes. La Coordinación Departamental o Distrital de las Redes de servicios de salud estará conformada por la instancia institucional y el equipo humano técnico y de comunicaciones, encabezado por profesionales de salud con postgrado en áreas de administración de salud o salud pública.</p> <p>Corresponde a las coordinaciones departamentales o distritales de las Redes de Servicios de Salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Responder a los requerimientos de los Centros de Atención primaria Integral Resolutiva en Salud. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Administrar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia según lo dispuesto en la presente Ley. 3. Mantener permanente comunicación con las instituciones que prestan los servicios de mediana y alta complejidad y conforman la red de servicios de salud en el departamento, para organizar y garantizar la atención oportuna. 4. Ofrecer a las instituciones de las Redes de Servicios de Salud comunicación abierta y permanente con la Coordinación Regional para organizar las referencias a las instituciones que prestan servicios de alta complejidad en otros departamentos de la región. 5. Disponer de una plataforma tecnológica que brinde soporte ininterrumpido para garantizar la intercomunicación entre las diferentes Instituciones de Salud del Estado–ISE, privadas y mixtas que hagan parte de la red. 6. La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la Auditoría Médica. Debe tener la capacidad de generar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe semestral al Consejo de Planeación y Evaluación de la Red de Servicios, al Consejo departamental de Salud y al Ministerio de Salud y de Protección Social. <p>Parágrafo. En los departamentos del país donde no exista el talento humano con los requisitos aquí establecidos, en todo caso se exigirá que la coordinación de la referencia y contrarreferencia sea asumida por un médico con entrenamiento específico para tal efecto, según los parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Artículo 89. Plataforma tecnológica de la red de prestación de servicios. La plataforma tecnológica de la red de prestación de servicios tendrá las siguientes especificaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispondrá de módulos de gestión de información de los servicios de la red, que permitan agenciar debidamente cada solicitud de remisión, así como el seguimiento y registro de toda referencia y contrarreferencia. 2. Estará conectada al Sistema Único Público de Información Integral en Salud y será parte del mismo. 3. Mantendrá la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la Auditoría Médica. 4. Poseerá la capacidad de generar datos que sirvan para la elaboración de reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe bimestral para la Administración Departamental, la Dirección Regional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social. 5. Contará con tecnologías de última generación e inteligencia artificial que actualizan automáticamente y de manera continua la información para ser entregada en tiempo real al Sistema de Salud y conforme a las exigencias del Ministerio de Salud y Protección Social. <p>Artículo 90. Funcionamiento de la Coordinación Regional de las Redes. La instancia de Coordinación Regional de las Redes de Servicios de Salud, está conformada por la oficina y el equipo humano, encabezado por profesionales de salud con postgrado en áreas de administración de salud o salud pública, encargada de administrar y coordinar los procesos asistenciales y administrativos de los servicios de alta complejidad.</p> <p>Tendrá permanente y continua comunicación con las coordinaciones departamentales de las Redes de Servicios para atender los requerimientos de referencia de pacientes, así como con las direcciones</p>

<p>médicas de las instituciones sanitarias públicas, privadas y mixtas de atención hospitalaria o ambulatoria que prestan los servicios de alta complejidad en la región o fuera de ella, para garantizar la atención oportuna de los usuarios de salud.</p> <p>Dispondrá de una plataforma tecnológica con funcionamiento permanente que hace parte del Sistema Único Público de Información Integral en Salud para garantizar la comunicación entre las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud que conforman las redes. La plataforma debe contener módulos de gestión de información de los servicios de la red, que permitan agenciar debidamente cada solicitud de remisión ante las instituciones de mayor complejidad, así como el seguimiento y registro de toda referencia y contrarreferencia.</p> <p>La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la Auditoría Médica. Debe tener la capacidad de generar datos que permitan elaborar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe semestral al Consejo Regional de Seguridad Social en Salud y al Ministerio de Salud y de Protección Social.</p> <p>Artículo 91. Evaluación de la Prestación de Servicios de las Redes. Cada Coordinación Territorial de las Redes de Servicios de Salud generará un informe semestral de evaluación de las mismas que será presentado ante la autoridad territorial de salud, los cuerpos colegiados del respectivo territorio y el Ministerio de Salud y Protección Social, articulado al componente de calidad que establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) en sus términos y condiciones. Los informes deberán estar disponibles con dos semanas de anticipación para que los representantes de la comunidad estén debidamente informados antes de participar en el proceso de evaluación.</p> <p>La evaluación de la prestación de los servicios de las redes se hará de forma periódica pero constante en cada región y departamento, teniendo en cuenta los siguientes atributos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conformación y desarrollo de las redes y de las instituciones sanitarias que hacen parte de esta. 2. Equidad en la distribución de la oferta a las distintas poblaciones del territorio. 3. Capacidad instalada de las redes de servicios y adecuación de la oferta a la demanda de servicios. 4. Operación y capacidad resolutive del Sistema de Referencia y Contrarreferencia. 5. Evaluación periódica de la satisfacción de los usuarios a las redes prestadoras de servicios de salud. 6. Evaluación de los atributos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC): accesibilidad, oportunidad, pertinencia, suficiencia y continuidad, además del principio de contigüidad propio las rutas integrales de atención. 7. Evaluación de indicadores de gestión, de cumplimiento e impacto de las redes en la prestación de servicios de salud. <p style="text-align: center;">CAPITULO VIII. MODELO DE ATENCIÓN</p> <p>Artículo 92. Bienes y servicios de salud. Los bienes y servicios para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud se diferenciarán en lo pertinente según género, especificidad cultural y étnica,</p>	<p>ciclo vital, situación de discapacidad o vulnerabilidad y se complementan según las necesidades de las personas, familias y comunidades.</p> <p>La oferta de servicios de salud será planificada y oportuna y deberá desarrollar los servicios móviles de oferta activa que sean necesarios para garantizar el cuidado de la salud y el acceso de las poblaciones dispersas. Los servicios de salud se caracterizan por satisfacer efectivamente el derecho fundamental a la salud.</p> <p>Artículo 93. Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS). La Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) para las personas, familias y comunidades, se desarrollará por parte de las Instituciones de Salud del Estado ISE, privadas y mixtas mediante:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación, con participación comunitaria, de las condiciones sociales que inciden en la calidad de vida y en la salud, así como de las inequidades existentes entre grupos de población según su ubicación territorial. 2. Formulación, con participación comunitaria, de políticas y planes intersectoriales orientados hacia la disminución de inequidades y el mejoramiento de la calidad de vida y de la salud en territorios específicos, con énfasis en alimentación sana y suficiente, vivienda digna y saludable, agua potable, saneamiento, salud ambiental, espacio público, salud ocupacional y control de violencia interpersonal e intrafamiliar. 3. Acciones específicas, con equipos transdisciplinarios, dirigidas al ambiente y a las personas para promover la calidad de vida y la salud general y ocupacional de las poblaciones, educar en salud, promover la no violencia, proteger la vida y prevenir enfermedades generales, laborales y accidentes en el hogar, el trabajo, establecimientos y vías públicas. 4. Servicios de atención ambulatoria programada, con alta capacidad resolutive, general y especializada básica, con enfoque familiar y comunitario, que incluye educación en salud, protección específica, prevención, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades crónicas, rehabilitación, cuidado paliativo, atención odontológica, salud sexual y reproductiva, salud visual y auditiva, atención integral de la gestación, parto y puerperio, y salud mental. 5. Servicios farmacéuticos y de tecnologías en salud, en el marco de la política nacional de medicamentos, insumos y tecnologías en salud. 6. Servicios de apoyo diagnóstico de laboratorio e imagenología de primer nivel tecnológico ambulatorio. 7. Atención médica domiciliaria o cuidado domiciliario paliativo a quien lo requiera por su condición patológica o por discapacidades o limitaciones desplazarse a los centros de atención. 8. Seguimiento de pacientes referidos y contrarreferidos de los servicios especializados ambulatorios, de hospitalización y de urgencias de mediana y alta complejidad. 9. Coordinación intersectorial, con sistema de referencia y contrarreferencia a otros sectores según caracterización de salud familiar y comunitaria. 10. Información permanente en línea y en tiempo real a través del Sistema Único de Información en Salud - SPUIS, tanto personal contenida en la historia clínica única, como poblacional, con la estructura de vigilancia en salud, para medir resultados, efectos e impactos en la calidad de vida y en la salud, con perspectiva de equidad y garantía del derecho a la salud.
<p>Artículo 94. Servicios médico-asistenciales de baja complejidad. Los servicios médico-asistenciales de baja complejidad serán dirigidos y prestados por equipos de profesionales, técnicos y auxiliares de los centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud de los municipios y distritos.</p> <p>Los servicios médico-asistenciales de baja complejidad se prestarán simultánea e indivisiblemente con las actividades normadas de prevención en salud. En pequeñas poblaciones que no dispongan de instituciones que presten servicios de mediana complejidad, los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS) deberán contar con capacidad hospitalaria para servicios de baja complejidad.</p> <p>Se desarrollará un plan de inversión en Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud a diez años, a fin de contar, como mínimo, con un Centro por cada 20.000 habitantes, disposición que podrá ser para una población menor o mayor, conforme a las condiciones epidemiológicas, la distribución de la población en el territorio y las necesidades en salud de la población para definir el número y localización de los centros de atención, conforme a la política que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los servicios diagnósticos que son indispensables para la prestación de la atención básica identificando aquellos de mediana complejidad que deban ser reclasificados.</p> <p>Las Instituciones sanitarias estatales, privadas o mixtas que ofrecen servicios básicos de salud deberán integrar progresivamente en sus instalaciones los servicios diagnósticos de mediana complejidad y la interconsulta con especialistas en línea, sin perjuicio de la remisión del usuario de los servicios de salud cuando se requiera una valoración directa por parte del especialista.</p> <p>Los Centros de Atención Primaria deberán integrar progresivamente en sus instalaciones los servicios diagnósticos de mediana complejidad y la interconsulta con especialistas en línea, sin perjuicio de la remisión del usuario a los servicios de salud cuando se requiera una valoración directa por parte del especialista.</p> <p>PARÁGRAFO. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los servicios diagnósticos que son indispensables en la prestación de la atención básica identificando aquellos servicios clasificados como de mediana complejidad que deban ser reclasificados para lograr la mayor capacidad resolutive posible en los Centros de Atención Primaria.</p> <p>Artículo 95. Servicios ambulatorios y hospitalarios especializados. Los servicios ambulatorios y hospitalarios especializados de las instituciones prestadoras de salud debidamente habilitadas se prestarán mediante:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Servicios ambulatorios especializados que requieran mediana y alta tecnología. 2. Servicios de hospitalización de mediana y alta complejidad, incluidos los cuidados intermedios e intensivos. 3. Suministro de medicamentos e insumos de mediano y alto costo, incluido el servicio farmacéutico, en el marco de la política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud. 4. Servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, de baja, mediana y alta complejidad. 5. Servicios de rehabilitación de mediana y alta complejidad, de corto y largo plazo, incluidas prótesis y órtesis. 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Servicios paliativos para enfermedades mortales, agudas o crónicas. <p>Artículo 96. Servicios de mediana y alta complejidad. Los servicios médico-asistenciales de mediana y alta complejidad serán prestados por las entidades hospitalarias y ambulatorias públicas, privadas y mixtas que se integren a la red de servicios del territorio o la región. Estos servicios desarrollarán los programas domiciliarios de atención, el monitoreo a distancia de pacientes y los servicios de hospitalización domiciliaria, a fin de garantizar la continuidad e integralidad del manejo del paciente.</p> <p>Los departamentos y distritos deberán formular un plan decenal de inversión y desarrollo de Hospitales públicos a fin de garantizar la oferta de los servicios de mediana complejidad y contar, como mínimo, con un centro hospitalario público con servicios de mediana complejidad por cada 100.000 habitantes o fracción menor.</p> <p>La inversión será prioritaria para las zonas y grupos poblacionales donde exista déficit de oferta pública y privada para los servicios en este nivel de complejidad. Deberá garantizarse transporte medicalizado por vía terrestre, fluvial, marítima o aérea.</p> <p>Artículo 97. Apoyo al interior de las redes. Las instituciones de las redes integradas e integrales que presten servicios de mediana complejidad deberán prestar apoyo permanente a los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud de su área de influencia para fomentar el acercamiento de la tecnología especializada a los pacientes mediante la telemedicina y evitar su traslado innecesario o promoverlo cuando sea pertinente. En cualquier caso, coordinarán con tales centros las rutas y los protocolos de atención de las enfermedades agudas o por accidentes, y de las enfermedades prevalentes, en especial las patologías crónicas.</p> <p>Artículo 98. Gestión de cuentas por prestación de servicios de salud. Las instituciones sanitarias públicas, privadas y mixtas prestadoras de servicios de salud presentarán las cuentas de servicios solicitados y prestados al respectivo Fondo Regional de Salud, el cual pagará el 80% de su valor dentro de los 30 días siguientes a su presentación, reservando el 20% restante a la revisión y auditoría de estas, acorde al régimen de tarifas de que trata el artículo 42.</p> <p>El Fondo Regional de Salud cancelará únicamente servicios de baja complejidad si son indisociables a la prestación de servicios de mediana y alta complejidad.</p> <p>Artículo 99. Programas de Prevención y Control de Problemas y Enfermedades de interés en salud pública. La Prevención y Control de Problemas y Enfermedades de interés en salud pública está constituida por los bienes, servicios y acciones coordinadas, intra e intersectorialmente, con la participación de la comunidad y de las redes sociales en la modalidad de programas verticales para el control de enfermedades de interés en salud pública, según el perfil epidemiológico de los territorios de salud y del país.</p> <p>Estos programas están bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social y de los entes territoriales, con el apoyo y supervisión del Instituto Nacional de Salud (INS).</p> <p>Artículo 100. Prestación de servicios especiales para enfermedades raras y su prevención. El Ministerio de Salud y Protección Social fomentará las instituciones o centros especializados en enfermedades raras, con el objeto de optimizar el diagnóstico preciso y oportuno y garantizar la respuesta terapéutica para estas patologías sin importar la ubicación geográfica de la institución ni</p>

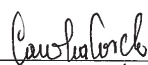
<p>del paciente, así como diseñar y llevar a cabo programas de investigación genética que prevengan su incidencia para disminuir su prevalencia.</p> <p>La prestación de servicios se hará mediante la atención directa de pacientes remitidos desde las coordinaciones departamentales y regionales de referencia y contrarreferencia o utilizando la telemedicina u otras TIC para garantizar asesoría idónea en el manejo y continuidad del tratamiento en el respectivo territorio a las instituciones que prestan atención médica.</p> <p>De conformidad con lo dispuesto en el artículo 31, la Cuenta de Enfermedades Raras garantizará la prestación de los servicios para el diagnóstico, la adquisición y la distribución de medicamentos de alto costo indispensables en el tratamiento de estas enfermedades.</p> <p>Artículo 101. Prestaciones económicas. Las prestaciones económicas de los cotizantes son las retribuciones monetarias destinadas para proteger a las familias del impacto financiero por maternidad y paternidad y por incapacidad o invalidez derivada de una enfermedad general.</p> <p>El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las formas de reconocimiento de estas prestaciones de la población cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas, en ningún caso serán inferiores a los que actualmente reconoce el sistema de seguridad social en salud.</p> <p style="text-align: center;">CAPITULO IX.</p> <p style="text-align: center;">SISTEMA PÚBLICO ÚNICO INTEGRADO DE INFORMACIÓN EN SALUD (SPUIIS)</p> <p>Artículo 102. Sistema de Información. En desarrollo de lo dispuesto por el artículo 19 de la Ley 1751, se estructurará el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud – SPUIIS, que permita la toma de decisiones en todos los niveles e instancias, los datos abiertos para la gestión integral del Sistema de Salud y la rendición de cuentas. Se garantizará asignación presupuestal específica para el funcionamiento operativo del Sistema Público Único Integrado de Información en Salud – SPUIIS, cuyos criterios de funcionamiento, accesibilidad e interoperabilidad serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicho sistema entrará a operar en un periodo no mayor a un año.</p> <p>Artículo 103. Características del Sistema Público Único Integrado de Información. El Sistema Público Único Integrado de Información en Salud (SPUIIS) es transversal a todo el Sistema de Salud para garantizar transparencia y acceso en línea y tiempo real a la información epidemiológica, clínica, farmacológica, administrativa, de actividades e intervenciones médicas y sanitarias y de todas las transacciones económicas del mismo. Se construye con tecnología de última generación que se actualiza automáticamente mientras captura en forma directa e indeleble todas las actividades del Sistema de Salud, las distribuye en bases de datos encriptados y las organiza en cadenas de bloques (block chain); contará con procesamiento digital de imágenes y demás tecnologías de última generación y ejecutará la analítica con Inteligencia Artificial (IA) que crea los módulos de información del Sistema y organiza ordenada y coherentemente el registro de todas las operaciones de cada uno de los integrantes del Sistema de Salud para proporcionar datos abiertos a los procesos de participación y control social.</p> <p>Artículo 104. Características generales. El Sistema Público Único Integrado de Información en Salud – SPUIIS tendrá como principio de organización el seguimiento de la salud de las personas, las familias y las comunidades, así como lo dispuesto en el artículo 19 de la Ley 1751. Se organizará como mínimo en dos niveles:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nivel operativo: garantizará la producción y el uso de la información para la atención integral de las personas, las familias y las comunidades con calidad, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia, por parte de todos los integrantes del Sistema de Salud para su funcionamiento, comenzando por la historia clínica electrónica única nacional en todos sus procesos y territorios, y los datos para la gestión de los servicios de salud. 2. Nivel estratégico: Garantizará la información para su análisis sobre la situación de salud y la calidad de vida de la población, para contribuir a la toma de decisiones de las instancias de rectoría y dirección del Sistema de salud y de los agentes involucrados en ellas. <p>El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá la responsabilidad de diseñar y desarrollar el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud (SPUIIS) y de garantizar el compromiso de todos los integrantes del Sistema de Salud con calidad y fluidez de la información para su funcionamiento.</p> <p>La incorporación de la información al Sistema Público Único Integrado de Información en Salud - SPUIIS en el área administrativa y asistencial son obligatorias para todos los integrantes del Sistema de Salud. El modelo de atención incorpora las tecnologías en salud y atención médica y odontológica a las redes de servicios para que las personas tengan acceso a ellas. La prescripción médica y odontológica se hará por medio electrónico con base en estas tecnologías.</p> <p>Artículo 105. Identificación de medicamentos. Mediante un método electrónico de última generación serán identificados los medicamentos, su principio activo y denominación común internacional, el laboratorio productor, el precio autorizado y las demás características que establezca el SPUIIS. El aplicativo informará sobre los diagnósticos, el número total de prescripciones efectuadas en el Sistema de Salud, su eficacia y efectos secundarios.</p> <p>Artículo 106. Tecnología de Información y Comunicaciones al servicio de la Atención en Salud. La integración de las redes de servicios incluirá la conversión de múltiples referencias y contrarreferencias, por necesidades de apoyo diagnóstico o recomendación terapéutica, en interconsultas especializadas a distancia mediante el SPUIIS para aumentar capacidad resolutive del médico de APIRS y de los programas de prevención secundaria.</p> <p style="text-align: center;">CAPITULO X.</p> <p style="text-align: center;">PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL</p> <p>Artículo 107. Definición. La participación en el Sistema de Salud es un derecho y un deber fundamental que se materializa en la intervención consciente, activa y vinculante de las personas en los procesos de atención y de toma de decisiones, individuales y colectivos. La participación ciudadana es ejercida de manera autónoma por las personas, en cualquier instancia del sistema.</p> <p>La participación social es ejercida por formas organizadas de la sociedad, por mecanismos de representación o de participación directa en las decisiones o en la gestión de la salud integral. La participación en el Sistema de Salud se registrará por lo dispuesto en la Constitución Política, la Ley 10 de 1990, Ley 134, la Ley 850, la Ley 1122, la Ley 1438, la Ley 1757, la Ley 1751, demás normas relacionadas y lo dispuesto en esta Ley.</p> <p>Artículo 108. Ámbitos de la participación ciudadana y social. La participación vinculante de las personas y de las comunidades organizadas podrá ser ejercida en los siguientes ámbitos:</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Participación en los procesos cotidianos de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS). Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud desarrollarán procesos y procedimientos para el libre ejercicio de la autonomía de las personas en materia de salud, de manera que puedan expresar, mediante consentimiento informado y consciente su aceptación o rechazo de cualquier procedimiento o intervención que implique riesgos razonables, técnicos y morales. 2. Participación en la exigibilidad del derecho fundamental a la salud. Las instituciones que participan en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud establecerán mecanismos y escenarios, suficientes y eficaces, para garantizar la exigibilidad de este derecho por parte de las personas y las organizaciones sociales. 3. Participación en las políticas públicas en salud. El Sistema de Salud, contará con reglas, mecanismos y escenarios para fomentar y desarrollar la participación informada, activa, vinculante y efectiva de los ciudadanos y las organizaciones sociales en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas con salud y seguridad pública social, y en la veeduría y el control social de los planes, programas e instituciones dedicadas al manejo de recursos para la salud y la seguridad social en los diferentes niveles territoriales. Se podrán establecer comités, círculos o consejos de participación en salud en las divisiones locales de los territorios de salud, como parte del desarrollo de la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS), los cuales podrán tener delegados para la organización periódica de asambleas, congresos o conferencias regionales y nacionales de salud que permitan incidir en las políticas públicas de salud, a través del Consejo Nacional de Salud. 4. Consulta previa a las comunidades étnicas. El mecanismo de participación de las comunidades étnicas será la consulta previa como derecho fundamental consagrado en la Constitución Política y las leyes, el cual deberá garantizar el consentimiento previo, libre e informado respecto del desarrollo del enfoque diferencial en las políticas de salud y seguridad social, y promover procesos de desarrollo de la interculturalidad en salud. 5. Participación en inspección, vigilancia y control. La ciudadanía que participe individualmente o representada en veedurías u organizaciones sociales podrá ejercer las veedurías en salud desde el ámbito micro territorial hasta el nacional en coordinación con los organismos de control del Sistema de Salud. Se conformará una red de control social y concurrente en los términos que defina el reglamento, la cual se articulará a la Superintendencia Nacional de Salud. <p>El Ministerio de Salud y Protección Social, definirá la forma de adecuación de los actuales mecanismos de participación social y ciudadana, su integración, fortalecimiento y financiación en los territorios sanitarios, y los procedimientos para vincular la veeduría y el control social a la Red de Controladores del Sector Salud que coordinará la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Artículo 109. Comités Hospitalarios de Ética. Las instituciones sanitarias estatales, privadas y mixtas conformarán comités institucionales u hospitalarios de ética, de carácter plural, constituidos por personal profesional y no profesional de la misma institución, representantes de las comunidades de los territorios de salud a los que sirven, abogados, y especialistas en ética médica y bioética. Les corresponde el análisis de los dilemas éticos que se presenten en la actividad clínica, en los servicios comunitarios o en la investigación en salud que comprometa personas y ofrecer asesoría, orientación y apoyo a los tomadores de decisiones clínicas y de investigación en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la materia.</p> <p>Parágrafo. Las instituciones que prestan servicios de baja complejidad en salud, que no dispongan del personal especializado de que trata el presente artículo, recibirán en forma subsidiaria el apoyo</p>	<p>de instituciones de mayor nivel de complejidad de la red integral o de las direcciones seccionales de salud.</p> <p style="text-align: center;">CAPITULO XI.</p> <p style="text-align: center;">INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL</p> <p>Artículo 110. Superintendencia Nacional de Salud. Las funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema de Salud serán ejercidas por la Superintendencia Nacional de Salud, para lo cual contará con el apoyo concurrente de la red de control social de que trata la presente Ley, con el objetivo de vigilar el cumplimiento del derecho fundamental a la salud y tomar las medidas que corresponda en el ámbito de su objeto y funciones, para garantizar la protección del Derecho Fundamental a la Salud.</p> <p>Artículo 111. Inspección, vigilancia y control. La inspección, vigilancia y control tendrá el siguiente alcance:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inspección: La inspección, es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del Sistema de Salud y que sirven para solicitar, confirmar y analizar de manera puntual la información que se requiera sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades sometidas a vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del ámbito de su competencia. Son funciones de inspección entre otras los estudios especializados, las evaluaciones generales, los análisis de los reportes generados por el Consejo Nacional de Salud y los Consejos Territoriales de Salud, los reportes generados por el Sistema Público Único Integrado de Información en Salud, las visitas, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular y la práctica de investigaciones administrativas. En desarrollo de la función de inspección ninguna persona o autoridad podrá oponer reserva o confidencialidad para el acceso a la información. 2. Vigilancia: La vigilancia, consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, cumplan con las normas que regulan el Sistema de Salud para su desarrollo. 3. Control: El control consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular, jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa, de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión. <p>Artículo 112. Sistema de Inspección, Vigilancia y Control. El Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Salud está constituido por el conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, sin perjuicio de las facultades asignadas al Instituto Nacional de Salud y al Invima.</p> <p>Artículo 113. Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud. Para cumplir con las funciones de inspección, vigilancia y control la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá sus funciones teniendo como base los siguientes ejes:</p>

<p>1. Financiamiento. Su objetivo es inspeccionar, vigilar y controlar la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del Sistema de Salud.</p> <p>2. Prestación de servicios de atención en salud pública. Su objetivo es inspeccionar, controlar y vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.</p> <p>3. Atención al usuario y participación social. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de los derechos de los usuarios en el Sistema de Salud, así como los deberes por parte de los diferentes actores del Sistema de Salud; y promocionar y desarrollar los mecanismos de participación ciudadana y de protección al usuario del servicio de salud.</p> <p>4. Acciones y medidas especiales. Las medidas especiales tienen por objeto adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de explotación u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, e intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los usuarios de los servicios de salud y los recursos del Sistema de Salud.</p> <p>5. Información. Inspeccionar, vigilar y controlar que los actores del Sistema garanticen la producción de los datos con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia.</p> <p>6. Equidad en salud. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios, normas contenidas en esta ley para garantizar la aplicación de los principios del Sistema de Salud y sus formas de operación, y la aplicación del gasto social en salud por parte de las entidades territoriales.</p> <p>Artículo 114. Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora, de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre estos y los usuarios generados en problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del Sistema de Salud, afectando el acceso efectivo de los usuarios al servicio de salud. Los acuerdos conciliatorios tendrán efecto de cosa juzgada y el acta que la contenga, donde debe especificarse con toda claridad las obligaciones a cargo de cada una de ellas, prestará mérito ejecutivo.</p> <p>Los acuerdos conciliatorios tendrán efecto de cosa juzgada y el acta que la contenga, donde debe especificarse con toda claridad las obligaciones a cargo de cada una de ellas, prestará mérito ejecutivo.</p> <p>Parágrafo 1. En el trámite de los asuntos sometidos a conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud se aplicarán las normas en la Ley 2220 de 2022 o la que haga sus veces.</p>	<p>Artículo 115. Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, desarrollará, además de los señalados en otras disposiciones, los siguientes objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema de Salud; 2. Exigir la observancia de los principios y fundamentos del derecho fundamental a la salud; 3. Inspeccionar, vigilar y controlar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema de Salud y promover el mejoramiento integral del mismo; 4. Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud; 5. Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice sin ningún tipo de presión o condicionamiento frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud; 6. Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud; 7. Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema de Salud; 8. Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del Sistema de Salud. <p>Artículo 116. Funciones y facultades de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud, además de las funciones y facultades ya establecidas en otras disposiciones, cumplirá dentro del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adelantar funciones de inspección, vigilancia y control a la administradora de Recursos de Salud ADRES, el Fondo Único Público para la Salud, los Fondos Regionales de Seguridad Social en Salud, Fondos Territoriales de Salud, y demás actores del sistema, incluidos los regímenes especiales y exceptuados contemplados en la Ley 100 de 1993; 2. Inspeccionar, vigilar y controlar que las Direcciones Territoriales de Salud cumplan a cabalidad con las funciones señaladas por ley, conforme a los principios que rigen a las actuaciones de los funcionarios del Estado, e imponer las sanciones a que haya lugar. En virtud de la misma potestad mediante decisión motivada, de oficio o a petición de parte podrá avocar el conocimiento de aquellos asuntos que se tramitan en las entidades territoriales de salud, cuando se evidencia la vulneración de dichos principios; 3. Señalar, con sujeción a las normas contenidas en el Código Contencioso Administrativo, los procedimientos aplicables a los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud cuyos
<p>términos se reducirán en una tercera parte respecto de las investigaciones administrativas sancionatorias que deba surtir, respetando los derechos del debido proceso, defensa, o contradicción y doble instancia. El incumplimiento de los términos establecidos en la presente norma constituye falta grave.</p> <p>4. Introducir mecanismos de autorregulación y solución alternativa de conflictos en el Sistema de Salud.</p> <p>5. Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, en cuyo desarrollo podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema de Salud, garantizando el ejercicio de la ética profesional, la adecuada relación médico paciente y el respeto de los actores del Sistema de Salud por la dignidad de los pacientes y de los profesionales de la salud.</p> <p>6. Sancionar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las instancias competentes las posibles irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema de Salud.</p> <p>7. Vigilar, inspeccionar y controlar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de los criterios de equidad, los principios del derecho fundamental a la salud y la aplicación del gasto social en salud por parte de las Entidades Territoriales.</p> <p>8. Vigilar, inspeccionar y controlar que las Instituciones prestadoras del Sistema de Salud adopten y apliquen dentro de un término no superior a seis (6) meses, un Código de conducta y de buen gobierno que oriente la prestación de los servicios a su cargo y asegure la realización de los fines de la presente ley.</p> <p>9. Brindar garantías de progresividad en el Sistema de Salud en lo relacionado con la integralidad de la prestación del servicio, la prevención de riesgos y en el marco de la protección del derecho fundamental por vías administrativas, en la prestación del servicio.</p> <p>10. Priorizar la implementación de mecanismos administrativos expeditos y directos, para la protección integral del derecho a la salud, bajo los principios de oportunidad, celeridad y eficacia. En todo caso, estos mecanismos no serán barrera para el ejercicio de la acción de tutela o constituirse en requisito de procedibilidad para la misma.</p> <p>11. Desarrollar procesos de desconcentración de la inspección, vigilancia y control en los territorios de salud.</p> <p>12. Desarrollar un sistema de quejas y reclamos de fácil acceso y trámite, con cobertura nacional y manejo desconcentrado, en coordinación con el sistema judicial y con capacidad de control y sancionatoria, regido por el principio de celeridad.</p> <p>13. Rendir informe anual al Consejo Nacional de Salud en el cual se presente el análisis de los problemas y fallas detectadas en el funcionamiento del Sistema de Salud y proponer las medidas correctivas.</p>	<p>14. Conservar su autonomía técnica en materia de inspección, vigilancia y control del Sistema de Salud, frente a cualquier otro organismo del Estado.</p> <p>15. Velar por que los actores e instancias del Sistema de Salud operen adecuadamente y cumplan con sus funciones, que serán de carácter preventivo y capacidad resolutoria en los planes de mejoramiento para la prestación de los servicios.</p> <p>16. Las demás que conforme a las disposiciones legales se requieran para el cumplimiento de sus objetivos, en el entendido que sus atribuciones se refieren al Sistema de Salud de que trata la presente Ley.</p> <p>Parágrafo 1º. Para el cumplimiento de su función de inspección y vigilancia, la Superintendencia Nacional de Salud podrá contratar la realización de programas o labores especiales con firmas de auditoría.</p> <p>Parágrafo 2º. Los objetivos y funciones de la Superintendencia Nacional de Salud referentes a instituciones, funciones, lineamientos u otros criterios que entren en contradicción con la finalidad de la presente ley, deberán entenderse modificadas en su sentido y alcance con el propósito de brindar concordancia y coherencia con lo dispuesto en la presente ley. En todo caso, se tendrá como criterios de interpretación brindar todas las garantías de inspección, vigilancia y control sobre riesgos y sucesos que se refieran a la vulneración del derecho fundamentales a la salud, con el propósito de brindar de forma preventiva un esquema institucional de protección para garantizar una adecuada ejecución de las disposiciones del Sistema de Salud.</p> <p>Artículo 117. Función Jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud. Con el fin de garantizar la efectiva y oportuna prestación de los servicios relacionados con el derecho a la salud de los usuarios del Sistema de Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer, tramitar y fallar, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, los siguientes asuntos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones de salud cuando su negativa por parte de las instituciones prestadoras de salud, ponga en riesgo o amenace la salud del usuario. 2. Los conflictos relacionados con la libre elección que se susciten entre los usuarios y las prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema de Salud. 3. Los trámites de insolvencia previstos en la Ley 1116 de 2006 o la que haga sus veces, para los sujetos vigilados. 4. La declaratoria de nulidad de los actos defraudatorios y la desestimación de la personalidad jurídica de las sociedades sometidas a su vigilancia, cuando se utilice la sociedad en fraude a la ley o en perjuicio de terceros, los accionistas y los administradores que hubieren realizado, participado o facilitado los actos defraudatorios, responderán solidariamente por las obligaciones nacidas de tales actos y por los perjuicios causados. Así mismo, conocerá de la acción indemnizatoria a que haya lugar por los posibles perjuicios que se deriven de los actos defraudatorios. El procedimiento aplicable será el verbal sumario dispuesto en la Ley 1564 de 2012.

<p>Parágrafo 1º. La Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar estos asuntos a petición de parte o por medio del sistema de quejas y reclamos. No podrá conocer de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales vigentes deba ser sometido al proceso de carácter ejecutivo o acciones de carácter penal.</p> <p>Parágrafo 2º. El procedimiento que utilizará la Superintendencia Nacional de Salud en el trámite de los asuntos de que trata este artículo será el previsto en el Decreto Ley 2591 de 1991 o el que haga sus veces.</p> <p>Artículo 118. Desestimación de la personalidad jurídica para la liquidación judicial. En cualquier momento del proceso de liquidación judicial que adelante la Superintendencia Nacional de Salud, si de las pruebas recaudadas se considera necesario establecer el beneficiario real de las operaciones o transacciones realizadas por personas jurídicas y naturales y/o patrimonios autónomos, el Director de la actuación correspondiente podrá decretar como prueba el levantamiento del velo corporativo con el fin de identificar a los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales, y de determinar si procede su responsabilidad en los actos que provocaron la cesación de pagos de la vinculada o relacionadas. En cualquiera de los siguientes eventos se presumirá su responsabilidad:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuando se cuente con serios indicios de que la acción u omisión atribuida a la persona jurídica, haya sido producida por causa o con ocasión de las actuaciones de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales; 2. Cuando la persona jurídica promueva o se halle en estado de insolvencia o liquidación, y ponga en riesgo el resarcimiento de los recursos de la salud afectados; 3. Cuando la lesión a los recursos de la salud o a la afectación de intereses patrimoniales de naturaleza pública y privada, se haya generado por explotación o apropiación de bienes o recursos de la salud en beneficio de terceros. 4. Igualmente, cuando se requiera para el ejercicio de sus funciones y ante la inminencia de pérdida o pérdida de recursos de la salud por cobro de lo no debido o indebida aplicación del recurso de la salud. <p>En los anteriores eventos se procederá al embargo de los bienes que constituyan el patrimonio de los controlantes, socios, aportantes o beneficiarios reales.</p> <p>Artículo 119. Acceso expedito a los servicios de salud. La Superintendencia Nacional de Salud, el Consejo Superior de la Judicatura y el Ministerio de Justicia y del Derecho, implementarán conjuntamente estrategias que permitan la descongestión en el acceso a los servicios de salud, a partir de los mecanismos administrativos que se adopten para hacer explícito el acceso al Sistema de Salud. No obstante, las garantías de protección del derecho fundamental a la salud deben ser plenas en el Sistema de Salud y en el Sistema de Administración de Justicia.</p> <p>A tal efecto, se tendrán como criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La compilación anual de la jurisprudencia vigente en materia de salud. 2. El fortalecimiento institucional de la Superintendencia Nacional de Salud en la resolución de controversias o conflictos en el acceso y prestación de servicio en el marco del Sistema de Salud. 3. La cualificación de los operadores del sistema judicial en el conocimiento sobre el Sistema de Salud. 4. Las garantías materiales e institucionales del acceso a la información. 	<p>Artículo 120. Principio de celeridad en el sistema de quejas y reclamos. Si dentro del conocimiento de la queja o reclamo se evidencian actos que pongan en riesgo la vida o la integridad física de los pacientes, la Superintendencia Nacional de Salud podrá en el marco de la función de control, ordenar las acciones necesarias para salvaguardar el derecho vulnerado o puesto en riesgo, decisión que deberá adoptarse como medida cautelar por medio de acto administrativo.</p> <p>Los traslados a los sujetos vigilados para el recaudo de la información necesaria para la toma de la decisión no podrán superar el término perentorio de setenta y dos (72) horas y la decisión de fondo podrá omitir la práctica de pruebas de encontrarse documentado la vulneración o riesgo del derecho fundamental a la salud.</p> <p>En todo caso el Superintendente Nacional de Salud deberá adoptar estrategias para evacuar de manera masiva y expedita las peticiones quejas y reclamos de los usuarios de manera periódica, por medio de procedimientos masivos, inmediatos, presenciales y con directa interacción del usuario y el prestador del servicio, cuya única finalidad sea la garantía material y oportuna del derecho fundamental a la salud.</p> <p>Parágrafo. Las peticiones en las que no se evidencie riesgo o vulneración al derecho fundamental a la salud se tramitarán dentro de los términos previstos en la Ley 1437 de 2011. En todo caso el funcionario que así lo decida será solidariamente responsable por los perjuicios que con ello pudieren causar.</p> <p>Artículo 121. Nombramiento Del Superintendente Nacional De Salud. El Superintendente Nacional de Salud será nombrado por el Presidente de la República, previo concurso de méritos, coordinado y reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social y la realización de las pruebas será de parte del Departamento Administrativo de la Función Pública. El Gobierno Nacional establecerá los requisitos de estudios y experiencia, así como las competencias requeridas para el ejercicio del empleo.</p> <p>La persona que obtenga el mayor puntaje en el marco del concurso de méritos será posesionada por el presidente de la República como Superintendente Nacional de Salud, por un periodo institucional de cuatro (4) años.</p> <p>Parágrafo. El procedimiento de selección y nombramiento del Superintendente Nacional de Salud de que trata el presente artículo regirá a partir del periodo presidencial del año 2016.</p>
<p>(CEISP) del Fondo Único Público para la Salud complementados con recursos territoriales, en especial, los que se asignen del Sistema General de Regalías.</p> <p>El Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación concertará con el Ministerio de Salud y Protección Social las prioridades de investigación y rendirá un informe anual respecto de los recursos recaudados en cada territorio con destino al Fondo de Investigación en Salud, la priorización y destinación de los mismos, así como la ejecución de los recursos del Fondo, el cual será publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Los recursos del Fondo de Investigación en Salud, en todo caso, tendrán como propósito único la financiación de proyectos de investigación, tecnología e innovación en salud pública.</p> <p style="text-align: center;">CAPITULO XIII.</p> <p style="text-align: center;">POLÍTICA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD</p> <p>Artículo 123. Política de Medicamentos, Insumos y Tecnologías en Salud. La política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud, garantizará el acceso a medicamentos, insumos y tecnologías en salud de carácter diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación a toda la población, según su necesidad, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud.</p> <p>El Gobierno Nacional formulará cada cuatro (4) años, con seguimiento anual, la política farmacéutica nacional, de insumos y tecnología en salud con la participación del Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), El Instituto Nacional de Cancerología y el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS).</p> <p>La política farmacéutica nacional, de insumos y tecnología en salud tendrá en cuenta, en el marco de lo dispuesto por el artículo 5º de la Ley 1751, entre otras estrategias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La compra conjunta de medicamentos esenciales. 2. El respaldo a la producción nacional de moléculas no protegidas por patente. 3. La protección de moléculas con patentes en los casos que cumplan estrictamente los criterios que corresponden a una invención y sin perjuicio de lo anterior se aplicarán de ser necesario las salvaguardas de salud contenidas en ADPIC, Declaración de Doha, Decisión 486 de la CAN y toda la normatividad vigente relacionada. 4. La provisión descentralizada según perfiles epidemiológicos territoriales. 5. La regulación de precios de medicamentos y tecnologías. 6. La evaluación y regulación del uso de tecnologías e insumos. 7. Los mecanismos que favorezcan la competencia. 8. La investigación y desarrollo tecnológico de medicamentos y tecnologías esenciales. 9. La transferencia tecnológica, con estímulos para la producción nacional de medicamentos y tecnologías. 10. Adelantar programas de formación y educación continua de los trabajadores de la salud. <p>Conforme a lo dispuesto en el artículo 17 de la Ley 1751, todo servidor público de salud al que se le compruebe con el debido proceso, que induzca o prescriba el uso de medicamentos u otras tecnologías de salud tras algún interés o beneficio personal, será sancionado la primera vez con la suspensión de su ejercicio profesional por un año; la segunda vez por tres años y por tercera vez con el retiro definitivo de su ejercicio profesional, sin perjuicio de otras acciones legales que tipifiquen su conducta.</p>	<p>Las autoridades sanitarias municipales tendrán acceso a los insumos y medicamentos utilizados en el tratamiento de enfermedades tropicales, a cuyo efecto se establecerá un riguroso control en su dispensación para garantizar su uso exclusivo por prescripción facultativa médica.</p> <p>Artículo 124. Gestión de las Tecnologías aplicables en salud. La gestión de tecnologías en salud la hará el Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud (INETIS) mediante la creación de un Comité Técnico Científico conformado por 5 profesionales del área de la salud, con idoneidad debidamente demostrada en la materia, seleccionados de ternas enviadas por las Facultades de Ciencias de la Salud, Química y Farmacia, Enfermería, Medicina e Ingeniería Biomédica de las universidades a nivel nacional.</p> <p>El Comité tendrá como apoyo para el análisis de tecnologías diferentes a medicamentos otros comités consultivos conformados por Profesores, Titulares o Asociados, de las áreas del conocimiento mencionadas, que demuestren su autoridad científica a través de artículos publicados en Revistas indexadas, especializadas en los temas pertinentes. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará la forma de integrar el Comité Técnico Científico y los otros comités consultivos.</p> <p>Artículo 125. Adquisición y distribución de medicamentos y tecnologías en salud. La adquisición de los medicamentos y tecnologías en salud se podrá realizar para los productos de mayor consumo, a través de subasta pública para cada año, en noviembre y con vigencia desde el 1º de enero del año inmediatamente siguiente, lo cual permite que las empresas productoras de tecnologías planifiquen su producción o realicen alianzas que garanticen las cantidades requeridas; la subasta podrá tener alcance internacional, pero dará prioridad a la producción nacional.</p> <p>Las entidades habilitadas para entregar medicamentos y otras tecnologías en salud dispondrán de los productos para los cuales fueron habilitadas y asumirán el trámite y entrega en el domicilio del paciente en el caso de ser requerido y no dispongan de él al momento del requerimiento.</p> <p style="text-align: center;">CAPITULO XIV.</p> <p style="text-align: center;">POLÍTICA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD</p> <p>Artículo 126. Política de Formación y Educación Superior en Salud. En concordancia con la evolución de la epidemiología, los indicadores de salud a nivel nacional, las regiones y territorios, acorde con el concepto de Territorios Saludables, el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo del Instituto Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Cancerología, en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional formulará cada cuatro (4) años, con seguimiento anual, la Política de Formación y Educación Superior en Ciencias de la Salud. A tal efecto se tendrá como recomendación lo dispuesto por el Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, de conformidad con la Ley 1164.</p> <p>La política de Formación y Educación Superior en Salud atenderá los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar las prioridades de formación de personal sanitario y especialidades médicas según las necesidades para el mejoramiento de la calidad de vida y de la salud de la población, las especificidades territoriales y las competencias demandadas por la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud (APIRS), con enfoque familiar y comunitario. 2. Estar acorde con las necesidades del Sistema de Salud. 3. Brindar estímulos para la formación de especialistas y superespecialistas en las diferentes profesiones del área de la salud priorizadas.

<p>4. Establecer los mecanismos de conformación de convenios y articulación entre las instituciones universitarias formadoras de personal sanitario de tipo técnico, tecnológico y profesional, y las redes integrales e integradas de servicios de salud que cuenten con hospitales y clínicas que cumplan con los criterios de Hospital Universitario.</p> <p style="text-align: center;">CAPITULO XV. RÉGIMEN LABORAL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD</p> <p>Artículo 127. Régimen y Política Laboral de los profesionales y demás trabajadores de la salud. El régimen y política laboral de los profesionales y demás trabajadores de la salud se conformará de acuerdo a los requerimientos de cantidad, perfiles y organización y a las características del Sistema de Salud, constituyéndose en un régimen especial.</p> <p>En el marco de lo dispuesto por la Ley 1751 en los artículos 17 y 18, la política deberá incluir los criterios generales para mejorar las condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales, garantizar la educación continua y de actualización a todo el personal sanitario y especialmente a quienes tengan que trasladarse a lugares ubicados por fuera de las ciudades capitales.</p> <p>Igualmente, promoverá y articulará el ejercicio efectivo del derecho fundamental a la salud en condiciones adecuadas de desempeño, gestión y desarrollo de los Trabajadores de la Salud y su reconocimiento en los procesos de promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las enfermedades; de acuerdo con los estándares internacionales de la legislación en el trabajo, especialmente los mandatos de la OIT y se verá reflejada en políticas institucionales de largo plazo que permitan garantizar la calidad de los servicios de salud y el desarrollo integral de los trabajadores como eje fundamental del Sistema de Salud.</p> <p>Artículo 128. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud. Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud se regularán por un régimen laboral concertado que tendrá los siguientes criterios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Las personas vinculadas a las Instituciones Privadas y Mixtas con participación del sector público inferior al 90% del Sector Salud, por norma general, estarán vinculadas mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo y normas concordantes 2. De conformidad con el artículo 53 de la Constitución Política de 1991: 3. Se establecerán incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas. 4. Se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud. 5. Se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, que tengan en cuenta los riesgos propios de los cargos, desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud. 6. Se adoptarán las políticas sobre educación continuada y formación profesional que incentiven los convenios de docencia y servicios, de tal manera que se disponga de los centros de práctica adecuados en todos los niveles de complejidad. 	<p>Parágrafo 1. El Ministerio de Trabajo presentará anualmente, al inicio de las sesiones ordinarias del Congreso de la República, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales de los trabajadores del Sistema de Salud ante las comisiones séptimas del Congreso de la República. Para tal efecto, el Gobierno Nacional organizará una Dirección en el Ministerio de Trabajo, encargada de hacer seguimiento al cumplimiento de las disposiciones laborales en los términos ordenados por los artículos 17 y 18 de la Ley 1751, el cumplimiento de la política laboral y los mandatos de la presente Ley.</p> <p>Parágrafo 2. Sin perjuicio de reglamentaciones posteriores, el Gobierno Nacional en el término máximo de un año contado a partir de la expedición de la presente Ley, reglamentará lo relativo a los apartados 132.2, 132.3. y 132.4.</p> <p>Artículo 129. Servicio Social Obligatorio (SSO) y Médicos Residentes. Las plantas de personal de salud que cumplen el Servicio Social Obligatorio (SSO) se articularán especialmente a los equipos de Atención Primaria Integral en Salud (APIRS) y a los equipos de atención en donde sean necesarios especialmente en regiones apartadas.</p> <p>En el marco del Sistema Nacional de Residencias Médicas, de que trata la Ley 1917, los médicos residentes podrán ser incluidos en los equipos de atención en regiones apartadas según las necesidades de cada región conforme al concepto de Territorios Saludables, mediante convenios entre las autoridades regionales y las instituciones hospitalarias, públicas o privadas, donde estén realizando su práctica de formación especializada.</p> <p>Las personas que integran los equipos de servicio social obligatorio (SSO), gozarán de las garantías laborales de que trata la presente Ley para los trabajadores estatales de la salud.</p> <p>Los médicos y médicas residentes, gozarán de todas las garantías laborales establecidas en la ley 1917, bajo la supervisión y control de médicos especialistas y de las correspondientes instituciones de educación superior.</p> <p>Artículo 130. Recertificación de los Trabajadores de la Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los lineamientos para la recertificación de los trabajadores de la salud del régimen privado, mixto y público. A tal efecto, habrá una Junta de Recertificación, constituida por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, quien la presidirá y designará los funcionarios que deban integrarla. 2. Dos representantes de los Hospitales Universitarios 3. Dos representantes de las Facultades de Salud de las Universidades 4. Dos representantes de las agremiaciones médicas <p>El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los mecanismos de integración, las actividades específicas a cargo y su sistema de funcionamiento.</p> <p>Artículo 131. Percepción del personal de la salud. Cada año se realizará una evaluación de la percepción de los trabajadores de la salud sobre los resultados del Sistema de Salud, en especial sobre sus condiciones laborales. Con base en estas y otras evaluaciones se ajustarán los aspectos necesarios para garantizar condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales.</p> <p style="text-align: center;">CAPITULO XVI.</p>
<p style="text-align: center;">AUTONOMÍA PROFESIONAL Y AUTORREGULACION</p> <p>Artículo 132. Acto médico. El acto médico es el proceso resultante de la relación entre el médico, el equipo de trabajo y su paciente. El médico actúa con ética, libertad, autonomía, responsabilidad, autorregulación y profesionalismo con el objeto de tratar y resolver los aspectos relacionados con la salud del paciente. Realiza su actividad bajo estos principios y se afianza en la evidencia y el conocimiento científicos.</p> <p>Cuando el paciente, su representante, su familia o el médico tratante lo consideren necesario o pertinente, se podrá solicitar una Junta Médica con el objeto de discutir el caso de un paciente determinado. Los integrantes de dicha Junta serán médicos y/u otros profesionales de la salud con conocimiento y experiencia suficientes para aportar en la discusión y solución del problema. El médico tratante acordará con su paciente la convocatoria de la Junta Médica si la premura de la situación lo permite; en caso contrario actuará según el artículo 17 de la Ley 1751, bajo su propio criterio.</p> <p>La Junta Médica asesora y orienta al médico tratante y su equipo. Cuando no se haya solicitado previamente para el mismo caso, los familiares del paciente o su representante podrán pedir una Junta Médica si consideran indispensable un concepto de segunda instancia.</p> <p>El médico tratante debe dar al enfermo y a sus familiares y red de apoyo la información suficiente sobre el personal especializado disponible en caso de que necesite este tipo de atención, para que pueda participar con autonomía en la elección del especialista.</p> <p>La frecuencia de las visitas la establece el médico tratante según su criterio y de acuerdo con su paciente, su representante legal o sus familiares autorizados.</p> <p>Artículo 133. Autorregulación médica. Las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas que forman parte de las redes integradas e integrales de servicios de salud, deberán ejecutar reuniones de control de procedimientos y conductas médicas adoptadas por todas las especialidades médico-quirúrgicas; serán de composición plural entre las disciplinas y las especialidades médicas, relacionadas con los servicios ofrecidos, cuya función será ejercer la autorregulación individual, colectiva e institucional de las decisiones médicas, prevenir el error diagnóstico y evitar el uso indebido o injustificado de tecnologías, medicamentos y procedimientos.</p> <p>Artículo 134. Comité de Autorregulación Médica. El Comité de Autorregulación Médica de las instituciones públicas, privadas y mixtas de las redes integrales e integradas, tiene como propósito analizar y formular políticas acerca de la utilización racional y eficiente de procedimientos, medicamentos, insumos y demás tecnologías en salud. Sesionará al menos dos veces al mes y consignará en actas sus análisis y actuaciones. Podrá apoyarse en los Comités de Compras, Comités de Farmacia y Terapéutica, Comités de Infecciones y Comités de Ética, así como en otros profesionales y expertos para la toma de decisiones que serán de obligatorio cumplimiento para los médicos y toda la Institución.</p> <p>La Dirección Territorial de Salud investigará y sancionará, de ser el caso, a las instituciones que no tengan constituido y en funcionamiento el Comité de Autorregulación Médica; a las que contando con dicho Comité no observen lo establecido por él, así como a aquellas que restrinjan la remisión por parte de la Coordinación de la Red de Servicios y en caso de reincidencia se procederá a su retiro de la Red.</p>	<p>En el caso de las Instituciones de Salud del Estado será falta grave para el director, sancionable con destitución, cuando se compruebe el incumplimiento del presente artículo. Los profesionales de la salud serán igualmente responsables de falta disciplinaria grave cuando reincidan en la omisión de las decisiones del Comité de Autorregulación Médica.</p> <p>Artículo 135. Procedimiento de resolución de conflictos en el ejercicio médico. Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas entre médicos a partir de la atención médica serán dirimidos por las Juntas Médicas de las Instituciones de Salud, ya sean del Estado-ISE, privadas, mixtas o por las Juntas Médicas de la Red Integral de Instituciones Sanitarias Estatales, privadas y mixtas, utilizando criterios de razonabilidad científica y ética, de acuerdo con la Ley 23 de 1981 o la reglamentación que emane posteriormente a la aprobación de la presente ley.</p> <p>Artículo 136. Discrepancias diagnósticas o terapéuticas. Las discrepancias en diagnósticos o en alternativas terapéuticas serán dirimidas según lo establecido en la Ley 23 de 1981 o por las Juntas Médicas de acuerdo con la Ley 1751 de 2015, las cuales serán de la institución sanitaria o de la red de salud y sus decisiones de basarán en la razón científica, la ética profesional, el estado del arte y la autorregulación.</p> <p style="text-align: center;">CAPITULO XVII. RÉGIMEN DISCIPLINARIO Y SANCIONATORIO</p> <p>Artículo 137. Objeto del Régimen Disciplinario y Sancionatorio. El Régimen Disciplinario y Sancionatorio tiene por objeto definir las sanciones penales y disciplinarias a las entidades públicas, privadas y mixtas que prestan servicios de salud hospitalarios o ambulatorios y a las personas que participan en acciones que limiten o impidan el disfrute del derecho fundamental a la salud, nieguen servicios o retrasen u obstaculicen su prestación. Son también sujetos de sanción por responsabilidad de su cargo los miembros de las Juntas Directivas, los Representantes Legales y demás personas que contribuyan a la misma dentro de las Instituciones que conforman el Sistema de Salud.</p> <p>El Tribunal Nacional de ética médica, y los tribunales seccionales de ética médica ejercen la autoridad para conocer los procesos ético-disciplinarios que se presenten en la práctica de quienes ejercen la medicina en Colombia.</p> <p>Artículo 138. Sujetos disciplinables en el Sistema de Salud. Adiciónese a la Ley 1952 de 2019, Código General Disciplinario, un inciso final al Artículo 25. Destinatarios de la ley disciplinaria, Capítulo III Sujetos disciplinables, así:</p> <p>Sin perjuicio de la responsabilidad que corresponde a los miembros de las Juntas Directivas y Representantes Legales se aplica este régimen a los funcionarios encargados de la administración y gestión de la prestación de los servicios de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.</p> <p>Artículo 139. Faltas gravísimas. Modifíquese el Artículo 59 de la Ley 1952 de 2019, Código General Disciplinario, adicionando los siguientes numerales, los cuales quedarán así:</p> <p>“4. Negar, retrasar u obstaculizar sin justificación comprobable y objetiva el acceso a servicios o tecnologías contemplados como parte de los servicios de salud que no se encuentren expresamente excluidos.</p>

<p>5. Incumplir o desatascar fallos de tutela en salud.</p> <p>6. Incumplir cualquiera de las obligaciones establecidas en el Régimen Legal del Sistema de Salud, relacionados con la garantía del derecho fundamental a la salud por una actuación u omisión deliberada.”</p> <p>Artículo 140. Sanciones Disciplinarias en el Sistema de Salud. Adiciónese un numeral al Artículo 48 Clases y Límites de las sanciones disciplinarias de la Ley 1952 de 2019 Código General Disciplinario, el cual quedará así:</p> <p>“7. Cuando se trate de las conductas previstas en los numerales 4, 5 y 6 del artículo 59 de este Código, la inhabilidad será para ejercer empleo público, prestar servicios a cargo del Estado, o contratar con este, y para desempeñarse a cualquier título en cualquier entidad pública perteneciente al Sistema de Salud y no podrá ser inferior a diez años.”</p> <p>Artículo 141. Criterios para la Graduación de la Sanción Disciplinaria en el Sistema de Salud. Adiciónese el Artículo 50 de la Ley 1952 de 2019 Código General Disciplinario, así:</p> <p>Para la graduación de la sanción, respecto de las conductas descritas en los numerales 4, 5 y 6 del artículo 59 de este Código, serán tenidas en cuenta como circunstancias de agravación, la comisión de la conducta:</p> <ol style="list-style-type: none"> En sujetos de especial protección como niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad. Con desconocimiento de fallos de tutela proferidos en la materia, y especialmente de sentencias de unificación proferidas al respecto por la Corte Constitucional. Incumpliendo sentencias de tutela proferidas sobre el caso específico, con identidad de causa, objeto y partes, o con repetición de la acción o la omisión que motivó una tutela concedida mediante fallo ejecutoriado en proceso en el cual haya sido parte. Con desconocimiento de las instrucciones o directrices contenidas en los actos administrativos de los organismos de regulación, control y vigilancia o de la autoridad o entidad pública titular de la función. Cobrar por los servicios valores que no corresponden a las tarifas autorizadas, cobrar por servicios que deben ser gratuitos o efectuar cobros indebidos. Sometiendo a la persona a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, o que le causen o le hagan soportar un sufrimiento evitable. Sometiendo a la persona a cargas administrativas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio <p>Artículo 142. Traslado a la autoridad de vigilancia fiscal. Las autoridades penales y disciplinarias pondrán en conocimiento de las contralorías del nivel que corresponda, toda evidencia que, con motivo de las investigaciones y los procesos respecto de las conductas reguladas por la presente Ley constituyan una presunta conducta fiscal, la cual deberá ser investigada conforme a las disposiciones legales que rigen la materia.</p> <p>Artículo 143. Traslado a los Tribunales de Ética de los Trabajadores de la Salud. Las autoridades pondrán en conocimiento de los Tribunales de Ética de cada profesión mediante instauración de la</p>	<p>demanda respectiva por toda evidencia que, con motivo de las investigaciones y procesos en casos regulados por la presente Ley, implique faltas ético disciplinarias que se presenten durante la práctica profesional.</p> <p>Artículo 144. Sujeción a disponibilidades presupuestales y al Marco Fiscal de Mediano Plazo. Las normas de la presente ley que afecten recursos del Presupuesto General de la Nación, deberán sujetarse a las disponibilidades presupuestales, al Marco de Gasto de Mediano Plazo y al Marco Fiscal de Mediano Plazo.</p> <p style="text-align: center;">CAPITULO XVIII</p> <p style="text-align: center;">TRANSICIÓN Y EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD</p> <p>Artículo 145. Consulta Previa a las autoridades tradicionales de las comunidades indígenas. Para la reorganización del Sistema de Seguridad Social en Salud, en lo que respecta a reglamentar la prestación de servicios de salud y la organización del mismo en sus territorios, se adelantará consulta previa con las respectivas autoridades de los pueblos y comunidades indígenas en espacios suficientes y adecuados de participación sobre las decisiones que les afectan directamente.</p> <p>A tal efecto, fáltese al Presidente de la República por un periodo de seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente Ley con el fin de adoptar las normas con fuerza de ley, de la organización y prestación de servicios de salud en los territorios de los pueblos y comunidades indígenas.</p> <p>Artículo 146. Regímenes Exceptuados y Especiales. Los regímenes exceptuados y especiales del Sistema de Salud continuarán regidos por sus disposiciones especiales.</p> <p>El régimen de salud y seguridad social del magisterio continuará vigente, por lo cual se exceptúan de las disposiciones de la presente ley, los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley 91 de 1989 cuyo régimen de salud será el previsto en dicha norma.</p> <p>Artículo 147. Empresas de Medicina Prepagada y Seguros Privados. Las empresas privadas que tienen como objeto social la venta de planes prepagados o voluntarios de salud podrán seguir funcionando y comercializando sus servicios, bajo las reglas y normas de funcionamiento, financiación y prestación de servicios que los rigen. Los suscriptores de los planes y seguros no tendrán prelación alguna cuando utilicen el Sistema de Salud, al cual tienen derecho.</p> <p>Artículo 148. Transición hacia las nuevas Instituciones de Salud del Estado. En adelante, las Empresas Sociales del Estado adoptarán su denominación de Instituciones de Salud del Estado por mandato de la presente ley. Para la implementación de su nuevo régimen laboral, lo harán progresivamente dentro de los cuatro años siguientes a la expedición de la presente ley, previo los estudios correspondientes que determinen su implementación y las disposiciones reglamentarias que expida el Gobierno Nacional sobre la materia. En cuanto a los demás regímenes jurídicos deberán entenderse de aplicación inmediata. Las actuaciones y procesos que se venían adelantando a la fecha de vigencia de la presente ley, continuarán bajo las disposiciones con las que fueron iniciadas hasta su culminación.</p> <p>El actual gerente o director de la Empresa Social del Estado continuará ejerciendo el cargo de director de la Institución de Salud del Estado - ISE hasta finalizar el período para el cual fue nombrado, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en</p>
<p>los términos señalados en la presente Ley. Serán removidos por las mismas causales señaladas para el Director de Institución de Salud Estatal.</p> <p>La composición de los órganos plurales de dirección de las Instituciones Hospitalarias Estatales, se implementarán en el término no mayor a un (1) año.</p> <p>En todo caso, las Instituciones de Salud del Estado mantendrán ininterrumpidamente la prestación de los servicios de salud a su cargo.</p> <p>Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva, la transformación de las Empresas Sociales del Estado – ESE de orden nacional y territorial en Instituciones de Salud del Estado - ISE. Para el efecto el gobierno nacional determinará las fases y períodos de transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas.</p> <p>También se podrán transformar en Instituciones de Salud del Estado - ISE, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se comportaron como Empresas Sociales del Estado, las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Cuando exista una infraestructura pública que esté siendo operada por terceros, se propenderá su constitución, organización y funcionamiento bajo el régimen de las Instituciones de Salud del Estado - ISE.</p> <p>Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que en la fecha de la presente ley estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, serán convertidas en Instituciones de Salud del Estado -ISE del respectivo nivel de Gobierno.</p> <p>Artículo 149. Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud. El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la vigencia de la presente ley. Es principio de interpretación y fundamento de la transición que no podrá haber personas sin protección de su salud, sin afiliación, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria Integrales y Resolutivos en Salud -CAPIRS, bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud y el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia.</p> <p>En desarrollo del principio anterior, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Los pacientes en estado crítico que al momento de expedición de la presente Ley, se encuentren en cuidados permanentes, en tratamientos de enfermedades que no puedan ser interrumpidos o cuya interrupción sea riesgosa, seguirán atendidos por los prestadores de servicios de salud y los contratos con estos, serán automáticamente subrogados por quien asuma la gestión del riesgo, según las reglas que se establecen en la transición, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno. De igual forma se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos. Las entidades Promotoras de Salud que a la fecha de vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, acordarán con base en el reglamento que establezca el Gobierno Nacional, las reglas para la entrega de la población afiliada al nuevo aseguramiento social en 	<p>salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud. A tal efecto el Gobierno Nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las Entidades Promotoras de Salud al nuevo sistema de aseguramiento social en salud.</p> <ol style="list-style-type: none"> Las Entidades Promotoras de Salud que cumplan los requisitos de habilitación al momento de expedición de la presente Ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la UPC y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud al nuevo sistema de aseguramiento social del Sistema de Salud. La Administradora de Recursos para la Salud, ADRES, efectuará el reconocimiento y giro pago de las Unidades de Pago por Capitación y demás recursos del aseguramiento social en salud. Las reglas del Sistema General de Seguridad Social en Salud serán aplicables a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios hasta por el periodo de transición que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente Ley. <p>El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud.</p> <p>Para la armonización de la operación de transición y evolución de las Entidades Promotoras de Salud con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Para cada hogar todos sus miembros deberán estar afiliados en una misma Entidad Promotora de Salud. En un territorio donde haya una sola Entidad Promotora de Salud, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación. En los territorios donde no queden Entidades Promotoras de Salud, la Nueva EPS, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas Entidades Promotoras de Salud con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes podrá asumir los afiliados de Entidades Promotoras de Salud liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados. La Nueva EPS contratará los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud -CAPIRS, si fuere necesario, o adscribirá la población a ella afiliada en tales Centros que estén operando bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación. La Nueva EPS contribuirá con la organización de la prestación de los servicios de salud en el marco del aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la organización de la inscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los Centros de Atención Primaria Integral y

<p>Resolutiva en Salud CAPIRS, así como la organización de las redes integradas e integrales en los territorios que el Ministerio de Salud y Protección Social y las autoridades del nivel territorial determinen.</p> <p>6. A partir de la vigencia de la presente Ley, no habrá autorización de ingreso al Sistema de Salud de nuevas Entidades Promotoras de Salud.</p> <p>7. Las Entidades Promotoras de Salud, durante la transición y evolución posteriormente mediante las formas jurídicas en las que se transformen, que determinen como más funcionales a su operación podrán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escindir y especializar sus instituciones de prestación de servicios de baja, mediana y alta complejidad e integrarlas a las redes de atención integrales e integradas • Organizar y operar los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud - CAPIRS bajo las reglas del Sistema de Salud • Proveer servicios de gestión de facturas y auditoría durante la transición o bien estructurar firmas auditoras que podrán ser contratadas por el ADRES • Prestar servicios de información especializados que requiera el Sistema de Salud • Prestar servicios especializados de asesoría en la organización de los territorios de salud • Adelantar acciones de salud pública y prestar servicios de equipos de salud del modelo de atención primaria en salud • Suministrar tecnologías, software y sistemas de información para administrar la atención de la población • Gestionar las prestaciones económicas de los cotizantes en el Sistema de salud • Asesorar el desarrollo de los gobiernos corporativos en el Sistema de Salud <p>Las Entidades Promotoras de Salud que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios, de acuerdo al plan de implementación de que trata el presente artículo. Conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social se determinará el proceso.</p> <p>8. Se acordará con las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios que así lo acuerden con el Gobierno Nacional, la Administradora de Recursos de la Salud ADRES y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las redes integradas e integrales que atenderán a la población adscrita a los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud.</p> <p>9. Las Entidades Promotoras de Salud durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan su tránsito a instituciones prestadoras de servicios de salud a través de sus redes propias que funcionaban en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los Centros de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud.</p> <p>10. Las Entidades Promotoras de Salud podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección social, la ADRES o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a la prestación de servicios de salud, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras</p>	<p>modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud.</p> <p>Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los Centros de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud- CAPIRS, los trabajadores que a la vigencia de la presente ley trabajen en las Entidades Promotoras de Salud, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la ADRES, según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento. A tal efecto, se establecerá una planta de personal de supernumerarios hasta que ello sea necesario, cuyos empleos estarán sujetos al libre nombramiento y remoción y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen.</p> <p>Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los Centros de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud -CAPIRS, los empleos que conformen las nuevas plantas de personal, darán prioridad a la vinculación de este personal, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.</p> <p>La Administradora de Recursos de Salud ADRES, está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las Entidades Promotoras de Salud.</p> <p>Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las Entidades Promotoras de Salud hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo sistema de aseguramiento social en salud.</p> <p>Las competencias aquí previstas para la Administradora de Recursos de Salud ADRES serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan. Cada dos (2) años se hará un análisis de los avances en esta materia y se evaluarán las capacidades respectivas.</p> <p>11. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. CISA podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las entidades promotoras de salud de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las entidades promotoras de</p>
<p>salud que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.</p> <p>Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a la Central de Inversiones S.A. CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.</p> <p>12. La Nación dispondrá los recursos necesarios para adelantar los procesos de cesión de créditos a favor de las instituciones prestadoras de salud y la Central de Inversiones S.A. -CISA podrá aplicar sus políticas de normalización de esta clase de activos; una vez adelante el recaudo de esta cartera la Central de Inversiones S.A. -CISA deberá girar el producto del recaudo de esta cartera al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez descontada su comisión por la gestión de cobranza.</p> <p>13. El Gobierno Nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses, a partir de la vigencia de la presente ley establecerá la reglamentación y conformación del Consejo Nacional de Salud.</p> <p>14. El Gobierno Nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a un año a partir de la vigencia de la presente ley establecerá los reglamentos para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud.</p> <p>15. El Gobierno Nacional, diseñará programas de fortalecimiento institucional y financiero para las empresas Sociales del Estado que se transformen en instituciones de Salud del Estado, los cuales estarán en cabeza del ministerio de salud y protección social.</p> <p>Artículo 150. Sujeción a disponibilidades presupuestales y al Marco Fiscal de Mediano Plazo. Las normas de la presente ley que afecten recursos del Presupuesto General de la Nación, deberán sujetarse a las disponibilidades presupuestales, al Marco de Gasto de Mediano Plazo y al Marco Fiscal de Mediano Plazo.</p> <p>Artículo 151. Facultades extraordinarias. Facultase al Presidente de la República por el término de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente Ley para:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Expedir las disposiciones laborales para garantizar condiciones de trabajo justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar los conocimientos del talento humano en salud, tanto del sector privado como del sector público. 2. Dictar las disposiciones laborales de los servidores públicos del sector salud para garantizar el mérito, así como las condiciones de reclutamiento y selección de los directores de las Instituciones Estatales Hospitalarias. 3. Establecer los procedimientos aplicables a las actuaciones administrativas y jurisdiccionales a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud y el régimen sancionatorio que le corresponda aplicar. 4. Modificar y complementar las normas en materia de salud pública. 5. Dictar las disposiciones adicionales que sean reserva de ley y que garanticen un ordenado proceso de transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud al Sistema de Salud, 	<p>conforme a lo ordenado por la presente ley, para garantizar el derecho fundamental a la salud. En el proceso de transición deberán garantizarse los pagos por los servicios prestados en este periodo, a los proveedores de servicios de salud en forma regular; dictarse las disposiciones de inspección, vigilancia y control que sean requeridas para garantizar las condiciones esenciales del servicio público esencial de la salud; y establecer incentivos para que en la transición las Entidades Promotoras de Salud converjan hacia los fines del modelo de atención en salud establecido en la presente Ley.</p> <p>6. Dictar las disposiciones y realizar las operaciones presupuestales que se requiera para capitalizar a la Nueva EPS en el periodo de transición, así como dictar las disposiciones orgánicas que corresponda para su adecuada operación.</p> <p>Artículo 152. Vigencia. La presente Ley deroga las disposiciones que le sean contrarias.</p> <p> CAROLINA CORCHO MEJÍA Ministra de Salud y Protección Social</p>

Exposición de motivos¹

Bogotá D.C., 13 de febrero del 2023

¹ La presente exposición de motivos tomó como punto de partida el documento realizado del Libro "Agenda de Transición Democrática: otra Colombia es posible", capítulo 3 "Propuesta de reglamentación y desarrollo de la Ley 1751 de 2015 para la garantía del derecho fundamental a la salud en Colombia", de los autores: Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008. Por una Reforma Estructural del Sistema de Salud: Pedro Santana Rodríguez (Director de la Revista Sur), Luz Marina Umbasía, Néstor Álvarez (Director de organización Pacientes Alto Costo), Sergio Isaza Villa (Presidente de la Federación Médica Colombiana-FMC), Francisco Rossi, Germán Hernández (Presidente de Sirtrahosmic), Abdel Mateus Herrera (Pasante de posgrado de Derecho), Carolina Cocho Mejía, Félix Martínez, Oscar Andía, Luis Alberto Martínez y Ushay Beltrán. Ver libro: Agenda de Transición Democrática: otra Colombia es posible | Heinrich Böll Stiftung | Bogotá offices - Colombia (boell.org)

Exposición de motivos

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN 4
I. DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD..... 4
A. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA Y JURISPRUDENCIA CONSTITUCIONAL 4
B. LEY ESTATUTARIA 1751 DE 2015 6
II. SITUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD 7
A. RESULTADOS DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA 7
1. Indicadores trazadores de la situación de salud 7
2. Reclamación de las ciudadanas por restricciones al acceso a los servicios y el derecho a la salud 28
3. Situación del aseguramiento 32
B. ENFOQUE DEL SISTEMA DE SALUD DE LA LEY 100 DE 1993 37
III. ALCANCE DEL ARTICULADO DE LA REFORMA..... 54
A. CONSIDERACIONES GENERALES 54
B. CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES 60
C. CAPÍTULO II. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD 62
D. CAPÍTULO III. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD 65
E. CAPÍTULO V. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD 70
F. CAPÍTULO VI. INSTITUCIONES DE SALUD DEL ESTADO-ISE 70
G. CAPÍTULO VII. REDES INTEGRADAS E INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD 74
H. CAPÍTULO VIII. MODELO DE ATENCIÓN 78
I. CAPÍTULO IX. SISTEMA PÚBLICO ÚNICO INTEGRADO DE INFORMACIÓN EN SALUD (SPUIS) 79
J. CAPÍTULO X. PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y SOCIAL 81
K. CAPÍTULO XI. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL 83
L. CAPÍTULO XII. POLÍTICA NACIONAL DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN EN SALUD 85
M. CAPÍTULO XIII. POLÍTICA DE MEDICAMENTOS, INSUMOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD 86
N. CAPÍTULO XIV. POLÍTICA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD 86
O. CAPÍTULO XV. RÉGIMEN LABORAL DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD 87
P. CAPÍTULO XVI. AUTONOMÍA PROFESIONAL Y AUTORREGULACIÓN 88
Q. CAPÍTULO XVII. RÉGIMEN DISCIPLINARIO Y SANCIONATORIO 88
IV. ECONOMÍA DE LA REFORMA, RÉGIMEN DE TRANSICIÓN Y EVOLUCIÓN 92
V. BIBLIOGRAFÍA 102
VI. ANEXOS 105

Lista de Gráficos

GRÁFICO 1 DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD EVITABLE¹ EN POBLACIÓN GENERAL, COLOMBIA 2005 A 2020 8
GRÁFICO 2 DISTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD EVITABLE¹ EN MENORES DE 5 AÑOS POR 100.000 NACIDOS VIVOS (COLOMBIA 2005 A 2020) 9
GRÁFICO 3 NÚMERO DE MUERTES MATERNAS ENTRE 1993-2021 11
GRÁFICO 4 TASA X 100.000 HABITANTES Y NÚMERO DE MUERTES MATERNAS 1998-2021 11
GRÁFICO 5 RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA EN LOS PAÍSES DE OCDE, 2017 13
GRÁFICO 6 NÚMERO Y TASA DE MORTALIDAD INFANTIL 2005-2020 14
GRÁFICO 7 TASA DE MORTALIDAD EN MENORES DE UN AÑO, POR DEPARTAMENTO - 2021 15
GRÁFICO 8 NÚMERO Y TASA DE MORTALIDAD PERINATAL DE 2005-2021 (28 SEMANAS-7 PRIMEROS DÍAS DE NACIDOS VIVOS) 16
GRÁFICO 9 NÚMERO Y TASA DE MORTALIDAD ESTIMADA EN MENORES DE 5 AÑOS DE 2005-2020 17
GRÁFICO 10 NÚMERO Y TASA DE MORTALIDAD POR CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS DE 2005-2021* 18
GRÁFICO 11 NÚMERO Y TASA DE MORTALIDAD PREMATURA POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES ENTRE 30-70 AÑOS DE 2005-2021* 19
GRÁFICO 12 NÚMERO Y TASA DE MORTALIDAD PREMATURA POR DIABETES ENTRE 30-70 AÑOS DE 2005-2021* 20
GRÁFICO 13 NÚMERO Y TASA DE MORTALIDAD PREMATURA POR ENFERMEDADES CRÓNICAS DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES ENTRE 30-70 AÑOS DE 2005-2021* 21
GRÁFICO 14 NÚMERO DE PERSONAS ATENDIDAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD POR DIAGNÓSTICO PRINCIPAL TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO CIE 10: F00-F99, COLOMBIA 2009 - 2021 22
GRÁFICO 15 NÚMERO DE PERSONAS MUERTAS POR LESIONES AUTO INFRINGIDAS INTENCIONALMENTE (SUICIDIO) 2010-2020 23
GRÁFICO 16 EVOLUCIÓN NÚMERO DE AFILIADOS AL SGSSS 1994-2022 23
GRÁFICO 17 NÚMERO DE ACCIONES DE TUTELA EN SALUD VS GENERAL DE 1999-2021 29
GRÁFICO 18 NÚMERO DE PQRD ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD 2009-2021 30
GRÁFICO 19 PROYECCIÓN INGRESOS 2023 (FUENTE: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL) 35
GRÁFICO 20 PROYECCIÓN GASTO EN SALUD 2023 (FUENTE: MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL) 35
GRÁFICO 21 GASTO TOTAL EN SALUD (GTS) / PIB (%) 36
GRÁFICO 22 ASEGURAMIENTO Y GASTO DE BOLSILO EN SALUD 1995-2021 36
GRÁFICO 23 USOS DE LOS RECURSOS DEL SGSSS. MILLONES DE PESOS CONSTANTES DE 2021 37

Lista de Tablas

TABLA 1 TASA DE MORTALIDAD EVITABLE¹ EN POBLACIÓN GENERAL POR ENTIDAD TERRITORIAL, COLOMBIA 2020 8
TABLA 2 TASA DE MORTALIDAD EVITABLE¹ EN MENORES DE 5 AÑOS (POR 100 000 NACIDOS VIVOS) POR ENTIDAD TERRITORIAL, COLOMBIA 2020 10
TABLA 3 NÚMERO DE PERSONAS ATENDIDAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD POR DIAGNÓSTICO PRINCIPAL TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO CIE 10: F00-F99, COLOMBIA 2009 - 2021 22
TABLA 4 INDICADORES ODS METAS COLOMBIA 2030, CUMPLIMIENTO POR DEPARTAMENTO 25
TABLA 5 NÚMERO DE ACCIONES DE TUTELA EN SALUD VS GENERAL DE 1999-2021 29
TABLA 6 DATOS DE PQRD ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD 2009-2021 30
TABLA 7 COMPORTAMIENTO PQRD DESAGREGADA POR MOTIVACIÓN DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD 2014-2021 31
TABLA 8 ESTADO DE RESULTADOS EPS PARTICIPACIÓN DE LOS RUBROS MÁS REPRESENTATIVOS EN LOS INGRESOS OPERACIONALES 2019 33
TABLA 9 PRINCIPALES INDICADORES EPS 2008-2019 (VALORES CORRIENTES DE CADA AÑO EN MILLONES DE PESOS) 34
TABLA 10 RETOS PARA LOS SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA LATINA 41
TABLA 11 DISEÑO PROPUESTO DE PLURALISMO ESTRUCTURADO 42
TABLA 12 ACTOS ADMINISTRATIVOS DE ACTUALIZACIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS FINANCIADOS CON RECURSOS DE LA UPC, EXPEDIDOS POR MINSALUD - DRBCTAS (2015-2022) 47
TABLA 13 ESTADO ACTUAL DE LA FINANCIACIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS EN SALUD 48
TABLA 10. AFILIADOS A TRASLADAR POR EPS ¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud y Protección Social y diversas organizaciones de la Sociedad Civil, en especial, la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008*. Este proyecto de ley se presenta con el objetivo de reformar el sistema de seguridad social en salud a partir de las transformaciones que ha tenido el derecho fundamental a la salud en los últimos 30 años a través de diversas sentencias de la Corte Constitucional, en especial, la Sentencia hito T-760 de 2008 (se establecieron 16 órdenes generales sobre el sistema de salud), la expedición de la Ley 1751 de 2015 y la Sentencia C-313 de 2014 de revisión constitucional de la misma ley. La propuesta recoge el esfuerzo, los estudios y análisis que se han hecho desde la sociedad civil y otros sectores por más de 20 años.

El Sistema de Salud propuesto tiene como objetivo cuidar la vida de cada persona, familia, comunidad y sociedad. La concepción del proyecto respecto del Sistema de Salud se fundamenta en los siguientes aspectos:

- En el centro del Sistema de Salud está la población en lo individual y colectivo y su garantía del derecho fundamental a la salud como autónomo e irrenunciable en lo individual y colectivo.
• El Sistema de Salud se define mediante un conjunto de regulaciones acerca del modelo de atención en salud, soportado en un diseño institucional, debidamente financiado, con datos abiertos, transparencia e integridad; en los principios de la función administrativa; y en un conjunto de reglas que garantizan la gestión y el funcionamiento de las instituciones con amplia participación de la sociedad, como principal actor del mismo.
• Construir sobre lo construido, asimilando las capacidades adquiridas y buenas prácticas, a la vez que superando las limitaciones identificadas del Sistema de Salud en las últimas tres décadas.
• El núcleo central del Sistema de Salud, basado en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, se garantiza con un aseguramiento público, único, universal y solidario, considerando el hábitat de cada residente como el territorio saludable en salud, desde el cual se estructura la atención primaria en salud, con capacidad resolutoria y se garantiza el tránsito de cada individuo por las redes integradas e integrales de atención, con un acceso estructurado y efectivo a los servicios de mayor complejidad de atención.
• Armonizar las regulaciones existentes con lo dispuesto en la Ley estatutaria de la Salud, dando alcance a sus diferentes mandatos sobre el derecho fundamental a la salud, los deberes de las personas y los procedimientos y recursos para su protección;
• Ejercer las obligaciones del Estado para respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y desarrollar sus principios y mecanismos;
• Dignificar las condiciones del trabajador de la salud y generar las condiciones responsables para el ejercicio de la autonomía profesional.

De esta forma se busca lograr mejores y más años de vida saludable de cada persona que habita el territorio colombiano, con un sistema de salud universal, solidario, igualitario, equitativo y eficiente. A lo largo de los últimos treinta años se han expedido diversas disposiciones como las leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1608 de 2013, 1751 de 2015, 1753 de 2015, 1797 de 2016, 1949 de 2019, 1955 de 2019 y 2015 de 2020. Marco legal que debe ser armonizado e integrado en un nuevo ordenamiento, para cumplir con las normas superiores, los tratados internacionales, la Constitución Política y la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

La reforma se fundamenta en los principios rectores que la Constitución política le ha dado al derecho fundamental a la salud: dignidad humana, igualdad, solidaridad, interés general, universalidad, acceso oportuno y de calidad, y, eficiencia del sistema de salud.

I. DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD

A. Constitución Política de Colombia y jurisprudencia constitucional

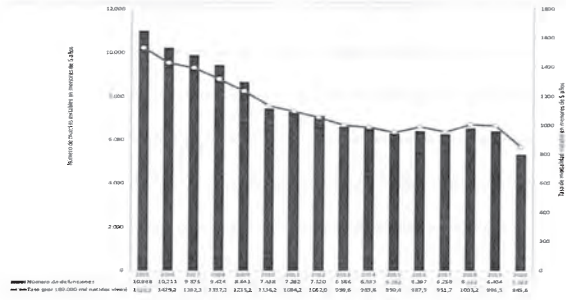
Colombia es un Estado Social de Derecho, cuya meta principal dentro del cumplimiento de los derechos sociales ha sido "(...) la creación de condiciones razonables de vida (...)", de allí que se estableciera como principios fundamentales de la Constitución Política la dignidad humana, la solidaridad y el interés general. A través de los años la ciudadanía y la Corte

² Gaceta # 3 Asamblea Constituyente 1991 "Proyecto de Acto Reformatorio de la Constitución Política de Colombia" Título: Derechos sociales

Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 19 de septiembre de 2022

Con relación a la evitabilidad⁹ de las muertes en menores de 5 años, se evidencia que, para el mismo periodo, se redujo la tasa de mortalidad por 100.000 nacidos vivos, pasando de 1.526,2 a 846,6, es decir disminuyó en un 55,4%, entre 2005 a 2020. El total de muertes evitables en menores de 5 años fue de 121.317, con un promedio de 7.582 muertes evitables por año (Gráfico 2). Para 2020, 16 de los 32 departamentos (48,4%) presentaron tasas significativamente más altas que la media nacional, de esta forma encabezan la lista los departamentos de Vichada (2.109,9), Chocó (1.894,5), La Guajira (1.744,3), Guainía (1.712,7) y el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (1.581,0) (Cuadro 3).

Gráfico 2 Distribución de la mortalidad evitable⁹ en menores de 5 años por 100.000 nacidos vivos (Colombia 2005 a 2020)



⁹ Lista de causas potencialmente evitable en menores de 5 años, Rojas - Botero, Mayle et col, consultado en: <https://www.scielo.br/icsp/a/GLPn14YbGFw6Ckqz9cWcQ8D/abstract?lang=es>

Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 19 de septiembre de 2022

Tabla 2 Tasa de mortalidad evitable¹ en menores de 5 años (por 100.000 nacidos vivos) por entidad territorial, Colombia 2020

Entidad territorial	2020
Amazonas	626,1
Antioquia	739,0
Bogotá, D.C.	400,0
Bolívar	450,0
Buena Vista	450,0
Caldas	442,0
Cauca	620,0
Cesar	420,0
Chocó	1.894,5
Córdoba	420,0
Cundinamarca	470,0
Chiriquí	420,0
Huila	420,0
La Guajira	1.744,3
Magdalena	420,0
Nariño	420,0
Nor del Santander	420,0
Ocaña	420,0
Risaralda	420,0
Santander	420,0
Sucumb	420,0
Sucre	420,0
Tolima	420,0
Valle del Cauca	420,0
Atlántico	420,0
Cesarpon	420,0
Guaviare	420,0
Putumayo	420,0
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	1.581,0
Meta	420,0
Quindío	420,0
Vichada	2.109,9
Zona Caribe	420,0

Gráfico de barras que muestra la tasa de mortalidad evitable en menores de 5 años por 100.000 nacidos vivos por entidad territorial en Colombia en 2020. El gráfico incluye tres niveles de detalle: un gráfico general de Colombia, un gráfico por departamento y un gráfico por municipio. Se resalta que Chocó y Vichada tienen las tasas más altas, mientras que Bogotá, D.C. tiene la más baja.

Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 19 de septiembre de 2022

Cumplimiento de metas del país frente a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Durante el periodo de 1993-2020 se analizaron algunos indicadores seleccionados por su impacto en la salud, como por la capacidad de gestionar el riesgo para evitarlo por parte del sistema de salud asociados a los Objetivos del Milenio ODM y los Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS.¹⁰

Mortalidad materna. La mortalidad materna se encuentra asociada a la falta o el bajo número de controles prenatales y la calidad de los mismos, planificación familiar previa al embarazo, detección del riesgo obstétrico en el primer trimestre y mecanismos que garanticen la prestación de servicios de alta complejidad para mujeres gestantes durante el parto, cuyos elementos se encuentran asociados a la prestación de servicios de salud. Frente a la accesibilidad a los servicios de salud para la prevención, predicción y atención de la mortalidad materna, se debe tener en cuenta que para el año 2015 se esperaba cumplir, según los ODM, la razón de mortalidad de 45 sobre 100.000 y se arrojó una media de razón de mortalidad de 53,7 sobre 100.000.

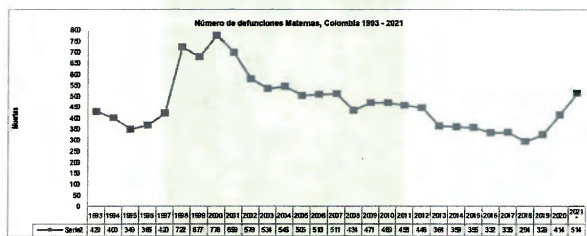
Respecto a los ODS, Colombia debe llegar en el año 2030 a razón de mortalidad materna de 32 sobre 100.000, para el 2020 debería tener razón de mortalidad materna de 51 sobre 100.000 y se encuentra en 66,7 sobre 100.000. Hasta el momento Colombia no ha logrado cumplir las metas internacionales para evitar la mortalidad materna en Colombia, siendo aún más gruesa en zonas dispersas o poblaciones vulnerables, como se evidencia en los datos del año 2020: Chocó con 199,37/100.000. La Guajira 177,18/100.000, Amazonas 191,75/100.000, Guainía 323,97/100.000 y Vichada con 201,48/100.000. Así mismo, cifras similares se podrían encontrar en algunos barrios de ciudades grandes e intermedias,

¹⁰ Se deja como salvedad, que las series de tiempo se deben valorar con la siguiente advertencia: con relación a la mortalidad materna, las series presentan cambios en los formatos de captura de información del DANE (certificados de defunción y de nacido vivo, en el sistema de registro civil y estadísticas vitales), que ocurrió en el año 1998, además de los cambios en la clasificación de enfermedades, dado que en este mismo año se adoptó la 10ma revisión del CIE. Por ello, los datos antes y después de 1998, no pueden ser comparados.

según los estratos sociales y posibilidades económicas de acceso a buenos servicios de salud, por ejemplo, para el año 2021 en Barrios Unidos (Bogotá) las cifras eran de 204,5 /100.000 y en Los Mártires (Bogotá) 193,8/100.000, nada cercano a la media de Bogotá, que para el año 2020 era de 31,52/100.000.

Entre los años 1993 a 2021¹¹, frente al número de muertes maternas se encontró lo siguiente:

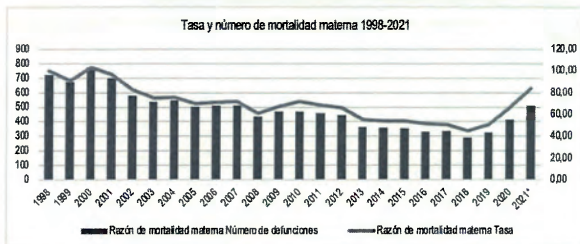
Gráfico 3 Número de muertes maternas entre 1993-2021



Fuente: Estimaciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE.

Los datos generales indican que las cifras de mortalidad materna en términos generales mantienen la misma media de muertes por año desde 1993 hasta 2021. Como también, si el análisis se hiciera conforme a la información soportada desde el año 1998 a 2021 sobre la tasa, las cifras no cambian en gran proporción, aun cuando ha bajado la tasa de natalidad poblacional como se observa en la gráfica 4.

Gráfico 4 Tasa x 100.000 habitantes y número de muertes maternas 1998-2021¹²



¹¹ Los datos del año 2021 son preliminares dentro de las reglas de verificación de la información que se realizan entre la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud y Protección Social y el DANE.

¹² Los datos aquí expuestos hacen parte de la información preliminar de SISPRO para el año 2021

Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 24 de octubre de 2022

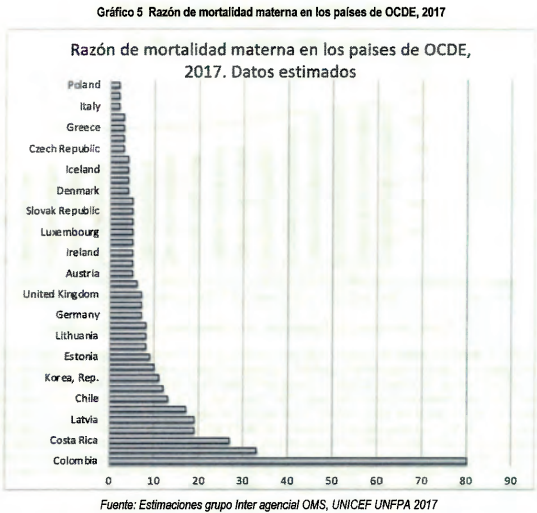
Comportamiento de la tasa de Mortalidad Materna en Colombia 2020 por departamento



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD), Indicadores calculados a partir de fuentes integradas en SGD 2021

Lo más grueso de la situación de mortalidad materna se encuentra en dos aspectos: (i) el 90% de ellas son muertes evitables y (ii) el acceso inequitativo de servicios de salud sigue afectando más a las mujeres de los departamentos como Guajira, Chocó, Amazonas, Guainía y Vichada, sugiriendo brechas de inequidad potencialmente evitables con intervenciones estructurales a corto, mediano y largo plazo. Así mismo, tanto Vichada como Chocó siguen contando con cifras de afiliación al sistema inferiores frente a otros territorios de Colombia, como se expuso anteriormente.

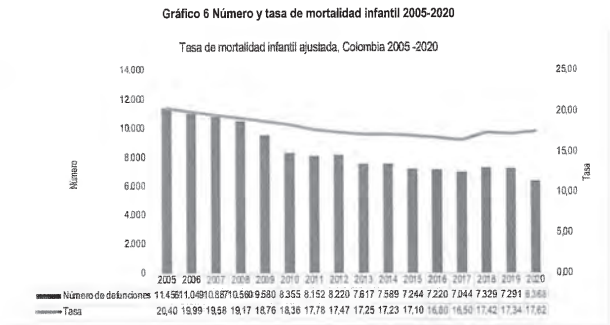
Así mismo, dentro de los países que hacen parte de la OCDE, Colombia es el país la razón de mortalidad materna más elevada:



Fuente: Estimaciones grupo Inter agencial OMS, UNICEF UNFPA 2017

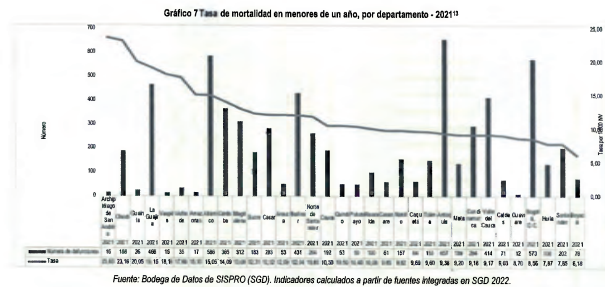
Mortalidad infantil. La mortalidad infantil (menores de 1 año) de 1993 a 2021, en especial la perinatal (de las 28 semanas de gestación hasta los primeros 7 días de vida) está asociada a deficiencias en el control prenatal y la calidad del mismo para identificar los riesgos obstétricos en el primer semestre de gestación, que permita minimizar riesgos de pérdidas o dificultades en el proceso de gestación y de nacimiento del bebé, como de la madre. Así mismo, la mortalidad neonatal temprana, que va desde los 8 días hasta los primeros 30 días de vida, son ocasionadas por deficiencias en los procesos de adaptación y de cuidados del bebé. Y del primer mes hasta los 11 meses y 29 días de vida se relacionan más al medio ambiente donde habita el bebé, siendo las primeras causas la enfermedad diarreica aguda, las enfermedades respiratorias agudas y las caídas accidentales.

La mortalidad infantil desde el año 2005 a 2021 (Gráfica 7) ha bajado a casi la mitad desde el año 2005 frente a al año 2021, pese a lo cual 2021, de acuerdo a las cifras preliminares de SISPRO, murieron 6.368 niños menores de 1 año.



Fuente: Estimaciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE.

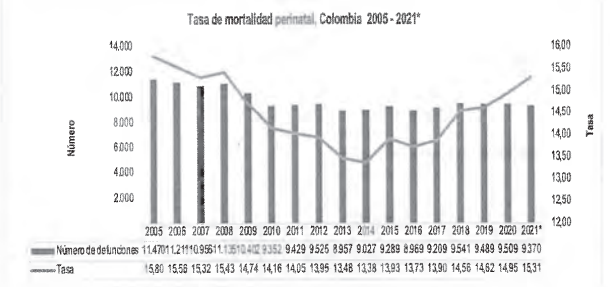
La tasa de mortalidad infantil ha mejorado y se comporta cerca al valor internacional esperado, lo cual contrasta con la desigualdad e inequidad por departamento (gráfica 8), en donde se evidencia la falta de acceso a los servicios de salud, como en el Chocó, Guanía, San Andrés, La Guajira y Vaupés, con 23,16/1.000, 20,05/1.000, 23,60/1.000, 19,15/1.000 y 18,6/1.000, doblando y hasta triplicando la tasa de Santander (7,85), Bogotá D.C. (8,56), Boyacá (6,18), Huila (7,87), entre otras. Así mismo, no deja de sorprender que en ciudades como Bogotá y en departamentos como el Atlántico, las cifras de muertes sean de más de 500, cuando cuentan con prestadores de salud y EPS o EAPB dentro de sus territorios, pudiendo con ello garantizar la vida de la población con el acceso oportuno y de calidad de los servicios. Así mismo, las cifras sugieren la necesidad de una intervención inmediata en el Chocó y La Guajira con 188 y 466 muertes de niñas y niños menores de 1 año en el 2021, en los cuales los determinantes sociales de salud y el acceso a servicios de salud son inadecuados, con imposibilidad de prestar servicios de alta complejidad, en caso de requerirse.



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD). Indicadores calculados a partir de fuentes integradas en SGD 2022.

Mortalidad perinatal. La variación en la tasa de mortalidad perinatal arroja una desde el 2005 de 0.49 puntos (pasando de 15,80 a 15,31 X 1.000) y ha pasado de 11.470 a 9.370 casos (gráfica 9). España para el año 2021 arroja una tasa de 7,5/1.000 mientras Colombia la dobla con 15,31.

Gráfico 8 Número y tasa de mortalidad perinatal de 2005-2021 (28 semanas-7 primeros días de nacidos vivos)



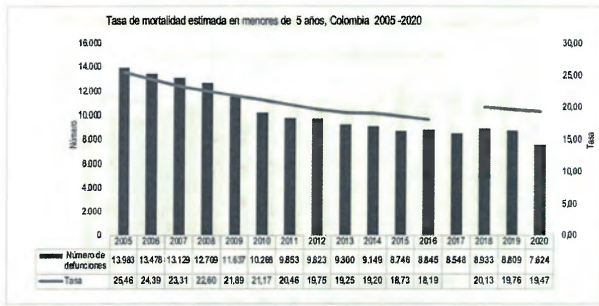
Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 24 de octubre de 2022

La mortalidad de los niños desde el primer año a los 5 años, están asociadas principalmente a la desnutrición, problemas diarreicos, enfermedades respiratorias, problemas de salud desde la etapa prenatal, accidentes externos, infecciones, cuidados al nacer y anomalías congénitas. Es decir, una buena parte de las causas de muerte en este rango de edad se relacionan con los determinantes sociales de salud y cómo el sistema de salud logra llegar a tiempo para atender a los menores de 5 años.

Sin embargo, es importante resaltar que en los últimos 15 años han bajado las tasas de mortalidad de la niñez en 5,99 puntos, pasando de 25,46/1.000 a 19,47/1.000, (gráfica 9). Los lugares donde la tasa es más alta en el 2020 son aquellos que territorios que cuentan con insuficiente acceso a servicios de salud, Chocó (33,56/1.000), Guanía (30,24/1.000), Vichada (30,89/1.000) y La Guajira (22,47/1.000). Cuando la mortalidad de la niñez se revisa por el número de muertes, Bogotá (766) y La Guajira (482), que, este último, a pesar de no ser un territorio con mayor población, sigue siendo una de las que más sufren las muertes de la niñez. Ahora bien, sobre las metas propuestas por los ODS Colombia tampoco lo alcanza, en el año 2020 debería estar en 18 y se encontraba en 19,47, para el 2030 se debe llegar a 15/1.000.

¹¹ Los datos aquí expuestos hacen parte de la información preliminar de SISPRO para el año 2021

Gráfico 9 Número y tasa de mortalidad estimada en menores de 5 años de 2005-2020



Fuente: Estimaciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE

Mortalidad por cáncer menores 18 años. La mortalidad por cáncer en menores de 18 años ha sido una preocupación constante para la sociedad y el Estado, por lo que se diseñaron normas que permitieran el giro directo y una atención inmediata, en especial, a partir de la Ley 2026 de 2022, a través del Decreto 647 de 2022. La tasa y el número de muertes es sostenida en el tiempo, sin encontrar una mejoría. De acuerdo con datos de Globocan para el 2020 se estimaron para Colombia cerca 2.211 niños y adolescentes con diagnóstico de cáncer, de estos el 35,1% corresponden a leucemias, y de acuerdo a las cifras del Ministerio de Salud y Protección Social murieron 631 niñas, niños y adolescentes por cáncer, es decir el 28,54%, encontrándose dentro de la media internacional de los países en vía de desarrollo. Para lograr estar dentro de los estándares de los países con mejores condiciones socioeconómicas, se deberá llegar a salvar el 80%¹⁴ de los niños, niñas y adolescentes con cáncer.

Con respecto al comportamiento de la mortalidad por cáncer infantil, la tasa cruda de mortalidad en menores de 18 años ha tenido un comportamiento estable en el país, pasando en el 2005 de 4,57 menores fallecidos por cada 100.000 habitantes menores a 4,41 menores fallecidos por 100.000 habitantes menores en el 2020 (6). En el caso de la Leucemia Linfoblástica Aguda, la tasa cruda de mortalidad ha tenido un descenso más notorio, pasando en el 2005 de 0,908 fallecidos a 0,637 fallecidos por cada 100.000 habitantes menores en el 2020 (dato preliminar).

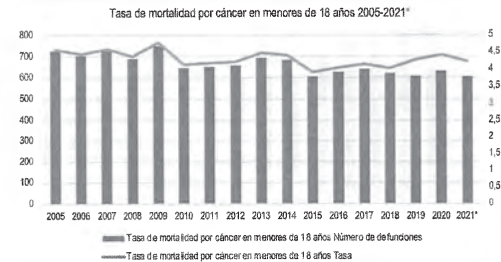
De igual manera, según datos de Vigicáncer, se encuentra un incremento de la supervivencia global de Leucemias agudas pediátricas del periodo 2007 - 2011 y 2012- 2016 subiendo del 57,3% al 57,7%, lo cual está relacionado principalmente con avances importantes en la cobertura del aseguramiento, incorporación de nuevas tecnologías y tratamientos, atención en centros especializados de alta calidad y talento humano entrenado, entre otros.

Cáncer infantil. Para el cáncer infantil, durante el periodo 2016- 2020, según reporte de la Cuenta de Alto Costo, se observó una disminución de 7 días entre la sospecha médica y la confirmación diagnóstica, pasando de una media de 34 días en 2016 a 27 días en 2020, y una disminución de 24 días en la oportunidad entre el diagnóstico y el inicio del primer tratamiento; de una media de 42 días en 2016 se pasó a 17 días en 2020; lo anterior también se observó en el principal tipo de cáncer en esta población, la Leucemia Linfocitoide Aguda que con respecto a la oportunidad de diagnóstico pasó de

14 Ver el siguiente enlace: <https://www.naho.org/es/campanas/dia-internacional-cancer-infantil-2021#:~:text=C%C3%A1ncer%20infantil%20en%20la%20Realidad%20de%20las%20Am%C3%A9ricas%20y%20en%20el%20mundo&text=Se%20estima%20el%20c%C3%A1ncer,Am%C3%A9rica%20latina%20y%20el%20Cáncer>.

una media de 17 días en 2016 a 9 días en el 2020 y en cuanto a la oportunidad de tratamiento fue más marcado el descenso ya que pasó de una media de 55 días en 2016 a 12 días en el 2020 (8,9).

Gráfico 10 Número y tasa de mortalidad por cáncer en menores de 18 años de 2005-2021*



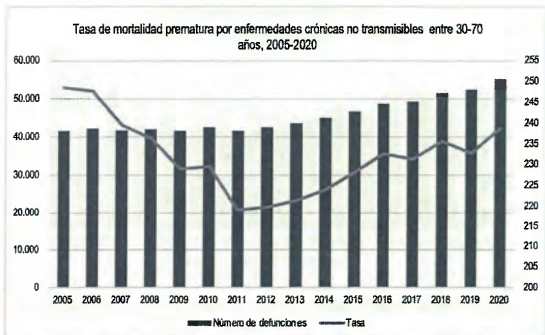
Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 24 de octubre de 2022

Mortalidad enfermedades crónicas no transmisibles. La mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles ha ido en aumento como se estimaba años atrás. En el 2005 morían 41.584 y para el 2020 mueren 55.167 personas entre 30-70 años por enfermedades crónicas no transmisibles (gráfica 11), entre las que se encuentra los diversos cánceres (gráfica 12), diabetes (gráfica 13), enfermedades respiratorias (gráfica 14) y problemas cardiovasculares (gráfica 15), enfermedades altamente ligadas a los estilos de vida que se llevan frente a la alimentación, deporte, acceso a saneamiento básico y vivienda digna, agua potable, aire limpio, vida sexual y la exposición a productos altamente riesgosos para la vida de las personas, entre otras. En el año 2020 murieron 24.900 personas por tumores, 4.219 por diabetes, 23.844 por enfermedades del sistema circulatorio y 2.204 por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores.

Se observa que el cáncer es la principal causa de muerte en enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia, así mismo, a nivel mundial se encuentra como una de las causas principales de muerte. Para el año 2018¹⁵ murieron 9,5 millones de por cáncer y fueron diagnosticadas con cáncer 18,1, es decir, alrededor del 50% de los casos terminan en muerte. Para el año 2020 el panorama fue más alentador, 10,1 millones de personas fueron diagnosticadas con algún tipo de cáncer y 5 millones murieron a causa de ello. La OMS estima que si se generan condiciones que protegieran los determinantes sociales antes descritos, se podría reducir entre un 30%-50% los cánceres. Así mismo, preocupa el creciente aumento de muertes por enfermedades del sistema circulatorio, pues de acuerdo a la OMS en el año 2013 la meta fue reducir a nivel mundial para el 2025 en un 25%, es decir, para Colombia sería pasar de 95,85/100.000 a 71,9/100.000, sin embargo, para el año 2020 se ubica en 103,20/100.000.

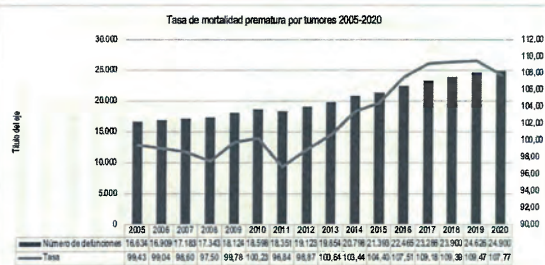
15 Todas las cifras correspondientes a cáncer a nivel mundial fueron tomadas de la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer y los estudios mismos de la OMS. Ver link: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Gráfico 11 Número y tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles entre 30-70 años de 2005-2021*



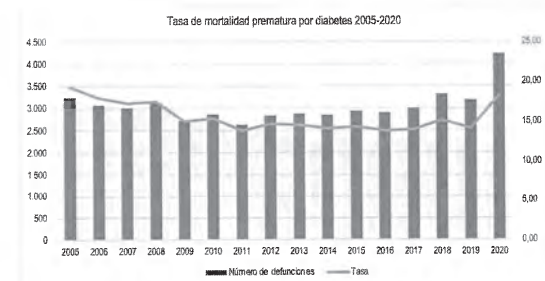
Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 24 de octubre de 2022

Gráfico 12. Número y tasa de mortalidad prematura por tumores entre 30-70 años de 2005-2021*



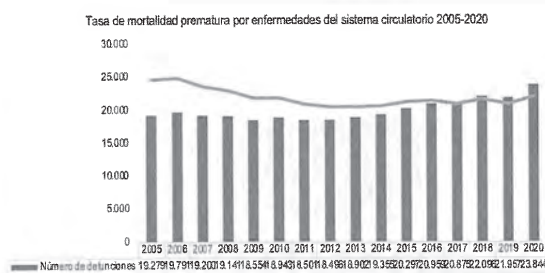
Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 24 de octubre de 2022

Gráfico 12 Número y tasa de mortalidad prematura por diabetes entre 30-70 años de 2005-2021*



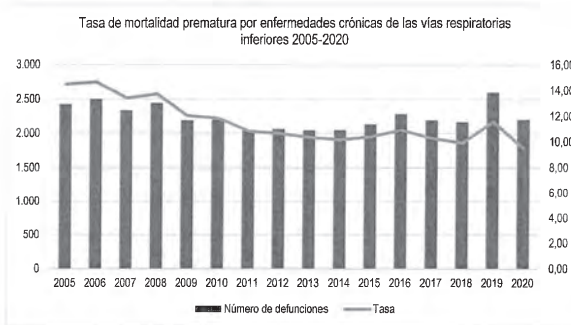
Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 24 de octubre de 2022

Gráfica 14. Número y tasa de mortalidad prematura por enfermedades del sistema circulatoria entre 30-70 años de 2005-2021*



Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 24 de octubre de 2022

Gráfico 13 Número y tasa de mortalidad prematura por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores entre 30-70 años de 2005-2021*

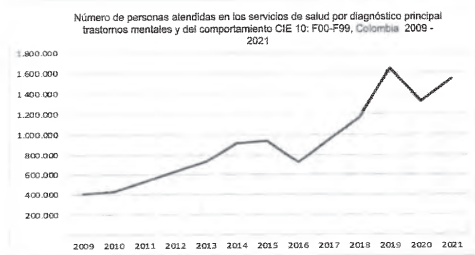


Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 24 de octubre de 2022

Enfermedades mentales. Hay un incremento de las enfermedades mentales por diversas causas. Según el último estudio hecho por el Ministerio de Salud y Protección Social (2015), las condiciones que generan diversos trastornos mentales se encuentran ligadas principalmente con las condiciones de violencias de diversa índole, conflicto armado interno, otro tipo de violencias externas, violencia escolar por parte de compañeros, compañeras o profesores, violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, cigarrillos y otras sustancias psicoactivas), eventos traumáticos en cualquier etapa de la vida, falta de involucramiento parental y disfunción familiar.

Dentro de los últimos 12 años, los casos de situaciones derivadas de trastornos mentales y comportamiento ligado al coeficiente intelectual casi han sido cuadruplicada, pasando de 405.124 (2009) casos a 1.543.543 (2021) casos diagnosticados, es decir, puede ser a causa de subregistros en años anteriores o por el crecimiento mismo de las enfermedades mentales o ambas circunstancias, siendo de todas formas preocupante, pues afecta cerca del 3% de la población colombiana. El año con mayor número de personas atendidas por servicios de salud mental fue 2019 con 1.647.573. Es importante resaltar que Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca son los lugares donde más se reportaron casos.

Gráfico 14 Número de personas atendidas en los servicios de salud por diagnóstico principal trastornos mentales y del comportamiento CIE 10: F00-F99, Colombia 2009 - 2021



Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios - RIPS, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 2 de noviembre

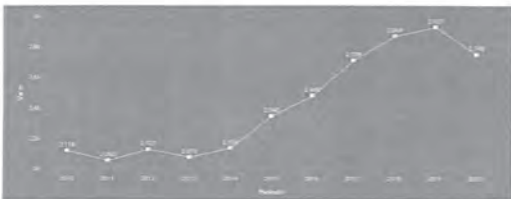
Tabla 3 Número de personas atendidas en los servicios de salud por diagnóstico principal trastornos mentales y del comportamiento CIE 10: F00-F99, Colombia 2009 - 2021

Año	Número de Personas Atendidas
2009	405.124
2010	429.800
2011	528.343
2012	629.924
2013	729.085
2014	916.734
2015	936.963
2016	721.943
2017	945.954
2018	1.185.248
2019	1.647.573
2020	1.321.382
2021	1.543.543

Fuente: Registro Individual de Prestación de Servicios - RIPS, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 2 de noviembre

Así mismo, las muertes por suicidio han aumentado en el último tiempo, para el año 2010 era 2118 casos y hoy son 2748 personas. Como se ve en la siguiente gráfica:

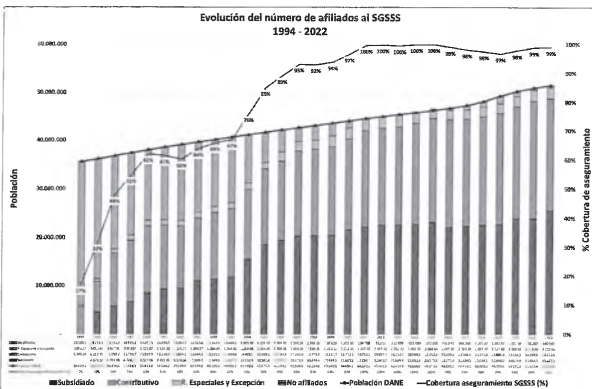
Gráfico 15 Número de personas muertas por lesiones auto infringidas intencionalmente (suicidio) 2010-2020



Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD). Indicadores calculados a partir de fuentes integradas en SGD.

Población afiliada al sistema de seguridad social en salud. La afiliación de usuarios a los regímenes subsidiado y contributivo, es de 99,1%, en donde el 49,7% es contributivo, el 45,1% subsidiado y el 4,3% de regímenes especiales y de excepción. De esta forma el 1% de los colombianos, no están afiliados, frente a un total de población estimada DANE para 2022 de 51.609.474, aproximadamente 460.220 ciudadanos. Los departamentos con menor porcentaje de afiliación son Vaupes 68,54%, Vichada 69,60%, Cundinamarca 74,36% y Chocó 80,02%.

Gráfico 16 evolución número de afiliados al SGSSS 1994-2022



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (1995 - 2022) Artículo: Desempeño financiero y económico de las EPS del régimen contributivo y otros actores de la seguridad social en salud en Colombia, 1993 - 2016 de Carlos Alberto Jaimes en 2009 Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE

Síntesis del comportamiento del cumplimiento de metas ODS 2030 por departamentos.

En consonancia con lo descrito en este segmento, se puede advertir que para cada uno de los 30 indicadores comprometidos en las metas de salud dentro de los ODS, consignadas en el documento Conpes 3918 de 2018, existe una importante distancia en el cumplimiento actual para llegar a la meta en 2030, en al menos 16 de los 30 indicadores y se observa además, una diferencia entre los departamentos y regiones del país, que marca las inequidades territoriales, que se convierten en foco de priorización de acciones.

En las siguientes tablas, se aprecia la variación entre territorios, para cada uno de los indicadores organizados en grupos: materno-infantil, enfermedades infecciosas, enfermedades no transmisibles, salud mental y adicciones, lesiones de causa externa, vacunación, salud mental y coberturas de protección financiera.

especializadas, entrega de medicamentos PBS, medicamentos No PBS, servicios médicos como imagenología y laboratorio (cuadro 5). De 2014-2021 han pasado de 230.225 a 996.733, 4,3 veces de diferencia.

Gráfico 18 Número de PQRD ante la Superintendencia de Salud 2009-2021

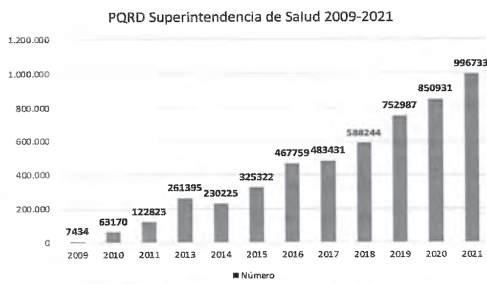


Tabla 6 Datos de PQRD ante la Superintendencia de Salud 2009-2021

Año	Número
2009	7.434
2010	63.170
2011	122.823
2013	261.395
2014	230.225
2015	325.322
2016	467.759
2017	483.431
2018	588.244
2019	752.987
2020	850.931
2021	996.733

Fuente: Base de datos de PQRD SNS años 2014 -2022 enero-agosto (descargada el 06 de octubre de 2022) y respuesta de derecho de petición de 2014 a la Superintendencia de Salud.

Tabla 7 Comportamiento PQRD desagregada por motivación de la Superintendencia de Salud 2014-2021

#	MOTIVOS ESPECÍFICOS	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021 (ENE-AGO)	TOTAL	%	
1	falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médicas	48.660	62.427	75.257	77.029	119.145	183.037	118.660	197.706	206.902	1.068.823	18,36%
2	falta de oportunidad en la entrega de medicamentos PBS	4.709	12.330	17.937	15.988	24.871	35.204	53.790	50.029	77.803	292.661	5,30%
3	falta de oportunidad en la entrega de medicamentos no PBS	4.963	11.564	25.492	25.322	34.705	48.634	67.944	48.715	23.424	290.763	5,27%
4	falta de oportunidad para la prestación de servicios de imagenología de segundo y tercer nivel	10.958	16.650	26.659	21.364	31.043	28.531	13.969	25.126	30.551	204.841	3,71%
5	demora de la autorización de exámenes de laboratorio o diagnósticos	4.578	7.349	13.873	16.132	19.316	23.104	34.920	40.550	10.637	170.457	3,09%
6	falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica general	4.968	8.637	12.149	10.453	7.974	10.063	36.530	55.115	22.012	167.891	3,04%
7	falta de oportunidad en la programación de cirugía	6.039	9.081	15.075	14.103	18.935	22.913	13.506	24.801	38.472	182.926	2,96%
8	restricción en la libre escogencia de EPS	4.923	10.569	21.666	32.017	35.157	26.927	12.502	12.319	5.382	161.681	2,92%
9	demora de la referencia o contrarreferencia	9.755	13.897	17.142	15.970	22.738	25.818	15.647	21.938	10.942	153.847	2,79%
10	no aplicación de normas, guías o protocolos de atención	7.414	9.015	13.817	12.072	9.487	10.430	24.115	24.052	26.886	137.288	2,49%
TOTAL TOP 10		106.983	161.538	239.087	248.450	323.371	394.631	591.573	596.351	451.011	2.816.977	96,9%
TOTAL GENERAL		239.225	325.322	487.759	483.431	588.244	752.987	850.931	996.733	826.138	5.521.740	100,0%

Fuente: Base de datos de PQRD SNS años 2014-2022 (descargada el 06 de octubre de 2022)

3. Situación del aseguramiento

La Superintendencia Nacional de Salud determinó que en el periodo 2010 a 2022, las EPS se han caracterizado así:

- Ninguna de las EPS vigentes ha cumplido todos los años con las reglas de margen de solvencia y patrimonio mínimo, entre otras, identificadas por el Decreto 1485 de 1994, modificado posteriormente por el Decreto 515 de 2004 y por el Decreto 780 de 2016;
- Colpatria EPS hasta su retiro voluntario fue la única EPS que en el periodo descrito cumplió con las exigencias legales. Dentro del rango de tiempo 9 EPS se retiraron voluntariamente del sistema.
- Para el año 2010 habían 73 EPS, al año 2022 funcionan 30 EPS17, 14 de ellas están a punto de iniciar un proceso de liquidación, 34 ya fueron liquidadas, 7 EPS se encuentran en vigilancia especial, 2 en programa de recuperación, 1 en intervención forzosa para proceso de liquidación y solo 6 EPS cumplen los estándares financieros exigidos por la normatividad vigente, los cuales se han bajado en el transcurso de los años, con el objetivo de que estas puedan ser cumplidas por las EPS;
- Las EPS deben 16,6 billones de pesos a las clínicas y hospitales para el año 2022, cuando para el año 2009 la deuda era de 4,1 billones, solicitando para la época declaratoria de emergencia por parte de las EPS, apoyado por el gobierno de entonces, quienes alegaban los problemas financieros y la imposibilidad de cumplir con las prestaciones de servicios, cifra que en valores de 2021 corresponderían a 6,5 billones de pesos, casi tres veces menor a las cifras actuales.

De acuerdo con algunos estudios especializados¹⁸ y las cifras reportadas para las fechas de 2008-2018, las dificultades financieras del sistema actual han emergido de:

- Mayores costos en todas las EPS. Los mayores costos en las EPS se asocian a la inclusión de nuevas tecnologías, el envejecimiento de la población y el aumento de las frecuencias de uso. Del año 2010 al año 2017 ingresaron 510 nuevas tecnologías, según el informe de Gestión de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.
- En la actualidad se encuentran cubiertas alrededor del 99% de nuevas tecnologías en salud por el sistema, ya sea por el Plan de Beneficios, presupuestos máximos (más pago de rezagos por MIPRES). Con el envejecimiento de la población ha aumentado el gasto en procedimientos (37%) y de consultas (35%). Y con ello, las frecuencias de uso.
- Menores ingresos en el régimen subsidiado. El régimen subsidiado recibe el 8% de administración de los recursos frente al 10% que reciben quienes manejan régimen contributivo. Por otro lado, no cuenta con planes complementarios, ni cuotas moderadoras y copagos, y el valor diferencial de la UPC, siendo el mismo plan de beneficios en salud.

¹⁷ Para mayor información consultar anexo 1

¹⁸ Rodríguez-Páez FG, Marulanda Restrepo JA, Pineda Céspedes JH, Pineda Ospina HS, González Borrero JI. La inviabilidad financiera de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Colombia, 2008 y 2019. Rev Gerenc Polit Salud. 2022; 21. <https://doi.org/10.11144/averianarps21.ifep>

Tabla 8 Estado de resultados EPS¹⁹ participación de los rubros más representativos en los ingresos operacionales 2019

Cuenta	RC	RS	CyS	RI	Total
Ingresos operacionales (IO)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Ingresos por UPC	71,4%	94,6%	83,2%	94,3%	81,8%
Copagos	1,0%	0,1%	0,5%	0,0%	0,6%
Cuentas moderadoras	1,7%	0,0%	0,9%	0,0%	0,9%
Planes Adicionales	3,4%	0,0%	0,1%	0,0%	1,5%
Recursos NO PBS	12,0%	2,9%	12,3%	6,3%	9,3%
Promoción y prevención	1,6%	0,1%	1,0%	0,0%	1,0%
Liberación de reservas	3,3%	1,0%	1,0%	0,0%	2,0%
Otros (Incapacidades, Ajuste x Cuenta de alto costo)	5,6%	1,2%	1,1%	-0,6%	3,0%
Gastos (Costo médico)	94,9%	98,9%	103,2%	96,3%	98,3%
Gastos	6,4%	6,7%	7,0%	9,3%	6,7%
Resultado operacional	-1,3%	-5,7%	-10,2%	-6,6%	-4,9%
Ingreso no operacional	1,8%	3,8%	3,1%	4,2%	2,8%
Gasto no operacional	0,6%	0,5%	0,3%	2,0%	0,5%
Resultado antes de impuestos	0,0%	-2,3%	-7,4%	-3,3%	-2,7%
Impuestos	0,3%	0,6%	0,2%	0,0%	0,4%
Resultado después de impuestos	-0,4%	-2,9%	-7,7%	-3,3%	-3,0%

Fuente: Rodríguez-Páez FG, Marulanda Restrepo JA, Pineda Céspedes JH, Pineda Ospina HS, González Borrero JI. La inviabilidad financiera de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Colombia, 2008 y 2019. Rev Gerenc Polit Salud. 2022; 21.

- Mayores gastos de recursos administrativos. Mayores gastos administrativos por atender población dispersa, a la cual además se le debe cubrir el transporte, la obligatoriedad de contratar al menos el 60% con ESE o con instituciones que no cuentan con todos los niveles de complejidad que no permiten economías de escala, además de ser muy variable y que simplemente hace menos eficiente los costos en salud.
- El mercado no es competitivo. A pesar de 18 decretos que han aglazado las condiciones financieras y de margen de solvencia de las EPS, el mercado no es competitivo ni sostenible, porque el Estado sigue siendo el mayor deudor de las EPS, además de no haber logrado la regulación y modulación del sistema, ya que sigue siendo errática e inconsistente, porque ha reproducido diversos vicios de la lógica privada, incumpliendo el marco teórico del pluralismo estructurado. Además, porque si bien se aceptan los errores no se han logrado dar soluciones al sistema de salud, como la disminución de intermediarios y el favorecimiento de una concentración en el mercado, como se ve en la Ley 1122 de 2007.
- Integración vertical. La integración vertical conlleva la concentración y reducción de competidores en la prestación de los servicios de salud, dejándola en manos de unos pocos y dentro de las 5 principales ciudades del país y ciertas zonas de estas ciudades. Y también, ha conllevado a prácticas de selección adversa, la búsqueda del mayor rendimiento financiero y la ampliación de atención con costos decrecientes.
- Incentivos asimétricos de la regulación. Se mantienen los servicios de salud más rentables y se cierran aquellos que no son sostenibles financieramente. Como la negociación es más competitiva y rentable conforme al tamaño y capacidad financiera de la IPS, no es posible para una pequeña IPS hacer una buena negociación con una EPS para el pago de sus servicios y está llamada a quebrar o salir del mercado del sistema de salud. Por lo que terminan siendo monopolios bilaterales, tanto de las EPS e IPS.
- Condiciones diferenciales y contradicciones. La cartera se reproduce en cadena desde las EPS a lo largo de la cadena de IPS a proveedores y afecta la solvencia y liquidez de todos los integrantes del sistema. A la vez que afecta, incrementa o encarece los costos, porque a dicha cartera se incorporan los intereses, como el tiempo de recuperación. Además de cómo negocian las glosas, donde la negociación de ellas siempre busca ser inflada, para no perder con la negociación.

¹⁹ Ibidem

En la tabla siguiente, se pueden apreciar los principales indicadores en dos cortes transversales para el año 2008 y 2019, en el cual llama la atención los indicadores de pasivos, patrimonio y resultados del ejercicio, mostrando un deterioro importante.

Ha habido un aumento de la financiación pública del sistema de salud, en aseguramiento especialmente, en pagos de tecnologías de alto costo, de tecnologías no previstas en el plan de beneficios y reconocimiento de gastos de cuidado, transporte e insumos.

Tabla 9 Principales indicadores EPS 2008-2019²⁰ (valores corrientes de cada año en millones de pesos)

	2008				
	RC	RS	CyS	RI	Total
Activo (A)	1.533.571,7	2.216.926,9	621.623,1	8.134.33,8	4.455.755,6
Pasivo (D)	1.201.804,9	1.866.691,8	571.615,8	70.709,8	3.710.818,3
Patrimonio (E)	331.766,8	350.235,1	50.007,3	12.623,0	744.937,3
Resultado del Ejercicio (R)	12.583,9	38.782,3	-9.733,4	1.611,5	43.184,4
D/A (%)	78,4	84,2	92,0	86,5	83,3
E/A (%)	21,6	15,8	8,0	15,5	16,7
C/A/R (%)	90,0	91,6	92,2	99,5	91,0
R/A (%)	0,82	1,75	-1,58	1,93	0,97
Núm. Afiliados	10.609.070	24.888.100	2.642.464	685.165	38.824.799

	2019				
	RC	RS	CyS	RI	Total
Activo (A)	9.516.699,0	3.782.072,3	8.371.934,1	1.388.292,2	21.809.094,6
Pasivo (D)	9.196.035,0	7.927.849,5	9.562.611,2	228.337,8	26.914.833,6
Patrimonio (E)	320.623,9	-4.145.777,2	-1.190.677,1	-89.508,7	-5.105.338,0
Resultado del Ejercicio (R)	-76.486,7	-454.767,4	-995.942,7	-25.515,0	-1.552.111,7
D/A (%)	96,6	209,6	114,2	166,3	123,4
E/A (%)	3,4	-109,6	-14,2	-8,3	-23,3
C/A/R (%)	94,9	98,9	103,2	96,3	98,3
R/A (%)	-0,80	-12,00	-11,90	-18,40	-7,10
Núm. Afiliados	17.064.495	9.998.089	17.378.833	1.277.192	45.718.609

Fuente: cálculos propios a partir de (28, 29, 31, 32)

Fuente: cálculos propios

El aseguramiento representa el 44,01% de recursos del presupuesto general de nación, las cotizaciones del régimen contributivo y aportes al sistema por los regímenes especiales y exceptuados es del 34,4%, sistema general de participaciones de 15,3% y Coljuegos, juntos otros ingresos 3,4% (Gráficas 20 y 21). Es decir, el Estado ha hecho un esfuerzo mancomunado para aumentar dentro del Presupuesto General de la Nación los recursos necesarios para financiar el sistema de salud, así mismo, aumentar la población cotizante del sistema, con el único objetivo de hacer sostenible el sistema financiero.

El gasto en salud corresponde al 7,6% del PIB en Colombia, que para el año 2000 solo correspondía al 5,3%. Es decir, ha subido 2,3 puntos del PIB para salud. (Gráfica 22). El repunte al 7,6% del PIB sin embargo se explica en parte por la caída del producto en la pandemia y por el mayor gasto asociado a la atención de la pandemia del Covid.

²⁰ Ibidem

Gráfico 19 Proyección ingresos 2023 (Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social)

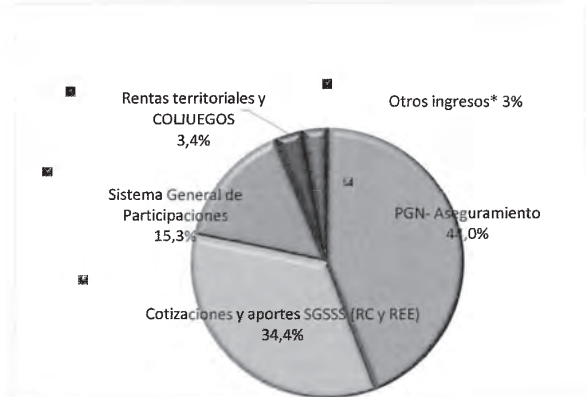
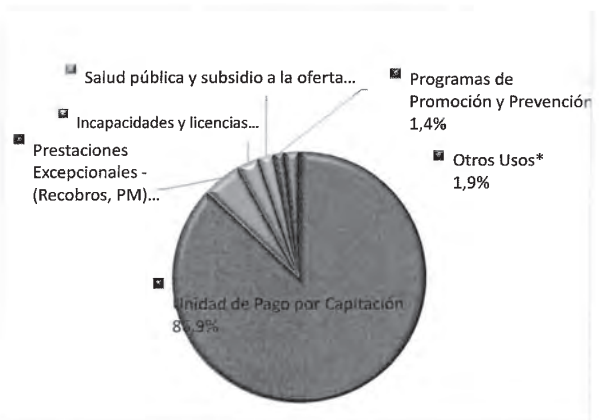
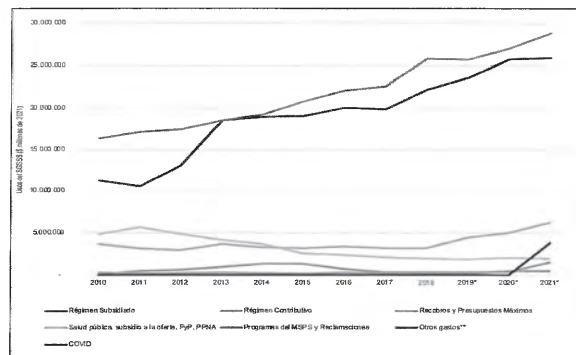


Gráfico 20 Proyección gasto en salud 2023 (Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social)



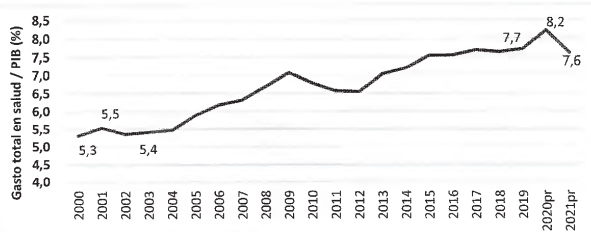
Fuente: Ministerio de Salud y protección Social 2022

Gráfico 23 Usos de los recursos del SGSSS. Millones de pesos constantes de 2021



Fuente: Ministerio de Salud y protección Social 2022

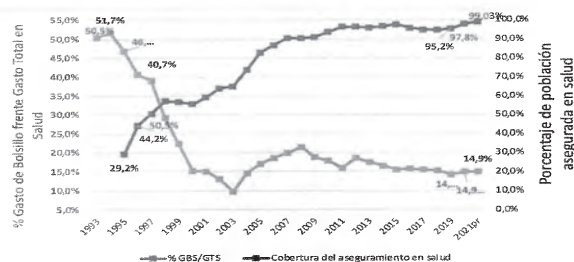
Gráfico 21 Gasto total en salud (GTS) / PIB (%)



Fuente: Ministerio de Salud y protección Social 2022

Por último, la disminución de gasto de bolsillo en salud (Gráfica 23) y el crecimiento constante de las atenciones no previstas en el plan de beneficios, que se cubre a través de recobros y presupuestos máximos (Gráfica 24), son parte del esfuerzo que se ha hecho como estrategia de política pública para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, en la dimensión individual. Dadas las presiones al alza del esfuerzo del gasto público en salud, se requiere hacer más eficiente la asignación de recursos, mediante la disminución de costos en salud fortaleciendo los modelos preventivo y predictivo de forma que se logre garantizar más años de vida saludable de la población.

Gráfico 22 Aseguramiento y Gasto de bolsillo en Salud 1995-2021



B. Enfoque del sistema de salud de la Ley 100 de 1993

El Estado de Bienestar o Estado Social desarrollado en la Constitución del '91 partió de que Colombia es un Estado Social y Democrático de Derecho, que busca garantizar la dignidad humana²¹ de la ciudadanía social²², a través de brindar el acceso y cumplimiento de los derechos fundamentales, sociales, económicos, políticos y culturales. La Carta Magna ha

²¹ Al tener como punto de vista el objeto de protección del enunciado normativo "dignidad humana", la Corte Constitucional ha identificado a lo largo de la jurisprudencia de la Corte tres lineamientos claros y diferenciables resultando principalmente de la Interpretación de la Carta:

- (i) la dignidad humana entendida como autonomía o como posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según sus características (la autonomía individual);
 - (ii) la dignidad humana entendida como ciertas condiciones materiales concretas de existencia (el bienestar);
 - (iii) la dignidad humana entendida como intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral (la intangibilidad del cuerpo del espíritu).
- De otro lado al tener como punto de vista la funcionalidad del enunciado normativo "dignidad humana", la Sala ha identificado tres lineamientos:
- (i) la dignidad humana entendida como principio fundante del ordenamiento jurídico y por tanto del Estado, y en este sentido la dignidad como valor;
 - (ii) la dignidad humana entendida como principio constitucional;
 - (iii) la dignidad humana entendida como derecho fundamental autónomo.

²² La ciudadanía social debe entenderse como el estatus de plena ciudadanía, donde la persona cuenta con derechos sociales, políticos, económicos y culturales para el desarrollo de una vida digna.

<p>en el artículo 5 del Decreto 111 de 1996, podrá recibir transferencias de la nación o entes territoriales y se deberá cumplir las reglas tributarias de los establecimientos públicos. El presupuesto, la aprobación de este, su planeación y evaluación hace parte de buscar orientar la medición de resultados a partir de la rentabilidad social. El presupuesto deberá hacerse acorde a la tipología, nivel, portafolio de servicios, proyección de servicios anuales, costo de talento humano, medicamentos, suministros y gastos que complementen la atención, acorde a los lineamientos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, que en todo caso deberán cumplir los presupuestos estándar establecidos por el Ministerio. El presupuesto se presentará ante el Consejo Directivo de la entidad en el mes de julio de cada año, que deberá contar con concepto técnico de la dirección o secretaría de salud territorial, el cual se remitirá al Ministerio de Salud y Protección Social para su aprobación, con lo anterior, se girarán los recursos a comienzo de cada año, quienes en todo caso deberán dar relación a la nómina y lo referente a ella, con el objetivo de proteger derechos laborales de las y los trabajadores. Así mismo, los planes de gestión son presentados por cada director del hospital los primeros 30 días ante el Consejo Directivo que deberá aprobar, que en todo caso de no aprobarse se tomará la versión inicialmente presentada. La evaluación del plan de gestión se presentará a más tardar el 1 de abril de cada año que será analizado por diversas instancias. Y, el régimen de contratación se registrará por el derecho privado, que en todo caso se podrá usar las cláusulas exorbitantes de contratación pública y el Ministerio de Salud y Protección Social podrá establecer compras coordinadas y/o centralizadas de medicamentos, insumos y dispositivos. (artículos 62, 63, 64, 66, 73 y 74 del proyecto de ley)</p> <p>Así mismo, los órganos de dirección y administración estarán a cargo del Consejo Directivo y el director. El Consejo Directivo estará compuesto por 5 integrantes, el secretario o director de salud o su delegado, 1 representante de los usuarios, 2 representantes profesionales y el jefe de administración local correspondiente. Los requisitos para ser director varían del nivel de complejidad de cada ISE, como se establece en el artículo 67 a 69 del proyecto de ley, que en todo caso deberán contar con formación de administración, entre otras de servicios de salud. Las ISE contarán con una mesa técnica que les permita obtener los mejores resultados dentro de las redes integradas e integrales de salud. Por otro lado, los derechos laborales de las ISE los dividen entre dos tipos de vinculación laboral, los primeros que ingresan por ser cargos de confianza, por lo tanto, son de libre nombramiento y remoción correspondientes a la conducción, orientación o directrices que serán acordes a la Ley 909 de 2004. Frente a los demás servidores públicos se entenderán del régimen especial desarrollado en el artículo 73. Así mismo, en el artículo 74 en pro de proteger y garantizar los derechos de los trabajadores de la salud se garantizará el derecho de permanencia de los servidores. Y, por último, el artículo 75 establece que el sistema de control interno se registrará por la Ley 87 de 1993 y la designación del responsable de la oficina se dará conforme a las Leyes 87 y 1474.</p> <p>Por último, entendiendo las dificultades de acceso en oportunidad para las zonas dispersas para atención básica y especializada con el soporte de fuerzas militares, de policía nacional y las Patrullas Aéreas Colombianas. Así mismo, estos hospitales itinerantes serán financiados por los Fondos Territoriales de Salud y el Fondo Nacional de Regalías, su programación será trimestral y estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>G. Capítulo VII. Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud</p> <p>Dentro de las funciones principales del sistema de salud será la construcción de redes integradas e integrales de salud, tomando lo expuesto por la Ley 1751 de 2015 en su artículo 13 y se suprimen los artículos 60, 61, 62, 63 y 64 del capítulo II de la Ley 1438 de 2011. Así mismo, para ello, se tomó lo dicho por la Corte Constitucional en la sentencia C-313 de 2014, frente a Redes Integradas e Integrales que fue desarrollado por la Corte Constitucional al relacionar lo establecido en la Ley 1751 y en la Ley 1438:</p> <p><i>"Dicho esto, resulta oportuno destacar el concepto de "redes integrales" de servicios de salud que incorpora la ley examinada, lo cual, valga decir, no puede confundirse con el de "redes integradas" (...) Por tanto, el concepto de red integral, en su comprensión semántica, aparece la idea de acceso efectivo para todos los usuarios a los servicios y tecnologías que ofrece el sistema de salud, sin las limitaciones que surgen de la idea de sistema integrado de salud, pues el fin constitucional de satisfacción del principio de integralidad de este derecho fundamental en nada se opone a su funcionamiento a través de redes integradas, teniendo en cuenta que se trata de dos figuras que no se excluyen y que, por el contrario, se complementan, partiendo de la hipótesis de que un modelo -red integral- establece la obligación en cabeza de los agentes prestadores o administradores del servicio de contar con todas las coberturas, procedimientos, insumos, tecnologías, especialidades y demás que respecto de la salud del paciente resulten menester, al tiempo que el otro modelo -red integrada- propone que los estamentos que componen la respectiva red de servicios actúen como una unidad operativa y funcional, bajo las circunstancias propias del modelo administrativo."</i></p>	<p>En el presente proyecto al revisar dicha interpretación, la acogió en su integridad para diseñar la forma en que el sistema se interrelaciona y funciona para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. Se desarrollará la entrada de cada persona al sistema de salud desde la adscripción a un Centro de Atención Primaria en Salud, la atención primaria integral y resolutive, la prestación de servicios de mediana y alta complejidad, la referencia y contrarreferencia para ello, la construcción de las redes integradas e integrales de salud en cada territorio, acceso a medicamentos y tecnologías. Porque en el fondo de eso se trata la creación de la figura de Redes Integradas e Integrales: garantizar que todas las personas tendrán acceso a servicios de salud de manera integral, entendiendo que se cuidará la vida del paciente y de su familia desde la entrada al centro, como el cuidado de pacientes paliativos o el apoyo de transporte del paciente y su familiar cuando no cuenten con los recursos suficientes para ello, tener los tratamientos médicos y la mayor interdisciplinariedad que requiere un paciente para su correcto cuidado de la vida. Saber que si un paciente requiere una atención de mayor complejidad que su centro de salud no lo pueda atender será referenciado al Instituto Sanitario más cercano y que pueda brindarle la mejor atención posible para sus necesidades. Es simplemente poner la vida en el centro y saber que el Estado tiene como prioridad cuidar la vida de cada habitante y en especial, garantizar un trato digno cuando se relacione con el sector salud.</p> <p>Cobertura del derecho fundamental a la salud</p> <p>Para acceder a cualquiera de los servicios, el ciudadano acreditará sus derechos mediante su documento de identidad. Los procesos administrativos generados por la prestación de los servicios, tales como referencia y contrarreferencia, traslados, hospitalizaciones, suministros de medicamentos e insumos, deberán realizarse en forma interinstitucional, nunca trasladados dichos trámites al paciente o a sus familiares.</p> <p>Cuando en el municipio de residencia del usuario se tenga la disponibilidad de servicios especializados, deberá ser atendido allí y no podrá remitirse a otros municipios, salvo que se demuestren serias fallencias en el servicio o problemas específicos que lo justifiquen.</p> <p>Igualmente, la red de servicios y la ruta de atención debe cumplir el principio de contigüidad, de tal modo que los pacientes no sean remitidos a servicios especializados en ciudades lejanas, cuando en las ciudades próximas a su residencia están disponibles dichos servicios especializados. Las excepciones a este principio deben demostrar serias fallencias del servicio, o condiciones particulares que la justifiquen, para decidir la remisión a una ciudad distante del municipio de residencia del afiliado.</p> <p>Para garantizar la portabilidad del derecho y la continuidad de la atención, cuando el ciudadano en tratamiento requiera trasladarse temporalmente a otro departamento o región, sin fijar residencia en la misma, por motivos relacionados con aspectos familiares o laborales, se solicitará a la Dirección Local de Salud una comunicación de solicitud de atención temporal en el municipio de destino y su correspondiente red de servicios para garantizar la continuidad de la atención en salud.</p> <p>Cuando el ciudadano haya optado por recibir servicios médicos básicos distintos de su centro de atención primaria, asignado en función de su residencia, pero requiere del Sistema servicios de mayor complejidad, deberá tramitarlos necesariamente desde el Centro de Atención Primaria.</p> <p>No se podrán establecer barreras económicas para acceder a los beneficios del Sistema de Salud tales como copagos o cuotas moderadoras, ni se podrán establecer condiciones como preexistencias o exigir períodos mínimos de cotización o de carencia.</p> <p>Se exceptúa de esta norma la utilización de tratamientos hospitalarios y especializados no ordenados por los Centros de Atención Primaria y no originados en una urgencia vital, en cuyo caso podrán cobrarse los copagos que reglamente el Ministerio de Salud. La continuidad de los tratamientos originados en una urgencia vital, deberán ser autorizados por el respectivo centro de atención primaria, el que constatará si la institución es la idónea para atender el paciente, y de no ser así la remitirá a una institución adecuada acorde a la red de la cual hace parte. Esta notificación se dará dentro de los primeros dos días hábiles para que el servicio pueda ser reconocido por los Fondos regionales y no dar origen a copagos.</p> <p>Resolución de conflictos</p> <p>La ley estatutaria 1751 de 2015 estableció la autonomía profesional como uno de los ejes centrales de la garantía del derecho a la salud, esta debe estar enmarcada en el principio de autorregulación, en ese sentido se definió el artículo 16 que estipula:</p> <p><i>"Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores"</i></p>
<p><i>de servicios de salud, utilizando criterios de razonabilidad científica, de acuerdo con el procedimiento que determine la ley".</i></p> <p>En la actualidad se ha tergiversado este mandato legal y se han generado juntas médicas a cargo de las EPS y no de los prestadores de servicios de salud, en algunas ocasiones estas se han convertido en mecanismos para negar servicios, y desconocer el concepto del médico tratante. Es necesario señalar que las juntas médicas por principio deben contar con la participación del médico tratante y tienen como función tomar las mejores decisiones colegiadas para el cuidado de la vida de los pacientes, resolver conflictos, discrepancias de diagnóstico y tratamientos con criterios éticos, autonomía profesional, autorregulación, razonabilidad y evidencia científica.</p> <p>El proyecto de reforma estructural al sistema de salud establece que si el médico tratante lo requiere podrá solicitar el concurso de una junta médica, los integrantes de la misma deberán ser escogidos en un acuerdo entre el enfermo, su familia y el médico tratante, se debe garantizar al enfermo la posibilidad de escoger el especialista o cirujano de confianza. La frecuencia de sesiones de las juntas médicas está supeditada a la gravedad de la enfermedad, de aclaración del diagnóstico, y la necesidad de información por parte del paciente y su familia.</p> <p>Conformación de redes departamentales o distritales de salud</p> <p>Las direcciones o secretarías departamentales deberán establecer las Redes Integradas e Integrales que les corresponden, incluido establecer las redes por fuera de su territorio pero que se requieran por no contar con ciertos servicios de mediana y alta complejidad dentro del territorio. El ingreso a la red integrada e integral será de manera voluntaria, deberá cumplir con los requisitos de habilitación, como con los estándares de calidad y acceso oportuno de las y los pacientes que accedan a los servicios de cada IPS.</p> <p>Todas las instituciones públicas y mixtas harán parte de la red de servicios y las instituciones privadas que lo deseen deberán adscribirse a la red departamental o distrital donde esté habilitada cada una de sus sedes. La adscripción es un proceso por el cual se compromete a no discriminar ningún paciente del Sistema que le sea remitido, como también a aceptar el tarifario único de servicios dictado por el Ministerio de Salud y Protección Social y, finalmente, tener en operación permanente un Comité Médico que analice el uso racional de procedimientos, medicamentos e insumos al interior de la institución, así como en las órdenes médicas y fórmulas tramitadas hacia el exterior, acorde a principios de economía y protocolos científicos disponibles. El Comité debe dar respuesta inicial a los interrogantes y/o observaciones presentados a la institución por la Auditoría Médica Departamental o Distrital de la RED.</p> <p>Coordinación Departamental o Distrital de la Red</p> <p>La instancia de Coordinación Departamental de la RED, estará conformada por la oficina y el equipo humano, encabezado por profesionales de salud con postgrado en áreas de administración de salud o salud pública, encargada de administrar y coordinar el Sistema de Referencia y Contra-referencia, de pacientes entre las instituciones de atención primaria y las instituciones con servicios de mediana y alta complejidad en cada departamento, más el proceso de traslado de pacientes. Deberá tener línea abierta permanente con las IPS que prestan los servicios de mediana y alta complejidad de la red en el departamento, para garantizar la atención oportuna de los afiliados. Igualmente, ofrecerá a las instituciones de la RED comunicación abierta y permanente con la Coordinación Regional para organizar las referencias a las instituciones que prestan servicios de alta complejidad en otros departamentos de la región. Los departamentos que no cuenten con profesionales con los requisitos aquí establecidos, bastará con la contratación de un médico general, que deberá contar con lo exigido por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>La Coordinación Departamental o Distrital de la RED deberá disponer de una plataforma tecnológica para garantizar la comunicación interinstitucional entre las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la red, capaz de brindar soporte 24 horas, los siete días de la semana. Así mismo, la plataforma debe contener módulos de gestión de información de los servicios de la red, que permitan agenciar debidamente cada solicitud de remisión ante las instituciones de mayor complejidad, así como el seguimiento y registro de toda referencia y contra-referencia. La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la Auditoría Médica. Debe tener la capacidad de generar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe bimestral a la Gobernación Departamental y al Ministerio de Salud y de Protección Social.</p>	<p>En Distritos y municipios de mayor tamaño las Direcciones Territoriales de Salud podrán crear una o varias oficinas de Coordinación del Sistema de referencia y contrarreferencia, en la medida del tamaño poblacional y la multiplicidad de instituciones de atención primaria, para que hagan enlace con las coordinaciones departamentales y distritales respectivas.</p> <p>Coordinación Regional de la Red</p> <p>La instancia de Coordinación Regional de la RED, está conformada por la oficina y el equipo humano, encabezado por profesionales de salud con postgrado en áreas de administración de salud o salud pública, encargada de administrar y coordinar los procesos asistenciales y administrativos de los servicios de alta complejidad.</p> <p>La Coordinación Regional de la RED deberá tener línea abierta permanente con las coordinaciones departamentales para atender los requerimientos de referencia de pacientes, así como comunicación estrecha con las direcciones médicas de las IPS que prestan los servicios de alta complejidad en la región o fuera de ella, para garantizar la atención oportuna de los afiliados.</p> <p>La Coordinación Regional de la RED deberá disponer de una plataforma tecnológica para garantizar la comunicación interinstitucional entre las diferentes Instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la red, capaz de brindar soporte 24 horas, los siete días de la semana. Así mismo, la plataforma debe contener módulos de gestión de información de los servicios de la red, que permitan agenciar debidamente cada solicitud de remisión ante las instituciones de mayor complejidad, así como el seguimiento y registro de toda referencia y contra-referencia. La plataforma debe conservar la trazabilidad de manera inmodificable, con la posibilidad de generar los respectivos soportes, ofreciendo respaldo en la información a los requerimientos de la Auditoría Médica. Debe tener la capacidad de generar reportes estadísticos y administrativos y la creación de un informe bimestral al Consejo Regional de Seguridad Social en Salud y al Ministerio de Salud y de Protección Social.</p> <p>Evaluación de la Prestación de Servicios de la RED</p> <p>Cada Coordinación Territorial de la RED debe producir un informe anual de Evaluación de la Red de Servicios, que será presentado ante la autoridad territorial, los cuerpos colegiados del respectivo territorio y el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>La evaluación de la prestación de los servicios de la red se realizará de forma periódica, pero constante, en cada región y departamento, teniendo en cuenta los siguientes atributos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conformación y desarrollo de la red y de los prestadores de servicios de salud que hacen parte de la misma. • Equidad en la distribución de la oferta a las distintas poblaciones del territorio. • Capacidad instalada de la red de servicios y adecuación de la oferta a la demanda de servicios. • Operación del Sistema de Referencia y Contrarreferencia • Evaluación periódica de la satisfacción de los usuarios a la red prestadora de servicios de salud • Evaluación de los atributos del SOGC: accesibilidad, oportunidad, pertinencia, suficiencia y continuidad, además del principio de contigüidad propio las rutas integrales de atención. • Evaluación de indicadores de Gestión, de cumplimiento e impacto de la red de prestación de servicios de salud. <p>Sistema de referencia y contra-referencia:</p> <p>Se entiende por resolver una referencia, la actividad de programar y conseguir la atención ambulatoria u hospitalaria que ha sido solicitada al paciente por el médico tratante, desde la institución remitora hacia un nivel de complejidad superior, es decir agenciar debidamente cada solicitud de remisión ante las instituciones de mayor complejidad, con la determinación de horarios y consecución del servicio solicitado, y no simplemente como el proceso administrativo de expedir una orden para una institución, que deje al paciente y la familia la responsabilidad de conseguir la atención que requiere.</p> <p>Proceso Interinstitucional. Para garantizar la accesibilidad, continuidad, integralidad, pertinencia y continuidad de la atención en salud, el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes a través de la red de servicios será un proceso interinstitucional, mediado por instancia técnicas denominadas Coordinaciones Municipales, Departamentales, Regionales y Nacional de la Red de Servicios.</p> <p>Cada Institución de salud, sin importar su naturaleza, deberá tener en funcionamiento permanente una Oficina de Referencia y contrarreferencia de pacientes. Toda solicitud de referencia y traslado de pacientes debe orientarse por estas oficinas, que deberán gestionar la consecución del servicio requerido en la institución de mayor complejidad, con el apoyo de la Coordinación Municipal, Distrital o Departamental de la Red de Servicios. Toda contra-referencia debe ser igualmente dirigida por estas Oficinas.</p>

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

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

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

H. Capítulo VIII. Modelo de Atención

El modelo de salud, como se ha repetido desde el inicio del proyecto, busca dar respuesta a las necesidades en salud de la población, desde el cuidado de la vida en la comunidad, hogar, familia y de cada persona, para garantizar el mayor número de años de vida saludable. De allí, que en este capítulo se explique el proceso de atención de salud desde la entrada al sistema por medio de la Atención Primaria Integral en Salud hasta la atención de alta complejidad o de enfermedades raras o poco frecuentes, las acciones de prevención y control de enfermedades y problemas de salud de interés en salud pública. También el pago por las prestaciones económicas y los servicios prestados por los diversos niveles de las redes integradas e integrales de salud, sean privadas, mixtas o públicas. Este capítulo guarda relación con el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

Atención Primaria en Salud

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

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

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

La Atención Primaria de Salud se hará a través de IPS mediante la identificación desde comunitaria hasta individual de la población que atienden, formulación de acciones para mejoramiento de la calidad de vida de la población que integra dicha comunidad y esta será participativa, acciones claras y específicas desde los equipos interdisciplinarios para promover calidad de vida y salud en general, como prevenir enfermedades generales, laborales y accidentes, entre otros elementos identificados para cada comunidad, también estará a cargo de la atención ambulatoria que se pueda prestar en dicho nivel, como la referenciación de aquellos procedimientos que no sean de su competencia, servicios farmacéuticos y de referenciación de tecnologías, en caso de no contar con ellas, en el marco de atención de salud, servicios de apoyo diagnóstico en otras áreas como laboratorio, atención domiciliaria y de urgencias. Así mismo, la información de cada paciente deberá estar en la historia clínica única.

Se desarrollará un plan de inversión en Centros de Atención Primaria a diez años, a fin de contar, como mínimo, con un Centro por cada 20.000 habitantes, disposición que podrá ser para una población menor o mayor, conforme a las condiciones epidemiológicas, la distribución de la población en el territorio y las necesidades en salud de la población para definir el número y localización de los centros de atención, conforme a la política que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Pago de los servicios de salud de mediana y alta complejidad

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

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

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

El Sistema Público Único e Integrado de Información en Salud SPUIIS (Gráfica N*1) contendrá:

Subsistemas Públicos Información en Salud, teniendo en cuenta los existentes en Colombia, sus funciones y relaciones y los que se crearían para fortalecer el sistema en desarrollo de la LES.

Subsistemas públicos de Información generadores de datos:

Base de Datos Única de personas registradas en el Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social (BDUA-SNSSS)

Página web del ente receptor y pagadores (Administradora de Recursos para la Salud – ADRES y fondos pagadores); deben ofrecer información sobre la población registrada actualizada, como resultado de lo reportado por las instituciones integrantes de las redes de atención. Aquí, el papel del ente receptor debe dejar de ser pasivo pues en la actualidad esta base de datos, aunque oficial y única, está operada y controlada por las EPS y solo informa cada usuario registrado en determinada EPS. La Ley que desarrolle la LES establece el registro oficial administrativo único de cada dato en una base operada directamente por el ente receptor, para tener el control de la relación administrativa de cada persona con el sistema de salud, que sirve para la identificación única, precisa y portable de cada individuo.

SISPRO: Sistema Integrado de Información de la Protección Social. Ofrece datos para facturación electrónica e Indicadores generales del gasto en atenciones en salud y:

- Información de Prestadores de Servicios con los Subsistemas;
- Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)
- Registro de Talento Humano en Salud (RETHUS)
- Sistema de Gestión Hospitalaria (SIHO)

Mi Prescripción (MIPRES), que actualmente es un aplicativo para la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios, y en la nueva ley identificaría tecnologías y servicios complementarios no existentes en el país

Registro Único de Atención Primaria (RUAP), contiene la información de cobertura poblacional para promoción de la salud y prevención de enfermedades

Consulta Masiva de Supervivencia (CMS)

Mi Vacuna (utilización del registro PAI de Bogotá en todo el territorio nacional, para consulta de todas las personas a vacunar y vacunadas.

2. Información de financiamiento con:

- Indicadores generales del gasto en atenciones en salud como Apoyo a las regiones y Empresas Sociales del Estado ESE
- Indicadores generales del gasto en salud
- Variables presupuestales de la red pública

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

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

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

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

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

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

Así mismo, se deberá contar con programas del Ministerio de Salud y Protección Social para la prevención y control de enfermedades de interés de salud pública, que deberá actuar de manera coordinada con las otras estructuras del modelo de atención. Como también se deberá contar con todas las garantías para quienes son pacientes de enfermedades raras o poco frecuentes, como su prevención, en el fomento de investigaciones y prestación de servicios para ellas. Y por último, se deberá garantizar el pago de las prestaciones económicas destinadas a proteger los ingresos de las familias en las licencias de maternidad, paternidad, así como las licencias por incapacidad laboral.

I. Capítulo IX. Sistema Público Único Integrado de Información en Salud (SPUIIS)

El nuevo sistema de salud desarrollará un sistema de información único, público, transparente, disponible en línea, que usando los últimos recursos tecnológicos de Big Data, Procesamiento Digital de Imágenes, cadena de bloques y demás recursos para Inteligencia Artificial, que permita recuperar el máximo de información económica, clínica, científica, tecnológica, técnica y administrativa, desde los orígenes del sistema de salud vigente, para preservar recursos económicos y epidemiológicos, así como tener los elementos empíricos oportunos para la toma de decisiones en política pública, y que en sí mismo sea un instrumento de soporte a la justicia para sancionar la corrupción y evitarla en el sector salud, conforme al artículo 17 de la Ley 1751 de 2015. Para ello, se crea este capítulo, el cual va desde el artículo 106 al 108 del proyecto de ley, para su definición, características generales, identificación de medicamentos y el soporte para las Redes Integradas e Integrales de Salud, para así garantizar la atención oportuna y de calidad de todo aquello que lo requiera en tiempo real.

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

- Recaudos al sistema de seguridad social integral y parafiscables
- El Valor de la compensación, existente hoy en día, se cambiará por el de Proyección de costos por servicios prestados; se emitirá anualmente a cada institución de todas las redes del Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social con base en la información del costo de su actividad del año anterior

3. Información actualizada sobre:

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

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

5. Gestión del conocimiento con:

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

Entre otros sistemas, que se consideren de especial relevancia para el funcionamiento del sistema de salud. Actualmente SISPRO, sistema de información principal de salud del Estado de donde derivan otros subsistemas, muestra avances, pero persisten deficiencias en validación de datos, interoperatividad con los demás subsistemas y en el análisis de resultados en salud. La Ley ordenará exactitud, integridad, consistencia y pertinencia de los datos en todos los subsistemas, así como la obligatoriedad de los mecanismos de validación y análisis periódico de resultados en salud. Debe garantizar la transparencia y el acceso universal al microdato en todos los subsistemas. Así mismo, deberá tener en cuenta los siguientes sistemas de información del sector, que son relevantes para la toma de decisiones en política pública:

- Instituto Nacional de Salud (INS) y su programa SIVIGILA,
- Plan ampliado de inmunización (PAI) y Vacunación Covid-19:
- MedCol-STAT
- POS Pópuli
- Otras

Existen solo páginas de contacto de cada una de ellas para sus usuarios, pero ninguna para "información sobre componentes individuales, demográficos, determinantes de salud, genéticos y clínicos, que incluyen diagnósticos con sus ayudas y resultados, procesos de intervención terapéutica, rehabilitadora y de paliación, incluyendo administrativos y contables" pues cada EPS tiene su propio modelo de digitalización, aun cuando el Estado cuenta con más de 42 sistemas de información propios. Esto genera información no centralizada y totalmente fragmentada que se maneja como propiedad privada. Qué al cambiar el sistema de información, como el dueño de ella, garantizará que se pueda establecer un per cápita más transparente para la sociedad en general, entendiendo la gestión del riesgo financiero, en salud y operativa que debe asumir el sistema de salud y las instituciones que la integran.

J. Capítulo X. Participación Ciudadana y Social

El sistema de salud de la ley 100 afectó de manera muy significativa a los usuarios del sistema que resultan siendo los más perjudicados. Largas listas de espera para una cita con los especialistas, esperas injustificadas para el ingreso al sistema de atención a través de call center que nunca contestan, largas filas para acceder a una cita con el médico general, largas filas para la entrega de medicamentos, y los mecanismos de participación ciudadana fueron completamente desechados por el sistema. El Consejo Nacional de Seguridad Social en salud contemplado en la ley 100 de 1993 se fue marchitando hasta desaparecer. Entonces el primer problema que hay que resolver es la dignificación de los pacientes/ciudadanos que deben recibir una atención digna y eficiente.

Fue esta situación lo que disparó el uso de la Acción de Tutela que en el año 2019 llegó a las 223.000 de acuerdo con la Defensoría del Pueblo y el crecimiento hasta llegar a un promedio de más de un millón de Peticiones, quejas y reclamos que se presentan por los ciudadanos ante la Superintendencia de salud en lo corrido de 2022, como se ha visto en el

capítulo segundo de la presente exposición de motivos, los datos han ido en incremento, desde que se cuenta con el registro entregado por la Superintendencia de Salud.

El punto de Partida debe ser entonces el artículo 12 de la Ley Estatutaria que quiso enmendar el maltrato y la violación permanente del Derecho Fundamental a la salud, pero que en la práctica ha sido burlado. Allí se establece que la "participación en las decisiones del sistema de salud. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan."

El proyecto de reforma adopta unos mecanismos de participación que materializan estos derechos y que se encuentran en las instancias máximas del sistema.

Las dimensiones de la Participación Ciudadana en el Sistema de Salud

Estas dimensiones deben estar acordes con el ordenamiento constitucional artículos 2, 3, 40 y 103 de la Constitución Política y con el artículo 12 de la ley estatutaria 1751/2015. Son dos los ámbitos de la participación (1) debe garantizar la autonomía en la toma de decisiones del paciente, (2) Participación en las decisiones del sistema de salud. El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que les afectan o interesan.

La autonomía en la toma de decisiones por parte del paciente

Deberá prevalecer la toma de decisiones de la persona sobre su salud, por lo cual el Sistema General de Seguridad Social en salud definirá las estrategias e instrumentos para evitar la vulneración de los derechos en la autonomía de los sujetos, frente a las decisiones sobre su cuerpo y salud, ante la necesidad de tratamientos, procedimientos o tecnologías en salud, sobre la cual se pueda predicar la objeción de conciencia del médico tratante.

Participación en la definición de las políticas públicas en salud

Es la participación efectiva de las personas y las comunidades en las decisiones, en la gestión y en la vigilancia y control, en los establecimientos de salud y en las instancias de formulación, implementación y evaluación de los planes y políticas públicas relacionadas con la salud de la población.

Al tenor del artículo 12 de la Ley Estatutaria de Salud este derecho incluye:

1. Participar en la formulación de las políticas de salud, así como en los planes para su implementación;
2. Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del sistema;
3. Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos;
4. Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías;
5. Participar en la definición de las prioridades de salud;
6. Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimiento de salud;
7. Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud.

Al examinar este listado que la Ley 1751 estableció para garantizar el derecho a la participación como parte del derecho fundamental a la salud, la Corte Constitucional lo encuentra adecuado a la Constitución, pero señala que es un listado enunciativo y no taxativo, es decir, que no agota los espacios de la participación, se pueden generar otros espacios de participación como parte del derecho fundamental a la salud. (Sentencia C313/2014).

Los ámbitos de la participación en el proyecto de reforma estructural al sistema de salud

La participación ciudadana en la dirección del Sistema Nacional de Salud:

La dirección del Sistema de Salud en el ámbito nacional será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social y por el Consejo Nacional de Salud. En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por las autoridades territoriales respectivas y su correspondiente órgano de dirección en salud, encargadas de administrar los fondos territoriales de salud que ejercerán la función de Autoridad Sanitaria en el territorio correspondiente, en armonía con los respectivos Consejos Territoriales de Salud.

Consejo Nacional de Salud

El Consejo Nacional de Salud es una instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social con autonomía decisoria quien tendrá a cargo la concertación de iniciativas en materia de políticas

públicas de salud, llevar iniciativas normativas, evaluar el sistema de salud y generar informes periódicos sobre el desenvolvimiento del mismo.

Composición del Consejo Nacional de Salud

El Consejo Nacional de Salud estaría conformado por 40 miembros de los cuales cinco (5) serían del gobierno nacional: El ministro de salud y protección social quien lo presidiría; el ministro de Hacienda; el ministro del trabajo; el ministro de Medio Ambiente y Desarrollo Sostenible y el Director Nacional de Planeación. Tres representantes de las secretarías o direcciones territoriales de Salud. 29 representantes de la sociedad civil. Igualmente se prevé la representación de dos delegados de los CAPIRS. El Superintendente de Salud y el director del Adres quienes asistirán con voz, pero sin voto.

Funciones del Consejo Nacional de Salud

1. Proponer al ministerio de Salud y protección social las políticas públicas nacionales en salud, en especial, la salud pública;
2. Proponer políticas frente a los determinantes sociales de la salud que el ministerio de Salud deberá tramitar ante las instancias del gobierno respectivas (agua potable, medio ambiente, alimentación, etc.);
3. Llevar iniciativas en materia de reglamentación del sistema de salud para consideración del ministerio de Salud y Protección Social;
4. Velar por el buen funcionamiento del sistema de salud y por el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector de la salud;
5. Presentar semestralmente un informe de las actuaciones y gestiones del Consejo Nacional de Salud ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara de representantes;
6. Adoptar su propio reglamento.

Los Consejos Territoriales asumirán estas funciones en el ámbito de su territorio.

Consejos Regionales de Salud

Se establecerán Consejos Regionales de Salud conformados por departamentos y Distritos. El Consejo Regional de Salud cuya composición sería tripartita: un tercio serían delegados del gobierno nacional, departamentales y distritales; un tercio delegados de los trabajadores y un tercio de los empresarios. Este Consejo Regional tendrá funciones muy importantes pues sería el que contraría con las redes integrales e integradas de salud.

Otros ámbitos de Participación Ciudadana y Social

En cada Centro de Atención Primaria en salud se conformará un Consejo de Participación y Seguimiento de la operación de los Centros de Atención Primaria en Salud, conformado por siete miembros de los cuales cuatro (4) serán designados por las organizaciones sociales del territorio que cubre el Centro y 2 por el personal de la salud que labore en el Centro. Presidirá dicho Consejo el director o secretario de salud del municipio o su delegado.

No habrá ubicación de fondos sino recursos asignados con una composición estándar para cada Centro de Atención Primaria Resolutiva en salud. Los espacios de participación social y ciudadana definidos en las leyes 10 de 1990, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, así como en las leyes 134 de 1994 y 1757 de 2015.

K. Capítulo XI. Inspección, vigilancia y control

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

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

Fuente: delegada de procesos administrativos. SNS.

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

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

Fuente: delegada de procesos administrativos. SNS.

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

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

En este capítulo, desarrollado en el capítulo XI del proyecto de ley dentro de los artículos 114 al 125 las funciones de la Superintendencia de Salud, los alcances de la inspección, la vigilancia y el control, el sistema de inspección, vigilancia y control, los ejes del sistema de inspección, vigilancia y control, conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud, los objetivos de la Superintendencia de Salud, funciones y facultades de la Superintendencia de Salud, estrategias para acceso expedito a los servicios de salud, principio de celeridad en el sistema de quejas y reclamos, nombramiento del Superintendente Nacional de Salud y desestimación de personalidad jurídica para la recuperación de recursos de la salud.

En la propuesta que se hace la Superintendencia de Salud debe ser un organismo desconcentrado con un poder de actuación efectivo en los territorios, con una estructura nacional, que tiene como principal objetivo vigilar el cumplimiento del derecho fundamental a la salud y tomar las medidas correspondientes para su garantía, por parte de los diversos actores que integran el sistema de salud, donde siempre las acciones de la Superintendencia deben ser tendientes a cumplir con el principio de celeridad dentro del sistema de peticiones, quejas y reclamos, más cuando está en juego la vida digna de cualquier persona, en el que podrán aplicar medidas cautelares para la atención prioritaria requerida dentro de las 72 horas siguientes a la presentación de cualquiera de estas. Así mismo, el Superintendente de Salud será nombrado por el señor Presidente de la República.

Se deberá entender que la inspección trata del seguimiento, monitoreo y evaluación del sistema de salud sobre el manejo de los recursos, la situación jurídica de cada entidad e institución pública, mixta o privada, situación financiera, técnica-científica, administrativa y económica sobre las entidades bajo su vigilancia. Así mismo, la vigilancia debe ser entendida como las acciones de advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque los actores vigilados cumplan con las normas previstas, que buscan garantizar el derecho fundamental a la salud. Y, control, será entendido como la acción de ordenar correctivos tendientes a mejorar la prestación y garantía del derecho fundamental a la salud. Así mismo, el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de que trata la presente ley, no solo trata de las normas aquí establecidas, sino de todas que no son contrarias a lo aquí establecido, que estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, salvo las facultades asignadas al Instituto Nacional de Salud e INVIMA.

Por otro lado, a la Superintendencia Nacional de Salud se le estipula ejes, objetivos y funciones para el correcto funcionamiento del sistema, como el derecho de establecer, a la luz del Código Contencioso Administrativo, los procedimientos tendientes a garantizar el debido proceso y la igualdad de los procesados dentro del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control. Como ejes del sistema para su inspección, vigilancia y control se establecieron: financiamiento, prestación de servicios de atención en salud pública, que incluye a todos los actores que intervengan en la garantía del derecho fundamental a la salud, atención al usuario y participación social, acciones y medidas especiales de intervención forzosa administrativa o de liquidación frente a los actores vigilados, como a intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales que no cumplan con su deber constitucional, legal y normativo, también tendrán las mismas funciones frente a la información del sistema y la garantía de equidad en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, conforme lo estipula la ley.

Los objetivos del sistema de salud son fijar las políticas de inspección, vigilancia y control del sistema de salud, como hacerlas cumplir, las fijadas por la ley como por las normativas, exigir el cumplimiento de los elementos y principios del derecho fundamental a la salud, proteger los derechos de los usuarios, promover la participación ciudadana, rendir cuentas sobre su labor anualmente, velar por la autonomía profesional y ética de los profesionales de la salud, velar por la eficiencia de los recursos de la salud y evitar que se produzca abuso de la posición dominante de cualquier actor del sistema.

Y, las funciones principales, además de las que ya establece la ley y no son contrarias a estas, como aquellas que hagan parte del desarrollo normativo posterior, serán adelantar inspección, vigilancia y control de: ADRES, todos los fondos públicos de salud, de orden nacional, regional y territorial; de las direcciones o secretarías territoriales; establecer los procedimientos que se rijan conforme al Código Contencioso Administrativo; introducir mecanismos de autorregulación y soluciones alternativas a los conflictos; ejercer competencia preferente frente a lo que se refiere al sector salud aquí descrito; sancionar en lo que le compete y denunciar ante los órganos competentes aquello que verse sobre sus competencias; velar por el cumplimiento de los principios, elementos y criterios de equidad que cobijan el derecho fundamental a la salud; que las Instituciones Prestadoras de Salud cuenten con Código de Conducta y de buen gobierno; brindar garantías de progresividad del derecho; desarrollar procesos de desconcentración para el correcto funcionamiento de la entidad y la garantía del derecho fundamental a la salud; mejorar y desarrollar un sistema eficiente de resolución de peticiones, quejas y reclamos; rendir informe anual al Consejo Nacional de Salud; conservar autonomía técnica frente a sus funciones; y velar porque los actores actúen correctamente desde acciones preventivas y resolutivas.

Se estableció que la Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora de oficio o por petición de parte, por los conflictos que versen entre los prestadores del servicio y los usuarios, que no permita el correcto cumplimiento del derecho fundamental a la salud, como que estos acuerdos tendrán efecto de cosa juzgada y el acta podrá prestar mérito ejecutivo. Así mismo, tendrá funciones jurisdiccionales frente a la cobertura de procedimientos, actividades e intervenciones de salud cuando la negativa de las IPS ponga en riesgo la vida de cualquier paciente y frente a conflictos de la libre elección que suscite entre la IPS y el usuario, y la movilidad dentro del sistema. Así mismo, es deber del acceso al servicio de salud, en caso de que se deba acudir a la Superintendencia de Salud o a la Rama Judicial, es deber de la Superintendencia contar con: compilación anual y actualizada de la jurisprudencia en materia de salud, fortalecimiento institucional en sus funciones de resolución de conflictos, controversias y acceso al servicio; cualificación de los operadores de justicia; y propender por garantías institucionales de acceso a la información. Así mismo, dentro del artículo 130 del proyecto de ley se establece la posibilidad de solicitar la liquidación de la personalidad jurídica para la recuperación de los recursos en salud.

L. Capítulo XII. Política Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación en Salud

Dentro del presente capítulo, se desarrolló el artículo 126 del proyecto de ley, que busca establecer una planificación para cada cuatrienio de gobierno nacional, que garantice recursos del sistema de salud para inversiones en temas estratégicos

especial protección como son: i. niños, niñas y adolescentes⁵⁹, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad; entre otros aspectos.

En la reforma que se propone, las citadas conductas y todas aquellas que pongan en riesgo el derecho a la salud, deben estar sujetas tanto al régimen disciplinario y sancionatorio, como al derecho penal, toda vez se afecta un derecho fundamental de especial protección por parte del Estado.

Estos artículos se establecen en desarrollo del mandato del parágrafo del artículo 14 de la Ley Estatutaria en Salud que establece: "En los casos de negación de los servicios que comprenden el derecho fundamental a la salud con independencia a sus circunstancias, el Congreso de la República definirá mediante ley las sanciones penales y disciplinarias, tanto de los Representantes Legales de las entidades a cargo de la prestación del servicio como de las demás personas que contribuyeron a la misma."

Capítulo XVIII. Disposiciones finales, transitorias y de evolución del Sistema de Salud

Para terminar, con el objetivo de ser un proyecto garantista, que cumple con los requisitos y necesidades de toda la población colombiana, la transición y evolución está centrada en la garantía del derecho a la salud donde el cuidado de la vida digna, de la salud de cada persona, familia, el hogar y la comunidad sea el centro de ella. Este capítulo tratará sobre la consulta previa con las comunidades indígenas, con el fin de consultarles los cambios y la reorganización del sistema que afecte directamente a las comunidades. Para ello el proyecto confiere facultades extraordinarias al presidente de la República por un periodo de seis (6) meses para que mediante un proceso de consulta previa con las autoridades tradicionales de los pueblos indígenas se establezca el modelo intercultural de salud que se implementará en las comunidades indígenas. Así mismo, se deja por fuera los regímenes exceptuados y especiales del sistema de seguridad social en salud, ya que seguirán operando sus regímenes especiales.

Los servicios de medicina prepagada y seguros privados seguirán funcionando conforme a las normas que los rigen, los afiliados no tendrán prelación alguna frente al sistema de salud y los derechos que adquieren, en cumplimiento del principio de igualdad.

Se establece la transición y evolución correspondiente para las Empresas Sociales del Estado en Salud hacia Instituciones de Salud Estatales, donde se destaca que se registró de manera inmediata los regímenes jurídicos, como las causales para ser removido el director del presente proyecto de ley, en su capítulo VI. Para lo demás, se definen tiempos y reglas para la transición:

El régimen de transición del sistema de seguridad social en salud hacia el nuevo sistema de salud se hará en forma progresiva y sin generar traumatismo alguno a las personas. En la parte IV de este documento se hace una explicación detallada del régimen de transición y evolución.

Para finalizar, la transición contará con facultades extraordinarias para el gobierno nacional por 6 meses desde el momento de entrada de vigencia de la presente ley:

1. Expedir las disposiciones laborales necesarias, tanto para el sector privado como público.
2. Dictar las disposiciones laborales de los servidores públicos del sector salud. Entre dichas disposiciones se deben encontrar las necesarias para el nombramiento de los directores de las ISE.
3. Reorganizar las instituciones de salud de orden nacional, ya sea por norma orgánica, entre otras acciones, con el fin de implementar la presente ley.
4. Modificar y complementar las normas de salud pública.
5. Dictar las disposiciones de reserva de ley y que garanticen un proceso de transición progresivo y ordenado, garante del derecho fundamental a la salud.

⁵⁹ Sentencia C 313/14. Interés superior del menor. Características: "El interés superior del menor, se caracteriza por ser: (1) real, en cuanto se relaciona con las particulares necesidades del menor y con sus especiales aptitudes físicas y psicológicas; (2) independiente del criterio arbitrario de los demás y, por tanto, su existencia y protección no dependen de la voluntad o capricho de los padres, en tanto se trata de intereses jurídicamente autónomos; (3) un concepto relacional, pues la garantía de su protección se practica frente a la existencia de intereses en conflicto cuyo ejercicio de ponderación debe ser guiado por la protección de los derechos del menor; (4) la garantía de un interés jurídico supremo consistente en el desarrollo integral y sano de la personalidad del menor."

IV. ECONOMÍA DE LA REFORMA, RÉGIMEN DE TRANSICIÓN Y EVOLUCIÓN

A partir del articulado del proyecto de ley se requiere hacer dos precisiones. De una parte, considerar la sostenibilidad del Sistema de Salud que se adopta. Para abordar la sostenibilidad financiera del Sistema se efectuaron las simulaciones y proyecciones financieras respectivas.

Sin embargo, un nuevo Sistema de Salud que construye sobre lo construido *hereda* desde el punto de vista financiero y con probable impacto fiscal, un conjunto de problemáticas asociadas a los desbalances que se vienen generando a la fecha. Por tal motivo, se efectúa un análisis riguroso de las condiciones de partida del proceso de reforma, en especial subrayando la evolución de los principales indicadores de las EPS en el periodo 2018-2022, las deudas que se han venido generando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, evaluando los riesgos de sostenibilidad del mismo, el impacto en la gestión de riesgo en salud y el tamaño de las poblaciones asociadas a riesgo de desprotección bajo las actuales reglas del SGSSS, e identificando el deterioro progresivo de indicadores de permanencia de las EPS (Ver anexo 3. "La Reforma al Sistema de Salud: un desafío de todos").

En este panorama se subrayan los grupos de riesgo en que se clasifican las EPS y sus impactos asociados en términos de deudas que son liquidadas al sistema por ser insolutas, así como las deudas acumuladas en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, haciendo especial inflexión en las de naturaleza pública (ESE) a corte de septiembre de 2022. La tendencia al deterioro de la cartera y los pasivos de instituciones prestadoras de servicios de salud es creciente y afecta a las ESE, así como a los prestadores privados y mixtos, alcanzando cifras significativas.

De esta forma se puede concluir que existen dos escenarios financieros. Uno que corresponde a la situación actual del SGSSS que está evidenciando profundas problemáticas de un sector de EPS a la vez que de los prestadores de servicios de salud públicos, mixtos y privados. Situación de crisis que la propuesta de reforma no puede desconocer y que debe considerarse como parte del análisis de la transición del Sistema actual al Sistema de Salud que se propone regular el Proyecto de Ley.

El segundo escenario es el de la sostenibilidad del nuevo Sistema de Salud. A su vez, deben diferenciarse dos aspectos. Algunos de los costos de la nueva reforma deberían asumirse necesariamente, como parte de la política gubernamental y de las necesidades de salud de la población. Ejemplo de ello es aplicar recursos de inversión en hospitales públicos, dado el nivel de 1,7 camas por 1000 habitantes (Ferrari, 2023), o realizar la laborización y formalización de contratistas que ejercen funciones permanentes y misionales en las instituciones de salud del Estado como parte del mandato de la Ley Estatutaria de la Salud y del Plan de Desarrollo del actual Gobierno y en cumplimiento de mandatos jurisprudenciales y legales. Igualmente será necesario fortalecer la Nueva EPS con recursos de capital para que pueda amortiguar los impactos de la población que queda sin protección a partir de la eventual liquidación de EPS que pueden liberar una población que oscila entre 7,5 y 11,5 millones de personas. Algo parecido puede afirmarse del fortalecimiento del Talento Humano en Salud en desarrollo de competencias laborales. En este último caso el Plan Nacional de Desarrollo "Colombia potencia de la Vida" prevé en su artículo 78 el marco jurídico para enfrentar las necesidades de capitalización de la Nueva EPS, lo cual, en rigor, por ende, no debe entenderse como atribuible a la reforma.

El segundo aspecto es lo estrictamente atribuible a la reforma. Ello corresponde al Modelo de Atención que propone basada en el primer nivel de atención en salud, en particular en la estructuración de los Centros de Atención Primaria en Salud, así como en la adecuación institucional, principalmente de la Administradora de Recursos para Salud ADRES.

Algunas líneas son grises, en cuanto tocan con la reforma o con un escenario sin reforma, como lo pueden ser el Sistema Único de Información en Salud, que en cualquiera de los dos escenarios es imprescindible desarrollar.

Bajo estas condiciones se ha realizado un estudio económico que forma parte integrante de la exposición de motivos y se anexa a la misma, titulado "La Reforma al Sistema de Salud: un desafío de todos" (Anexo 3).

En este documento, se analiza la base actual, para proceder a analizar los costos implicados en el Sistema de Salud que propone el proyecto de ley, hechos los escenarios y salvedades ya realizadas. Se encuentra, por tanto, el estado actual y los costos de los trabajadores en el sector y formalización del Talento Humano en Salud, el costo asociado al Plan Nacional de Formación de Talento Humano en Salud, las estrategias para la asignación de los recursos: en términos de control de costos, mecanismos anticorrupción e incentivos; la inversión que exige el Sistema Único de Información en Salud; los costos de desconcentración de la ADRES; los costos asociados al modelo de atención primaria en salud, por sus diversos conceptos. Finalmente, se efectúan las proyecciones de fuentes y usos propuestos por la reforma, el saneamiento de deudas y la capitalización proyectada para la Nueva EPS.

Por último, se derogan todas las disposiciones que sean contrarias a la presente ley, en especial, el libro segundo y los artículos pertinentes de libro tercero de la Ley 100 de 1993 y las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011. Salvo los artículos que explícitamente no hayan sido derogados, como el Decreto 1295 de 1994 y los aspectos que le sean contrarios de la Ley 1562 de 2012.

Para efectos de contar con una seguridad jurídica plena, los artículos que modifican destinación de recursos del Sistema General de Participaciones, exigirán votación calificada, por entenderse como disposiciones de carácter orgánico. Es de advertir que estas disposiciones no afectan la distribución de competencias y recursos.

Uno de los aspectos claves desde el punto de vista de seguridad, control de riesgo de las personas, garantía de la atención en salud, se relaciona con la manera como se hará sostenible la transición y cuales son sus principios orientadores. Por ende, a continuación, se definen los elementos fundamentales del plan de transición cuyo objetivo es garantizar la continuidad de la atención de las personas asegurando un flujo adecuado de recursos a los prestadores de servicios de salud:

- 1) Elementos y principios orientadores de la transición
- 2) Ejes de la transición: rectoría y gobernanza, administrativo, prestación de servicios, participación vinculante y normativo
- 3) Estimación de costos de la reforma
- 4) Gestión del Plan de Transición

1) Elementos y Principios orientadores para la Transición del Sistema de Salud

El proceso de transición ha definido como elementos y principios orientadores los contenidos en el artículo 6 de la ley 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Para la primera etapa de la transición se han priorizado los que se encuentran subrayados en el listado definido por la ley estatutaria y que se describen a continuación:

- **Elementos:**
Accesibilidad, Disponibilidad, Aceptabilidad, Calidad e idoneidad profesional
- **Principios:**
Universalidad, Equidad, Continuidad, Oportunidad, Progresividad del derecho, Pro homine, Prevalencia de derechos, Libre elección, Sostenibilidad, Solidaridad, Eficiencia, Interculturalidad, Protección a los pueblos indígenas, Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras

Estos elementos y principios orientarán las dimensiones fundamentales del proceso de transición que se describen a continuación:

Garantía y continuidad del derecho fundamental a la salud. El proceso de transición se construye sobre el avance y reconocimiento de los aspectos positivos obtenidos por el sistema General de Seguridad Social en Salud en los últimos treinta años, donde se elabora el enfoque del derecho fundamental a la salud como pilar de la prestación del servicio público esencial de la salud.

El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la vigencia de la presente ley. El principio de interpretación y fundamento de la transición es que no podrá haber personas sin protección de su salud, sin afiliación, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria Integral y Resolutivos de Salud bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, a fin de garantizar sin interrupción alguna la prestación del servicio público esencial de salud y el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

De esta forma, la primera garantía de protección en la transición y más allá, se dirigirá a los pacientes en estado crítico, a los que se encuentren en cuidados permanentes, en tratamientos de enfermedades que no puedan ser interrumpidos o cuya interrupción sea riesgosa, garantizando que continúen con sus prestadores de servicios de salud y el suministro de medicamentos, sin límite de tiempo, mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud y sin que ello conlleve riesgo alguno.

En general para todas las personas, cada aspecto de la transición está planificado para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. En particular, durante la transición se observarán los siguientes criterios: 1) El proceso de transición será gradual, dimensionando la escala de operación del nuevo Sistema de Salud dado que exigirá la creación de nuevas condiciones técnicas, institucionales y financieras. 2) El proceso de transición exige los aprestamientos para

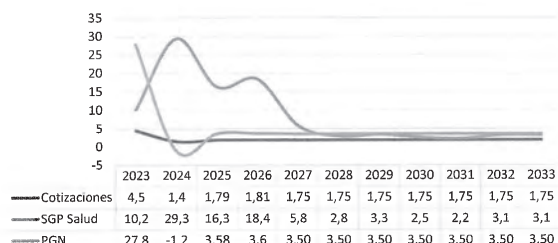
<p>que los Administradores de Planes de Beneficios dispongan de las bases de datos e información requeridos por el nuevo Sistema de Salud y se garantice la entrega de la misma. 3) Las redes de prestación de servicios de salud que prestan servicios en cada territorio, se planifican y articulan progresivamente al nuevo Sistema de Salud.</p> <p>Coexistencia transitoria de las EPS con el nuevo Sistema de Salud. Una vez se expida la Ley del nuevo Sistema de Salud, no habrá autorización de ingreso al Sistema de Salud de nuevas EPS. Van a coexistir las EPS que mantengan el cumplimiento de los requisitos exigidos y que se encuentren en el mercado a la fecha de expedición de la Ley contentiva de la reforma, y el nuevo Sistema, por el tiempo que sea necesario para garantizar la atención de los usuarios.</p> <p>Se adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios para avanzar en el proceso de armonización de su operación con la territorialización que prevé el nuevo Sistema de Salud.</p> <p>Los siguientes criterios contribuirán a que se armonice la actuación de las EPS con el nuevo Sistema de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para un mismo hogar todos los miembros deberán estar afiliados en una misma EPS. • En los territorios donde haya una sola EPS esta asumirá el aseguramiento de la población en el mismo • En los territorios donde no haya EPS, la Nueva EPS, asumirá el aseguramiento. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS podrá asumir los afiliados de EPS liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados. Igualmente, en forma subsidiaria lo podrán hacer las demás EPS con capacidad de hacerlo. La Nueva EPS gradualmente, contratará y adscribirá esa población a los Centros de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud -CAPIRS, en las subregiones o municipios priorizados para la implementación del nuevo Sistema de Salud. <p>De esta forma, podrán coexistir las EPS y el nuevo Sistema de Salud, en los diferentes departamentos, lo cual implicará la generación de reglas de funcionamiento que se prevean, con el fin de alinear los incentivos y objetivos con el nuevo Sistema de Salud. Esto implicará la adopción de nuevas regulaciones, entre las cuales se subraya, que ninguna EPS que cumpla los requisitos podrá abandonar los afiliados y el servicio de salud que en todo caso funcionará bajo las reglas del SGSSS hasta cuando sea necesario, hasta que no se haga una entrega ordenada de los afiliados al nuevo modelo; los pagos a los proveedores de servicios de salud deberán ser regulares; la inspección, vigilancia y control tendrá unas reglas específicas para garantizar las condiciones esenciales del servicio público esencial a la salud; habrán incentivos precisos para que en la transición las EPS converjan hacia los fines del modelo de atención en salud que propugna el nuevo Sistema de Salud.</p> <p>Se prevé un enfoque de transición, pero también de evolución, basado en la idea central de que las EPS transformen una o varias de sus áreas de negocio, en las cuales puedan tener oportunidad de vender servicios al nuevo Sistema de Salud. Las clínicas, hospitales y Centros de Atención Básicos de las EPS que tienen integración vertical, se escindirán conforme a la reglamentación que sobre el particular adopte el Ministerio de Salud y Protección Social, en el proceso de evolución previsto en la marcha hacia el nuevo Sistema de Salud.</p> <p>Durante el proceso de evolución, se pondrá en evidencia las bondades frente a los usuarios, sus costos, su administración y gestión, tanto de las reglas del anterior SGSSS como del nuevo Sistema de Salud.</p> <p>Cobertura para poblaciones sin afiliación en la transición. Entre los aproximados arriba de diez (10) millones de afiliados que están cubiertos por las EPS en alto riesgo o en mediano riesgo, según los indicadores financieros exigidos legalmente (Ver documento anexo: "La Reforma al Sistema de Salud: un desafío de todos"), cuyas eventuales tendencias pueden ser las de su liquidación por su inviabilidad financiera, serán reasignados en primera instancia a la Nueva EPS (la cual tendrá que ser capitalizada por cuanto es la opción más viable) o a las EPS que en la Región respectiva estén en capacidad de afiliarlos y de asegurarlos, observando las reglas ya mencionadas</p> <p>La Nueva EPS va a facilitar la implementación del nuevo Sistema de Salud en forma paralela y complementaria a la creación y organización de los CAPIRS, sin perjuicio, como se ha dicho de otras EPS que concurren. Va a convertirse en un vehículo esencial para cubrir los riesgos de la garantía del derecho fundamental a la salud y su goce efectivo, de la población territorializada descubierta de las EPS liquidadas o cuando no exista en cualquier caso cobertura de protección y de los CAPIRS aún en proceso de configuración.</p>	<p>Desarrollo paralelo y progresivo del nuevo Sistema de Salud. Las EPS que a la fecha de vigencia de la Ley no estén en proceso de liquidación, acordarán con base en las disposiciones que al efecto se establezcan, las reglas para la entrega de la población afiliada al nuevo aseguramiento social en salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de forma que, en ningún caso, esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud.</p> <p>Los CAPIRS, la organización de las redes integradas e integrales con la activa planificación de las mismas por parte de las direcciones seccionales de salud, así como los procesos de readequación institucional exigidos por la reforma, se estructurarán con arreglo a un plan por etapas, de manera ordenada.</p> <p>Conforme a este Plan de implementación progresiva, que abordará la mayor parte de los municipios del país y algunos pilotos en ciudades intermedias y grandes, y que focalizará también en los departamentos de Chocó, Guajira, y los departamentos de los antiguos territorios nacionales, en la medida en que se vayan instalando los CAPIRS, se hayan planificado y previsto las redes integradas e integrales y se haya dispuesto el Sistema pertinente de información que soporte la operación, y en las adecuaciones institucionales previstas en la Ley, se procederá a trasladare los afiliados de las EPS al nuevo modelo.</p> <p>Las Entidades Promotoras de Salud podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección Social, la ADRES, o las entidades territoriales, según corresponda, cuando no deseen transitar a la prestación de servicios de salud la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud.</p> <p>La Administradora de Recursos de Salud ADRES, está autorizada para realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las Entidades Promotoras de Salud.</p> <p>Venta de cartera. El anterior Plan de Desarrollo había autorizado la venta de la cartera en cobro coactivo de las entidades territoriales al colector de activos de la Nación, Central de Inversiones (CISA), la adición del artículo introducida en el régimen de transición, faculta: i) no solo la venta, sino la entrega en administración de la cartera a CISA, ii) que estas operaciones además de las entidades territoriales, las puedan hacer las ISE (entidades descentralizadas) y iii) que estas operaciones de venta o administración pueden recaer en cartera corriente (operaciones de compra de cartera) y también de cartera vencida que se encuentra en cobro coactivo. Lo importante para el sector es que se incluye a las ISE (entidades descentralizadas para que acudan a estas operaciones de compra y administración de cartera como instrumento de liquidez.</p>
<p>2) Ejes de la Transición del Sistema de Salud</p> <p>2.1 Eje de Rectoría y Gobernanza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel Nacional <ul style="list-style-type: none"> ○ Fortalecimiento del Ministerio de Salud y Protección Social para la transición ○ Creación de la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales en Salud ○ Creación del Consejo Nacional de Salud ○ Fortalecimiento y desconcentración de la ADRES ○ Creación del Fondo Único Público de Salud • Nivel Regional <ul style="list-style-type: none"> ○ Creación de Consejos de Administración del Fondo Regional de Seguridad Social en Salud ○ Creación del Consejo Regional de Planeación y Evaluación en Salud ○ Creación del Fondo Regional de Seguridad Social • Nivel Territorial <ul style="list-style-type: none"> ○ Creación de las Comisiones Intersectoriales Departamentales, distritales y municipales de Determinantes Sociales en Salud ○ Consolidación de los Consejos Territoriales de Salud ○ Creación del Consejo Territorial de Planeación y Evaluación en Salud ○ Creación de las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden Departamental y Distrital ○ Fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria territorial como agente coadyuvante de la transición ○ Consolidación de los Fondos Territoriales de Salud <p>2.2 Eje Administrativo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adscripción territorial de las personas al nuevo aseguramiento social en salud y a las redes primarias de atención. Las EPS entregarán la población afiliada garantizando la información actualizada: caracterización de las personas, condiciones de salud, servicios prestados, tratamientos en curso y demás información sanitaria, clave para asegurar la continuidad de tratamientos médicos. • Implementación del modelo de APS definido por el Ministerio de Salud a través de las redes primarias en las 91 subregiones del país de manera coordinada entre Ministerio de Salud, Secretarías de salud territoriales EPS, IPS. • Traslado de la población de las EPS en proceso de liquidación a la Nueva EPS o subsidiariamente a otras EPS habilitadas. • Transformación de Empresas Sociales del Estado en Instituciones de Salud del Estado, que incluye la formalización del talento humano • Subrogación de contratos de redes de prestación de servicios de las EPS con la ADRES cuando el proceso de transición y evolución así lo exija • Compra - Venta de infraestructura de servicios de las EPS que no transiten a la prestación de servicios de salud y que así lo acuerden voluntariamente • Vinculación de talento humano de las EPS a los CAPIRS cuando voluntariamente así se acuerde • Desconcentración de la ADRES • Saneamiento de deudas <p>2.3 Eje de Prestación de Servicios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar el modelo de APS en las 91 subregiones del país de manera coordinada entre Ministerio de Salud y Protección Social, Secretarías de salud territoriales EPS, IPS. • Poner en marcha los Equipos Básicos de Salud como forma de organización de la prestación servicios de salud en modalidad extramural - domiciliaria, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud (Ver descripción anexo 1) • Desarrollar plan de choque para capacitación del talento humano vinculado con los servicios de salud y articulación con los programas de formación del área de la salud en las regiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar acompañamiento para la transición que incorpore mecanismos de comunicación como centros de llamada entre otros, para todos los agentes del sistema. • Intervenir mediante construcción, reposición, adecuación, ampliación, de 221 infraestructuras, ubicadas en comunidades priorizadas (Ruta fase de transición para garantizar la ejecución de los recursos asignados a infraestructura vigencia 2023) • Priorizar los territorios según necesidades y capacidades para organizar y conformación de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIIS), teniendo en cuenta el "Estudio de modelación de la prestación de servicios de salud primarios ofertada por hospitales públicos en Colombia (2022)"⁶⁰ • Caracterizar y estimar las necesidades en salud de la población en los territorios priorizados • Determinar la oferta de prestadores de servicios de salud presentes en los territorios priorizados • Identificar las brechas entre la oferta y las necesidades en los territorios priorizados • Establecer y ejecutar un plan para cierre de brechas en la atención en salud en los territorios priorizados iniciando con la puesta en marcha de los equipos multidisciplinarios y Centros de Atención Primaria Integrales y Resolutivos en Salud como parte del Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo • Establecer y poner en marcha el plan de desarrollo de los criterios determinantes de la RIIS donde se incluye Talento Humano en salud e historia clínica interoperable <p>2.4 Eje de Participación vinculante</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consolidación y creación de mecanismos de participación ciudadana vinculante • Establecer canales de contacto específicos que vinculen a las personas con las instancias territoriales que acompañan el proceso de transición • Mesas de trabajo, que garanticen la participación de la comunidad en el seguimiento del Plan de Transición, lideradas por la Entidad Territorial, con el apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud <p>2.5 Eje Normativo: referido a Reglamentación y lineamientos relacionados con</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aprestamiento para el proceso de transición y evolución a la reforma: se reglamentarán y desarrollarán varios actos administrativos de la normalidad vigente: decreto 1599 de 2022 que define las áreas geográficas para la atención integral en salud, la conformación de redes integradas e integrales de servicios de salud. También se van a generar nuevas normas orientadas a preparar a la Nueva EPS y a las EPS que tienen vigilancia especial para el proceso de transición, en particular para las asignaciones futuras de las EPS en proceso de liquidación. • Expedir normalidad según facultades extraordinarias otorgadas al presidente de la república • Desconcentración de la ADRES • Creación de las Unidades de Evaluación y Gestión Territorial • Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIIS) • Transformación de Empresas Sociales del Estado • Subrogación de contratos de las EPS con la ADRES • Compra - Venta de infraestructura de servicios de las EPS que no transiten a la prestación • Saneamiento de deudas <p>3) Estimación de costos de la reforma</p> <p>La reforma a la salud se financiará tomando como punto de partida los recursos destinados al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS en 2023. Adicionalmente el gobierno nacional constituye un esfuerzo orientado a fortalecer la atención primaria y el fortalecimiento de la red hospitalaria pública. De esta forma, la proyección de las principales fuentes de financiación para el periodo 2024-2033 se realizó como se describe a continuación:</p>

⁶⁰ "Estudio de modelación de la prestación de servicios de salud primarios, ofertada por hospitales públicos en Colombia" de 2022. Elaborado por: Carlos Humberto Arango Bautista, Jorge Alberto Otero Atzate, Diana Rocío Chávez Bejarano, Claudia Isabel Muñoz. Disponible en: <https://www.minsah.gov.co/sites/ridi/lista/BibliotecaDigital/RIIDE/VS/PS/A/estudio-oferta-servicios-primarios-hospitales-publicos.pdf>

- 1) Presupuesto General de la Nación -PGN: desde la eliminación de las cotizaciones patronales y la puesta en marcha del CREE (Impuesto sobre la Renta para la Equidad), el PGN ha entrado a cubrir los costos del aseguramiento en salud y la tasa de crecimiento promedio 2017-2022 (sin 2020) ha sido de 11,1% real y 17,8% nominal. No obstante, la proyección de los recursos en salud para el primer año de entrada en vigencia de la reforma (2024) suponen un decrecimiento real de 1,2% y de 2025 en adelante un crecimiento cercano al crecimiento del Producto Interno Bruto -PIB. Si bien, esta variación representa una desaceleración del crecimiento observado los últimos años, permite un aumento importante de los recursos generales de la salud.
- 2) Sistema General de Participaciones -SGP: El crecimiento de los recursos del SGP se calcula con el promedio de la variación porcentual de los Ingresos Corrientes de la Nación -ICN recaudados de los últimos cuatro años⁵¹. Los crecimientos proyectados incluyen el efecto de un incremento excepcional de los ICN de 2022 y los de la reforma tributaria a partir de 2023. Las estimaciones del SGP fueron remitidas por la dirección de política macro del Ministerio de Hacienda y Crédito Público -MHCP.
- 3) Las cotizaciones de seguridad social en salud y las demás fuentes del SGSSS se proyectaron conservadoramente con la mitad de la variación del PIB para toda la serie.

La siguiente grafica muestra las tasas de crecimiento proyectadas para las tres principales fuentes del SGSSS que describen el comportamiento de más del 80% de los recursos del sistema.

Grafica #: Tasa de crecimiento anual de las principales fuentes que financian el SGSSS. 2019-2033



Fuentes citadas y cálculos propios.

El proyecto de ley define una asignación de las fuentes de financiación a las subcuentas propuestas así:

a) Atención Primaria Integral en Salud: este componente se financiará principalmente con recursos de los municipios y distritos, es decir los recursos que les correspondan del SGP y sus recursos propios; también incluirá fondos de solidaridad del sistema y el PGN complementará esta cuenta, de manera que la atención primaria incremente su participación en total de los recursos de salud.

b) Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados -SAHE: Esta es la cuenta con mayor participación porcentual, incluye las cotizaciones SGSSS, el recaudo de Regímenes Especiales y de Excepción -REE, otros ingresos de capital, prima FONSAT, contribución sobre la prima SOAT, impuesto a las armas, municiones y explosivos, aportes de las Cajas de Compensación (CCF) y una fracción de los recursos del PGN.

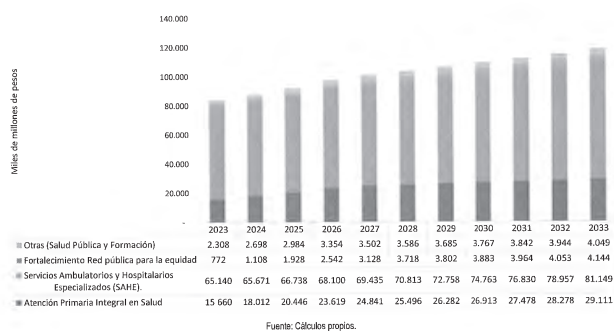
⁵¹ En concordancia con el artículo 357 de la Constitución Política de Colombia.

c) Fortalecimiento Red pública para la equidad: esta cuenta paulatinamente devuelve a los departamentos las rentas cedidas que serán destinadas al fortalecimiento de la red hospitalaria pública de mediana y alta complejidad. Se complementan con recursos del PGN para garantizar el funcionamiento de aquellos hospitales que por la atención de poblaciones dispersas no pueden lograr por venta de servicios su financiamiento.

d) Otros Recursos de la SGSSS: reúne los recursos orientados al Control de Problemas y Enfermedades de Interés en Salud Pública -CEISP y la Formación en Salud que actualmente cubre los pagos a residentes médicos.

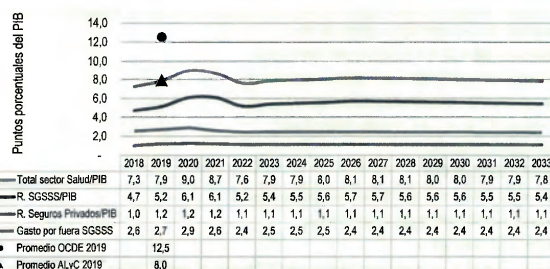
La siguiente gráfica muestra el comportamiento de los recursos del SGSSS en la distribución de las principales cuentas propuestas por la reforma.

Gráfica: Proyecciones 2033 de las fuentes de financiación por subcuenta. Pesos constantes de 2023



Para el 2019, el promedio de gasto en salud de los países de la OCDE fue 12,5 puntos porcentuales del PIB y el de América Latina y el Caribe -ALyC es de 8,0%, las fuentes de financiamiento del SGSSS pasaron de 4,7 puntos del PIB en 2018 a 5,4 pp en 2023 (año de partida de la reforma) y ascenderían 5,7 en 2026, año de finalización del gobierno actual. El total del gasto en salud de Colombia como porcentaje del PIB tiene una tendencia estable alrededor de 8 puntos porcentuales.

Participación % de los recursos en Salud respecto al PIB 2018-2033



Nota: *Los recursos fuera del SGSSS incluyen SOAT, riesgos laborales, los seguros privados, prepagadas y planes complementarios.

Fuente: Cálculos propios. Promedios OCDE y América Latina y el Caribe -ALyC, Banco Mundial.

4) Gestión del Plan de Transición

Se conformará un equipo de alto nivel con personas designadas del Ministerio de Salud y Protección Social, expertos de la Organización Panamericana de la Salud y demás agencias cooperantes que se acuerde, contando con el apoyo de convenios inter-administrativos con Universidades de las regiones.

El trabajo de este equipo estará enfocado en la gobernanza de la transición y la gestión del cambio, para lo cual dispondrá de mecanismos como asistencia técnica, asesoría, transferencia tecnológica y capacitaciones. También desarrollará acciones estratégicas para promover la participación vinculante de las personas en cada territorio según lo establecido en el cuarto eje del presente plan.

El equipo diseñará y monitoreará un tablero de indicadores para seguimiento del plan de transición, que incluya un sistema de alertas tempranas que prevea la falta de continuidad en la atención o en el flujo de recursos y cualquier obstáculo que ponga en riesgo la ejecución de este plan.

<p>V. BIBLIOGRAFÍA</p> <p>Sentencia T-073 de 2012 M.P. Jorge Iván Palacio Palacio.</p> <p>Sentencia C-313 de 2014.</p> <p>Gaceta # 3 Asamblea Constituyente 1991 "Proyecto de Acto Reformatorio de la Constitución Política de Colombia" Título: Derechos sociales</p> <p>Sentencia T-881 de 2002</p> <p>Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la salud en el Mundo 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. ¿por qué son importantes los sistemas de salud?</p> <p>Sentencia T-748 de 2013. M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub</p> <p>Sentencia T-320 de 2013. M.P. Luis Guillermo Guerrero Pérez.</p> <p>Sentencia T-149 de 2002. M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.</p> <p>Sentencia T-073 de 2012 M.P. Jorge Iván Palacio Palacio.</p> <p>Sentencia T-1018 de 2001</p> <p>Sentencia SU-819 de 1999</p> <p>Sentencia C-1026 de 2001, M. P. Eduardo Montealegre Lynett.</p> <p>Sentencia T-401/94 M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.</p> <p>Sentencia C-313 de 2014</p> <p>Doce Principios de la Asociación Médica Mundial sobre la Prestación de Atención Médica en cualquier Sistema Nacional de Atención Médica</p> <p>Sentencia C-221/94 M.P. Carlos Gaviria Díaz.</p> <p>Informe sobre la salud en el 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca</p> <p>Sentencia T-595 de 2002.</p> <p>Sentencia T-255 de 2001</p> <p>Sentencia T-411 de 2000.</p> <p>Sentencia T-177 de 1999</p> <p>Sentencia T-149 de 2002</p> <p>Sentencia SU-225 de 1998</p> <p>Sentencia T-401 de 1992</p> <p>Sentencia T-595 de 2002</p> <p>Sentencia T-255 de 2001</p> <p>Sentencia T-177 de 1999</p> <p>Sentencia SU-225 de 1998</p> <p>Artículo 48 de la Constitución Política de Colombia</p> <p>Diagnósticos utilizados según clasificación de Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: Analysis of mortality amenable to health care, presentado en el Informe 11 – INS, consultado en https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia%20a%20.pdf</p>	<p>Lista de causas potencialmente evitable en menores de 5 años, Rojas – Botero. Mayle et col, consultado en: https://www.scielo.br/j/csp/la/GLpnf4YbGFwBCKqz9cWcQ8D/abstract/?lang=es</p> <p>Los datos del año 2021 son preliminares dentro de las reglas de verificación de la información que se realizan entre la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud y Protección Social y el DANE.</p> <p>SISPRO para el año 2021</p> <p>https://www.paho.org/es/campanas/dia-internacional-cancer-infantil-2021#:~:text=C%C3%A1ncer%20infantil%20en%20la%20Regi%C3%B3n%20de%20las%20Am%C3%A9ricas%20y%20en%20el%20mundo&text=Se%20estima%20que%20el%20c%C3%A1ncer,Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20C%20aribe.</p> <p>https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer</p> <p>Información tomada de la respuesta al derecho de petición presentado por la exrepresentante Angela Maria Robledo en el año 2014 a la Superintendencia de Salud.</p> <p>Rodríguez-Páez FG, Marulanda Restrepo JA, Pineda Céspedes JH, Pineda Ospina HS, González Borrero JI. La inviabilidad financiera de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Colombia, 2008 y 2019. Rev Gerenc Polit Salud. 2022; 21. https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps21.rfp</p> <p>Esping-Andersen, Gosta (1993), Los tres mundos del Estado del bienestar, Valencia, Alfons el Magnanim.</p> <p>La lucha por los derechos sociales, María José Anón (Universitat de València). Ver link: https://www.uv.es/cefd/6/anyon.htm</p> <p>Sentencia T-406 de 1992.</p> <p>Sojo, Ana (2000), Reformas de gestión en Salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica, Santiago de Chile, División de Desarrollo Social CEPAL, Naciones Unidas.</p> <p>Londoño, Juan Luis, Frenk, Julio, Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina, 1997, Banco Interamericano de Desarrollo.</p> <p>Decreto Único 780 de 2018, artículo 1.1.1.1, conforme al artículo 156 de la Ley 100 de 1993 y los artículos 48 y 49 de la Constitución Política de Colombia.</p> <p>Ley 100 de 1993.</p> <p>Ley 1438 de 2011.</p> <p>Informe de implementación de la Ley Estatutaria de Salud de Colombia. Papeles en Salud. Edición No. 12, mayo de 2017, Bogotá, D.C.</p> <p>Resoluciones 1328, 2158, 3951 y 5584 de 2016; 532 de 2017; 1885, 2438, 3055 y 5871 de 2018; 2966 de 2019 y 41656 de 2019 expedida por la ADRES; 094 de 2020 proferida por el Minsalud; y, 388, 2067, 2152, 2707, 3511 y 3512 de 2020 proferidas por la ADRES.</p> <p>FIDUFOSYGA 2005-2009.</p> <p>Ministerio de Salud y Protección Social. (2015a). Cifras financieras del sector salud. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/cifras-financieras-del-sector-salud%20-boletin-numero-11.pdf</p> <p>Informe transversal de las acciones implementadas en el periodo 2018, a la fecha, para el acatamiento de las órdenes impartidas en el fallo estructural (Sentencia T-760 de 2008) y sus autos de seguimiento y valoración; presentado a la Corte Constitucional por el Ministerio de Salud y Protección Social el 27 de septiembre de 2022.</p> <p>Decreto 2562 de 2012.</p> <p>Sentencia T-073 de 2012 M.P. Jorge Iván Palacio Palacio.</p> <p>Funciones esenciales de salud pública - OPS/OMS Organización Panamericana de la Salud (paho.org)</p> <p>Sentencia C-600A de 1995. MP Martínez Caballero, Alejandro.</p>
<p>Luis Jorge Caray S. & Jorge Enrique Espiña Z, 22 marzo, 2021, Revista Sur. La crisis económica y social en Colombia a propósito de la pandemia del covid-19, (https://www.sur.org.co/la-crisis-economica-y-social-en-colombia-a-proposito-de-la-pandemia-del-covid-19/)</p> <p>Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Epidemiología y Demografía (2016) Análisis de situación de Salud (ASIS) COLOMBIA, 2016.</p> <p>Defensoría del Pueblo. 2016. Cada 3.5 minutos se presenta una tutela por la salud. Ver en: Redacción El Tiempo, 25 de diciembre de 2016, EL TIEMPO: (https://www.defensoria.gov.co/es/nube/en/losmedios/5911/Cada-35-minutos-se-presenta-una-tutela-por-la-salud.htm)</p>	<p>VI. ANEXOS</p> <p>ANEXO 1</p> <p>Equipos Básicos de Salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud</p> <p>En aras de garantizar el derecho a la salud de la población residente en el territorio nacional, en condiciones de accesibilidad efectiva, integralidad y continuidad, el Ministerio de Salud y Protección Social prevé avanzar hacia un modelo de atención en salud preventivo, predictivo y resolutivo, basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud -APS- universal, territorial, sistemática y permanente centrada en las personas, familias y comunidades como sujetos de derecho.</p> <p>Para lo anterior, se toma en consideración lo establecido en el artículo 12 de la Ley 1438 de 2011 respecto a la adopción de la estrategia de atención primaria en salud y en el artículo 15 respecto a los Equipos Básicos de Salud "como un concepto funcional y organizativo que permita facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Para la financiación y constitución de estos equipos concurrirán el talento humano y recursos interinstitucionales del sector salud destinados a la salud pública y de otros sectores que participen en la atención de los determinantes en salud", así como lo establecido en la Ley 1751 de 2015 - Estatutaria de Salud con relación al acceso a los servicios de salud de forma oportuna, eficaz y con calidad a toda la población.</p> <p>Es así como a finales del año 2022 se expidieron las Resoluciones 2206 y 2519 mediante las cuales se definieron criterios para la asignación de recursos para el apoyo en la conformación de Equipos Básicos de Salud y mediante la Resolución 2788 del mismo año se asignaron recursos a 163 Empresas Sociales del Estado para avanzar en la conformación y operación de dichos equipos en 208 municipios con el fin de fortalecer las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC en 31 departamentos y 3 distritos (Gráfica No. 1).</p> <p>Estas últimas se financian en la actualidad con recursos del Sistema General de Participaciones – Salud pública, mediante asignación anual, que permite la ejecución de acciones de gestión de salud pública y promoción de la salud en los entornos comunitario, hogar, educativo e institucional, en el marco de la resolución 518 de 2015, la cual es ajustada durante el mes de Enero de 2023, en sus principales contenidos permitiendo así la contratación de equipos básicos de salud para la ejecución de actividades colectivas e individuales conjugando diversas fuentes de financiación como son los de la UPC el SGP y demás disponibles.</p>

Gráfica No. 1. Municipio con EBS. Resolución 2788 del 2022



Departamentos y distritos	Equipos	Municipios	Financiación
34	483	206	49.979.874.000

Estos equipos, en el marco de las funciones consagradas en el artículo 16 de la Ley 1438 de 2011, desarrollan acciones de atención primaria en salud como: (i) la identificación del territorio y micro territorio como el espacio geográfico en el que operan según: cobertura poblacional por familias, particularidades económicas, sociales, culturales o ambientales del territorio, oferta de servicios de salud, concurrencia con otros programas, posible receptibilidad de la atención de los equipos por la población, entre otras características; (ii) planificación de las intervenciones requeridas por las personas, familias y comunidades en el territorio y microterritorio, a partir del análisis de la información generada por la caracterización o del proceso de seguimiento a las familias u otra fuente externa; las rutas, medios de comunicación y vías de acceso de cada territorio, como guía para la movilidad y operación de los Equipos, así como para definir los procesos de referencia, contra-referencia y articulación con otras modalidades de prestación como la telemedicina; (iii) apoyo a las actividades del plan de intervenciones colectivas -PIC en el marco de la Resolución 2788 de 2022. En la gráfica No. 2., se ilustran algunas de las funciones de estos EBS.

Gráfica No. 2. Funciones de los equipos básicos de salud.

Auxiliar de Enfermería	Enfermera	Médico	Psicólogo	Equipo Complementario
<ol style="list-style-type: none"> 1. Caracterización. 2. Planes de acción. 3. Canalización, intervención y seguimiento a: <ul style="list-style-type: none"> - Menores de 5 años. - Gestantes. - Discapacitados. - Salud mental. - Crónicos. - Adultos mayores. - TIC y hebra. 4. Vigilancia SP. 5. Participación social. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordina equipo territorial. 2. Canaliza al sector. 3. Acciones de información y educación. 4. Acciones domiciliarias de P y P. 5. Soporte en campo a Auxiliares. 6. Planes de acción. 7. Monitoreo y evaluación. 8. Notificación de EISP al SVSP. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valoración del riesgo individual. 2. Detección de alteraciones. 3. Acciones domiciliarias de P y P. 4. Atención resolutiva. 5. Planes de acción. 6. Seguimiento: <ul style="list-style-type: none"> - Gestantes. - Recién nacidos. - DNA. - Pacientes crónicos. - EISP. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tamizajes. 2. Tamizajes especializados. 3. Información y educación. 4. Zonas de orientación. 5. Centros de escucha solidaria. 6. Atención resolutiva. 7. Planes de acción. 8. Seguimiento: <ul style="list-style-type: none"> - Ideación suicida. - Consumo de SPA. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Acciones de P y P 2. Acciones de información y educación. 3. Acciones colectivas: <ul style="list-style-type: none"> - ZOC. - Jornadas. - Tamizajes. - Vacunación del PAL. - Prevención y control de vectores. - Vacunación antirrábica. - Surministro de medicamentos e insumos. - Rehabilitación basada en comunidad. - Atención resolutiva.

Equipo en su conjunto
Remisión EPS Adogica. Referencia a instituciones eje social. Monitoreo evaluación de indicadores. Conformación de redes sociales y comunitarias. Contrareferencia al territorio. Seguimiento y gestión transsectorial. Coordinación de entornos.

Ahora bien, teniendo en cuenta que los EBS son una forma de organización de la prestación servicios de salud en modalidad extramural - domiciliaria, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, se incluyó dentro de las disposiciones de la Resolución 2808 de 2022 Por la cual se establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), lo siguiente:

"Artículo 115. Atención Primaria en Salud. Los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC se garantizarán de manera integrada e interdependiente con los demás componentes de la estrategia de Atención Primaria en Salud, incluidos los equipos básicos de salud territorial que hacen parte de la misma, avanzando hacia un modelo de atención en salud con enfoque preventivo. La articulación de los citados equipos se realizará con la participación de los actores institucionales y comunitarios. Para la integración de los equipos básicos de salud territorial se definirá de manera previa, y con la concertación que garantiza la adecuada ejecución de los recursos de la UPC, las previsiones técnicas que deberán aplicarse, teniendo en cuenta las necesidades del territorio. Lo anterior será implementado de manera gradual y progresiva, iniciando por la población más pobre y vulnerable del país, según la caracterización socioeconómica que define el Departamento Nacional de Planeación -DNP, así como otros criterios pertinentes, de acuerdo con las recomendaciones generales que emita la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, garantizando la suficiencia de la UPC." (subrayado fuera del texto)

Por lo anterior, este Ministerio continuará en el proceso de implementación progresiva de los equipos en mención, incluyendo su articulación como forma de prestación de las intervenciones individuales cubiertas por la UPC, así como de la Resolución 2809 de 2022 que fija el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación, la cual determina que a un total de 354 municipios y áreas no municipalizadas de departamentos se les reconozca prima adicional por zona especial de dispersión geográfica.

Para concluir, los EBS al convertirse en la puerta de entrada para que las personas, familias y comunidades tengan acceso a los servicios de salud, serán financiados con los recursos de la Unidad de Pago por Capitación, en el caso de las intervenciones individuales y con recursos del Sistema General de Participaciones-Subcuenta de Salud Pública en el caso de las intervenciones colectivas.

ANEXO 2

Fase de transición para garantizar la ejecución de los recursos asignados a infraestructura en la vigencia 2023

CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD – CAPS

Como resultado del análisis de la infraestructura necesaria para la implementación del modelo de atención primaria, se establece la necesidad de intervenir mediante construcción, reposición, adecuación, ampliación, de 2.500 Infraestructuras, ubicadas en comunidades que carecen de estas instalaciones para la atención en salud o porque las construcciones existentes o se encuentran en notable estado de deterioro, o requieren de ampliación a fin de garantizar la prestación de servicios de acuerdo a las tipologías identificadas o se encuentran en zonas de riesgo no mitigable.

Con base en lo anterior, a partir de un proceso de transición al nuevo modelo y teniendo en cuenta la asignación de recursos prevista para la vigencia 2023, se programó para la presente vigencia la intervención de 221 Infraestructuras, de las cuales:

- 69 proyectos, corresponden a centros de atención primaria y sedes satélite, que cuentan con recursos de financiación de la vigencia 2022, asignados en el mes de diciembre por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, donde el 90% obedecen a intervenciones de adecuaciones en sedes satélite.
- 10 proyectos cuentan con concepto de viabilidad, sustentado en los estudios y diseños presentados por los entes territoriales y las diferentes empresas sociales del estado.
- 142 proyectos se encuentran en fase de estructuración por parte de los entes territoriales y/o de las empresas sociales del estado, con el acompañamiento de los asesores de red y profesiones de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del MSPS.

Con el propósito de consolidar la información que posibilite la ejecución certera de las necesidades identificadas a través de la materialización de proyectos, se avanza en un trabajo de recolección de información primaria a través de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado y de los Secretarías de Salud Departamentales, a fin de precisar los servicios que se prestan actualmente en la infraestructura existente, su estado de conservación, las necesidades de ampliación o de adecuación, a partir de las dinámicas culturales propias y las particularidades geográficas, climáticas, etc. de la población a atender. De igual manera, se consulta la información secundaria disponible, relacionada con los Planes Bienales de Inversiones Públicas en Salud, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), el Sistema de Información Hospitalaria de la Dirección de Prestación de Servicios de Salud y Atención Primaria (SIHO)

La ejecución de los proyectos en la vigencia 2023 comprende 2 momentos:

- La ejecución a través de los entes territoriales y Empresas Sociales del Estado, de los 69 proyectos que a la fecha cuentan con asignación de recursos
- La ejecución de 178 proyectos a través de una modalidad de contratación con un Aliado Estratégico que posibilite consolidar la estructuración de los proyectos, su ejecución, seguimiento, bajo los lineamientos establecidos por el MSPS en cuanto a las tipologías de CAPS, previstas en los modelos y criterios específicos de la región a atender.

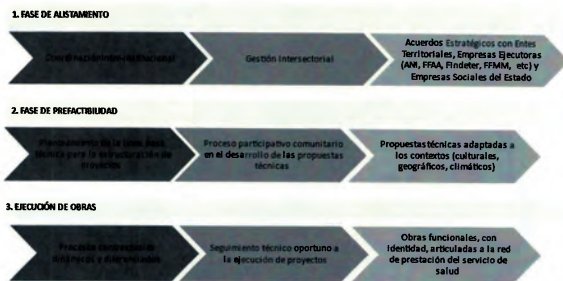
No.	Tipología	Intervención	PROYECTOS EJECUCIÓN AÑO 2023
-----	-----------	--------------	------------------------------

		Asignación Recursos 2022		Asignación Recursos 2023		TOTAL		
		#	Valor	#	Valor	#	Valor	
1	CAPS Principal Urbano	Reposición	2	\$ 18.308	22	\$ 250.475	24	\$ 268.783
		Nuevos	0	\$ -	14	\$ 194.099	14	\$ 194.099
		Ampliación	2	\$ 6.073	1	\$ 5.370	3	\$ 11.442
		Adecuación	0	\$ -	1	\$ 4.278	1	\$ 4.278
2	CAPS Urbano Ambulatorio	Reposición	1	\$ 1.717	2	\$ 13.780	3	\$ 15.478
		Nuevos	0	\$ -	9	\$ 30.428	9	\$ 30.428
		Ampliación	0	\$ -	0	\$ -	0	\$ 0
		Adecuación	0	\$ -	20	\$ 32.074	20	\$ 32.074
3	CAPS Principal Rural	Reposición	0	\$ -	0	\$ -	0	\$ 0
		Nuevos	0	\$ -	3	\$ 34.390	3	\$ 34.390
		Ampliación	0	\$ -	0	\$ -	0	\$ 0
		Adecuación	0	\$ -	0	\$ -	0	\$ 0
4	Sede Satélite Rural	Reposición	0	\$ -	15	\$ 41.180	15	\$ 41.180
		Nuevos	1	\$ 1.335	16	\$ 19.399	17	\$ 20.734
		Ampliación	0	\$ -	0	\$ -	0	\$ 0
		Adecuación	63	\$ 15.000	49	\$ 34.300	112	\$ 49.300
SUBTOTAL		69	\$ 42.433	152	\$ 659.752	221	\$ 702.185	

El seguimiento estará a cargo de la Subdirección de Infraestructura del MSPS. Para el desarrollo de esta modalidad, se prevé la realización de tres fases fundamentales (Gráfico 1):

- Alistamiento o Inicio:** Comprende el posicionamiento de la propuesta ante entes territoriales y empresas sociales del estado, así como el ejercicio de coordinación interinstitucional que conlleve la celebración de acuerdos estratégicos de gestión que faciliten la dinámica para la ejecución de los proyectos, con participación comunitaria en el desarrollo de los mismos, orientado hacia la apropiación de las infraestructura intervenida y dotada, con miras a proporcionar elementos de sostenibilidad.
- Fase de Diseño o Planeación:** Hace referencia a la precisión de los estudios, diseños y presupuesto, necesarios para la ejecución de obra, acordes a las necesidades identificadas según las tipologías de CAPS establecidas en el marco del modelo, garantizando en el proceso la participación comunitaria, en plena observancia de las particularidades específicas de la comunidad a atender y en cumplimiento de la normativa que reglamenta al sector.
- Fase de Ejecución o Desarrollo:** Corresponde a la materialización de los diseños planteados que conlleven a la entrega de las obras para su entrada en funcionamiento y prestación de los servicios de atención primaria como parte de la estructura de red establecida en el modelo, el cual integra los diferentes niveles de atención.

Gráfico 1: Fases del modelo de gestión integral de proyectos



INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA INTRAMURAL – NIVELES 2, 3

Se prevé la intervención a través de la construcción, ampliación, adecuación, de 6 proyectos, 4 de los cuales ya cuentan con concepto de viabilidad por valor de \$269.805.008.778 y 2 están en proceso de estructuración por parte de los entes territoriales y empresas sociales del estado por valor de \$245.000.000.000.

INFRAESTRUCTURA NACIONAL

Se encuentra prevista la intervención en las siguientes ESES de carácter nacional: Instituto Materno Infantil, Instituto Nacional de Cancerología, Hospital Sanatorio Agua de Dios y Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta.

Carolina Corcho Mejía
CAROLINA CORCHO MEJÍA
 Ministra de Salud y Protección Social

ANEXO 3
La Reforma al Sistema de Salud:
un desafío de todos

Ministerio de Salud y Protección Social

Ministra
Carolina Corcho Mejía

Viceministro de Protección Social
Luis Alberto Martínez Saldarriaga

Viceministro de Salud Pública
Jaime Hernán Urrego Rodríguez

Dirección de Promoción y Prevención
Johana Barbosa Alfonso

Dirección de Epidemiología y Demografía
Clara Suárez Rodríguez

Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud
Claudia Vargas Peláez

Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud
Edilma Suarez Castro

Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud
Libia Forero García

Dirección de Financiamiento Sectorial
Otoniel Cabrera Romero

Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud
Germán Chaparro

Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones
Margarita Escudero Osorio

Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación
Diana Herrera Riaño

Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales
Argemiro Rincón Ortiz

Dirección Jurídica
Gabriel Bustamante

Equipo Asesor
Andrea Paola García – Administradora de Recursos del SGSSS
Mónica Padilla – Organización Panamericana de la Salud
Carlos Humberto Arango – Banco Mundial
Edgar Alfonso González – Ministerio de Salud
Félix Martínez – Administradora de Recursos del SGSSS
Gabriel Armando Piraquive – Departamento Nacional de Planeación
Luis Jorge Garay – Sociedad Civil

Contenido

Introducción 71

PRIMERA PARTE: Las condiciones de partida del proceso de reforma 74

1. Consideraciones generales sobre las condiciones de partida 75

2. Análisis de los indicadores trazadores de las inequidades en salud 79

3. Evolución de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)..... 94

4. Incremento progresivo de la UPC 97

5. Situación Financiera de las EPS 103

5.1. Situación Financiera de las EPS 103

5.2. Deudas reconocidas por EPS activas con IPS: Cuentas por pagar por edades y acreedores para fines de supervisión..... 104

5.3. Deudas de EPS en liquidación y liquidadas 105

6. Sostenibilidad del sistema y deterioro progresivo de indicadores de permanencia de las EPS 112

6.1. Sostenibilidad 112

6.2. Tendencia de los principales indicadores financieros de las EPS 2018 - 2032 116

7. Deudas acumuladas en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud 121

7.1. Cartera de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud..... 121

7.2. Cuentas por pagar a las ESE (reportadas por las EPS)..... 122

7.3. Cuentas por cobrar a las EPS activas y liquidadas o en liquidación (reportadas por las ESE a fecha de corte: septiembre de 2022)..... 123

7.4. Cuentas por cobrar a las EPS activas por edades (reportadas por las ESE, corte: septiembre de 2022)..... 123

8. Estado actual de los trabajadores en el sector y formalización del Talento Humano en Salud 125

8.1. Costeo de los trabajadores de salud: Apoyo (administrativo) y Operativo (asistencial – misional) 126

8.2. Estimación de la formalización laboral de los trabajadores de la salud: Operativo (asistencial) y Apoyo (administrativo)..... 128

8.3. Comparación del costeo de trabajadores de la salud por OPS y con formalización laboral..... 129

9. Plan Nacional de Formación de Talento Humano en Salud 130

SEGUNDA PARTE: los cambios estructurales propuestos por la Reforma..... 132

1. Nueva arquitectura institucional de gobernanza, territorializada con control centralizado 133

<p>2. Estrategias para la asignación de los recursos: cuadro comparativo del modelo actual y el propuesto en cuanto a: control de costos, mecanismos anticorrupción e incentivos 134</p> <p>3. Inversión para el Sistema de información 138</p> <p>4. Costos de desconcentración del ADRES para asumir la función de pagador único. 141</p> <p>5. Costos de prestación primaria, diseño y operación a nivel municipal y territorial..... 144</p> <p>6. Proyecciones de fuentes de recursos para la reforma para infraestructura y Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS 146</p> <p>6.1. Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS..... 146</p> <p>6.2. Infraestructura hospitalaria intramural – nivel 1 147</p> <p>6.3. Infraestructura hospitalaria intramural – niveles 2, 3 147</p> <p>7. Proyecciones de fuentes y usos propuestos por la reforma 148</p> <p>Proyecciones de fuentes de recursos para la reforma..... 148</p> <p>8. Saneamiento de deudas 152</p> <p>8.1. Pasivos de Empresas Sociales del Estado 153</p> <p>8.2. Capitalización de EPS receptora 154</p> <p>8.2.1. Simulación condiciones financieras EPS receptora – Primer Año..... 154</p> <p>8.2.2. Antecedentes 154</p> <p>8.2.3. Escenario de condiciones financieras..... 157</p> <p>8.2.3.1. Supuestos para el requerimiento adicional para cumplimiento de condiciones financieras 157</p> <p>8.2.3.2. Afectación de resultado por siniestralidad..... 159</p> <p>8.2.3.3. Cálculo de siniestralidad Total..... 160</p> <p>8.2.3.3.1. Primer escenario: Moderado..... 160</p> <p>8.2.3.3.2. Segundo escenario: Ácido 161</p> <p>8.2.4. Proyección cálculo de condiciones financieras..... 164</p> <p>8.2.5. Síntesis 165</p> <p>Anexos..... 167</p> <p>Anexo 1 Modelos UPC 168</p> <p>Anexo 1A. Modelos de UPC..... 168</p> <p>Anexo 1B. Análisis Financiero y Estados Financieros..... 169</p> <p>Anexo 1C. Funciones y Obligaciones de las EPS 172</p> <p>Anexo 2. Seccionales ADRES..... 175</p>	<p>Introducción</p> <p>La constitución colombiana de 1991 planteó en su artículo primero que Colombia es un Estado social de derecho, al adoptar esta concepción, el país se comprometió a hacer efectivos los derechos de las personas, lo que incluye la garantía real de todos los derechos constitucionales, tales como los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Por su parte, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), suscrito por Colombia, sobre el alcance del derecho a la salud, establece que: "Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental".</p> <p>La Corte Constitucional en el año 2008, al estudiar un número significativo de acciones de tutela presentadas para la protección del derecho a la salud, evidenció fallas estructurales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, por lo que emitió la Sentencia T-760 de 2008, con 16 órdenes generales. Sin embargo, luego de 14 años de expedida la sentencia el cumplimiento de los gobiernos ha sido precario, especialmente en lo que respecta a asegurar la cobertura universal en el sistema de salud, y a garantizar el acceso efectivo, oportuno y con calidad a los servicios.</p> <p>La Organización Panamericana de la Salud ha documentado ampliamente que los sistemas de salud de la región se caracterizan por altos niveles de fragmentación de sus servicios de salud, lo que genera dificultades en el acceso a los servicios, la prestación de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, conducentes a un incremento innecesario de los costos de producción, y una baja satisfacción con los servicios provistos.</p> <p>Para atender el problema de la fragmentación la OPS considera que las redes integradas e integrales de servicios de salud son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la Atención Primaria de Salud - APS a nivel de los servicios de salud. Dada la gran variedad de contextos de los sistemas de salud, la política pública debe satisfacer las necesidades organizacionales específicas de cada sistema y le corresponde a la autoridad sanitaria nacional quien debe reorientar los sistemas de salud con base a los valores y principios de la APS, de manera que el modelo de atención para el cuidado integral de la población se desarrolle bajo tres pilares fundamentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> o La participación social y comunitaria en la toma de decisiones que se adopten en el sistema de salud, en la que la comunidad empoderada identifique sus necesidades, ejerza control social y esté dispuesta también a contribuir con su satisfacción. o La acción intersectorial por la salud, en la que diferentes sectores del desarrollo social y económico de los territorios asuman su responsabilidad sobre la salud y vida de las poblaciones a cargo y se articulen en pro de mejorar el bienestar de la población y de controlar los determinantes que inciden en la salud, como el agua potable, la seguridad alimentaria, el
<p>saneamiento básico, la educación, la vivienda, el empleo digno y decente, entre otros factores.</p> <ul style="list-style-type: none"> o La territorialización del sistema, buscando nuevas formas de articular municipios y departamentos, que guarden similitudes culturales, socioeconómicas y de cercanía. <p>En este contexto, la propuesta de "Colombia, potencia mundial de la vida" para el sector salud tiene el imperativo de poner la vida en el centro. En un marco de responsabilidad compartida con todos los sectores de la sociedad, cumplir con esta misión requiere una reforma estructural del sistema de salud que incorpore las lecciones aprendidas durante al menos tres décadas y garantice de forma equitativa el goce efectivo del derecho a la salud de toda la población. Esto implica transformar la ruta del aseguramiento individual centrado en la atención de la enfermedad, para repensar el sector desde la prevención y la predicción, los derechos de los trabajadores y trabajadoras en el sistema de salud, el cuidado del ambiente y el agua, el derecho a la alimentación, el reconocimiento de la diversidad sociocultural y regional, y la recuperación de la salud pública como eje de la política pública para el cuidado integral de la salud y la vida. Un factor determinante para esta reforma es sin duda el talento humano, piedra angular de cualquier sistema de salud en el mundo, para esto y particularmente, en nuestro país se debe desarrollar una política integral del talento humano en salud, propendiendo porque sea: suficiente, competente, distribuido equitativamente, bien pago, en permanente capacitación, y con un trabajo decente (OIT) que incluya estímulos e incentivos para atender a las poblaciones dispersas y alejadas de los centros urbanos y que faciliten su desarrollo personal y profesional.</p> <p>Este documento está organizado en dos partes: en la primera se presentan las condiciones de partida del proceso y en la segunda se sintetizan los cambios estructurales propuestos en la reforma. Así, se comienza con las condiciones de partida, se describen los indicadores trazadores que muestran la profundización de inequidades durante tres décadas, y posteriormente se incluye una síntesis en la evolución de los recursos y el incremento progresivo de la UPC para finalizar con el panorama financiero actual del sistema de salud. Se muestra complementariamente que la situación descrita es agravada por la precarización del talento humano en salud y la creciente deuda con las instituciones prestadoras de servicios de salud, que requieren cambios en el corto, mediano y largo plazo, y que hacen parte de los compromisos del gobierno nacional.</p> <p>En la segunda parte se presentan los cambios estructurales propuestos en el proyecto de Ley que reformará el sistema de salud. Se incluye la descripción general de la nueva arquitectura institucional de gobernanza, las estrategias para asignación de los recursos, las inversiones requeridas para el sistema de información, el fortalecimiento y desconcentración de la ADRES, la prestación primaria, y al finalizar las proyecciones de fuentes y usos propuestos por la reforma.</p> <p>Luego de casi 30 años de expedida la Ley 100, es innegable que se hace necesaria una revisión estructural para que el sistema sanitario colombiano responda al</p>	<p>mandato constitucional de tener a la salud como un derecho humano fundamental. Las normas cumplen su ciclo, y los logros alcanzados en salud hasta ahora deben ser la plataforma sobre la cual construir un modelo que responda a las necesidades actuales de la población; precisamente, ese es el objetivo de las leyes y máxime de los Estados Sociales contemporáneos como el nuestro.</p> <p>El Sistema de Salud se fundamentará en el aseguramiento social en salud como la garantía que brinda el Estado para la atención integral en salud de toda la población, ordenando fuentes de financiamiento, agrupando recursos financieros del sistema de salud de forma solidaria, con criterios de equidad, con un sistema de gestión de riesgos financieros y de salud, dirigido y controlado por el Estado. En este contexto, se establecerá: el modelo de atención; el financiamiento y la administración de los recursos; la prestación integral de los servicios para la atención en salud con la participación de las entidades públicas, privadas y mixtas pertenecientes al sector; el sistema integrado de información en salud; la inspección, vigilancia y control; la participación social y los criterios para la definición, implementación y el monitoreo de la eficacia de las políticas públicas, incluyendo las de ciencia, innovación, medicamentos, tecnologías en salud, formación y condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud. Además, se especificará la disponibilidad tanto de recursos presupuestales en el marco de la sostenibilidad fiscal de corto, mediano y largo plazos, como del recurso humano y de su capacitación y formación a través del tiempo.</p>

PRIMERA PARTE: Las condiciones de partida del proceso de reforma

1. Consideraciones generales sobre las condiciones de partida

El arreglo institucional creado en la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, entregó el gasto social a las reglas del mercado. Muy tempranamente, Ocampo (1998) señaló que esta ruta llevaría a que el mercado articulara y potenciara los mecanismos de concentración del ingreso y apropiación de excedentes económicos, anulando el efecto redistributivo de las políticas sociales¹. En un país con profundas inequidades como Colombia, las reformas neoliberales demostraron que al poner en el centro la maximización de la ganancia y la búsqueda de rentabilidad a toda costa, el arreglo institucional fue permisivo con la corrupción. En este contexto, la intervención estatal y la autoridad sanitaria deben establecer los correctivos no solo por razones de equidad sino de eficiencia².

En los últimos 30 años dos acciones normativas han marcado puntos de inflexión: la Ley 100 de 1993 con gran orientación al mercado, y la Ley 1751 de 2015 que ordena al Estado "retomar" su rol como ordenador del sistema de salud. Por medio de la ley estatutaria se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones define que "El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado³."

La corte constitucional, desde su creación en 1992, ha desarrollado un acervo jurídico sobre el estatus de fundamental para el derecho, así como sus componentes esenciales. Como hito en este proceso, la sentencia T-760 ordenó a las entidades responsables de la salud en Colombia corregir las fallas que presentaba el sistema, iniciando así una serie transformaciones en el sistema de salud que aún en la actualidad no se han logrado superar⁴. La corte también define que "La salud tiene dos facetas distintas, que se encuentran estrechamente ligadas: por una parte, se trata de un servicio público vigilado por el Estado; mientras que, por la otra, se configura en un derecho que ha sido reconocido por el legislador estatutario como fundamental, de lo que se predica, entre otras, su carácter de irrenunciable. Además de dicha condición, se desprende el acceso oportuno y de

¹ Ocampo Jose Antonio: "Distribución del ingreso, pobreza y gasto social en América Latina". Revista de la CEPAL 65. Agosto de 1998
² Franco-Giraldo A. Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2014; 32(1): 95-107
³ Colombia - Congreso de la República. Ley 1751, Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial N° 49.427 (16 de febrero de 2015)
⁴ Colombia - Corte Constitucional de Colombia CC. Sentencia T-760 de 2008. Magistrado Ponente: Dr. Manuel José Cepeda Espinosa. Fecha de consulta: 8 de marzo de 2016. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>

calidad a los servicios que se requieran para alcanzar el mejor nivel de salud posible." En cuanto a los elementos que rigen el derecho fundamental a la salud, la Corte ha destacado que se trata de "aquellos componentes esenciales que delimitan su contenido dinámico, que fijan límites para su regulación y que le otorgan su razón de ser. El derecho a la salud incluye los siguientes elementos esenciales: la disponibilidad, la aceptabilidad, la accesibilidad y la calidad e idoneidad profesional.⁵"

La orientación jurisprudencial de la corte constitucional ha sido determinante en las transformaciones que han ido moldeando el sistema de salud colombiano hasta la situación actual que a su vez determina las condiciones de partida que por un lado justifican el cambio y por otro dan soporte y valiosos aprendizajes para construir la reforma estructural requerida. De manera sintética se presentan los cambios alcanzados en las dimensiones más significativas del sistema de salud:

Universalización del aseguramiento y el principio de solidaridad: para lograr la financiación del aseguramiento en salud, así como el acceso de los servicios de salud, el sistema se financia con recursos fiscales y parafiscales. Los recursos fiscales se derivan de los aportes del Presupuesto General de la Nación, del Sistema General Participaciones, de las rentas cedidas a las entidades territoriales por la operación y explotación de monopolios rentísticos, y de los recursos propios de los departamentos y municipios. Por su parte, los recursos parafiscales comprenden los aportes de los cotizantes al régimen contributivo y los recursos del subsidio familiar que recaudan las Cajas de Compensación Familiar – CCF provenientes del aporte parafiscal sobre la nómina. Entre los años 2018 y 2023, los ingresos del sistema representan en promedio 5,3% del PIB que financian principalmente los gastos que garantizan los servicios y tecnologías de un Plan de Beneficios implícito, financiado con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC, presupuestos máximos y recobros, y que le otorga a la población del territorio nacional el acceso a los servicios y tecnologías en salud autorizados en el país, para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de cualquier contingencia de salud, según la prescripción del profesional tratante, y con independencia tanto del origen de la enfermedad como de la financiación definida.

La progresividad y equidad financiera: la equidad en el financiamiento y en la provisión de servicios del sistema ha sido uno de los objetivos principales desde su creación sin embargo los avances han sido posibles sólo a través de sus reformas⁷. Según la OMS la equidad en el financiamiento de los sistemas de salud se puede medir en tres ejes: cobertura de población, cobertura de servicios y reducción del gasto de las personas⁸

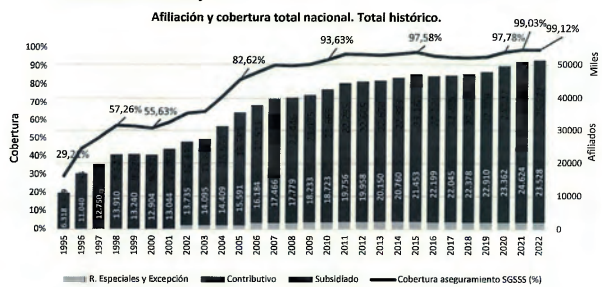
⁵ <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2015/T-121-15.htm>

⁶ Ley 100 de 1993, artículo 153. Fundamentos del servicio público.

⁷ Colombia - Congreso de la República. Ley 1751, Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial N° 49.427 (16 de febrero de 2015)

⁸ OMS, 2010. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal.

- La expansión de las coberturas de la población se ha logrado especialmente por un incremento en la población afiliada al Régimen Subsidiado por a la confluencia de recursos propios de la nación y los territorios, recursos por solidaridad y de origen en otras fuentes del sector. La serie anual de afiliación desde 1995 hasta el 2022 que se muestra en la figura muestra los datos de los resultados en este eje.



Fuentes: Serie anual de afiliación a nivel nacional (BDUA) y Estimación y proyección de población DANE (Censos 2005 y 2018). Cálculos: Ministerio de Salud y Protección Social

- Desde su diseño, el sistema contaba con dos planes de beneficios para los Regímenes Contributivo y Subsidiado con diferencias en contenido, estructura, garantía y financiación. Los avances en la equidad del financiamiento en salud en términos de los beneficios de salud a los que tienen derecho los afiliados al sistema pueden verse en dos grandes ejes, el primero es la existencia de un plan de beneficios único sin diferencias para los dos regímenes de afiliación y el segundo la ampliación de coberturas de este plan de beneficios. Esta última, se ha venido realizando con racionalidad y garantizando la sostenibilidad del sistema; pasando de un esquema de racionalidad explícito definido en la Ley 100 de 1993 hacia un esquema de racionalidad implícita, definido por la Ley 1751 de 2015.
- La protección financiera de los ciudadanos y sus familias es un elemento intrínseco de la cobertura sanitaria universal y, junto con la cobertura de los servicios, una meta de los sistemas de salud. La protección financiera se logra cuando no hay obstáculos económicos al acceso y cuando los pagos por cuenta propia (pagos directos) que los usuarios necesitan realizar para

recibir atención de salud no les generan dificultades económicas.⁹ El gasto privado en salud comprende los gastos realizados por concepto de atención en salud cubiertos por seguros privados voluntarios, así como el gasto de bolsillo que engloba los desembolsos que se destinan para el pago de una atención o servicios de salud en general realizados en el momento en que el hogar se beneficia de estos, e incluye honorarios médicos, compra de medicamentos, facturas de hospital y gastos en medicina alternativa y tradicional.¹⁰ No obstante, no incluye los gastos de transporte, los relacionados con nutrición especial, los pagos que sean reembolsados al hogar por un tercero, el pago de seguros obligatorios, ni voluntarios, que corresponden a otros gastos privados y no relacionados directamente con el desembolso desde el hogar. En el contexto colombiano el gasto de bolsillo ha presentado una disminución (del 51% en 1995 al 14% en 2020¹¹) en respuesta a los esfuerzos realizados en el gasto público mediante mecanismos como la definición, implementación, unificación y actualización del Plan de Beneficios en Salud implícito y el aumento de la cobertura de afiliación nacional (del 29% en 1995 a 99% en 2022).

- **Crisis de la Red Pública Hospitalaria:** con los cambios en la economía global y el auge de las políticas de ajuste estructural se dieron transformaciones direccionadas a la reducción del Estado, la descentralización y la privatización apoyadas en la teoría de la Nueva Gestión Pública. Un caso particular corresponde a la aplicación de la Política de categorización de riesgo fiscal y financiero que llevó a limitar la cantidad, el crecimiento y la capacidad de resolución de la red pública hospitalaria, situación que no solo ha puesto en riesgo a estos bienes públicos, sino a la salud de la población, y en este proceso ha ido despojando a los trabajadores de la salud de sus derechos laborales. Así, las Empresas Sociales del Estado están atrapadas en el círculo de carteras morosas que limitan la solvencia financiera, favorece su declaratoria en riesgo y su sometimiento a convenios de desempeño, a realizar presupuestos según el recaudo, mas no el reconocimiento, y limita su desarrollo y crecimiento por diez años, para finalmente ser liquidadas/fusionadas.¹²

⁹ Informe de monitoreo mundial de la protección financiera en relación con la salud 2021 [Global monitoring report on financial protection in health 2021]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/global-monitoring-report-on-financial-protection-in-health-2021>

¹⁰ Definición de seguro voluntario privado en salud, en aplicación de la metodología SHA adaptada para Colombia. OECD (2022) Private health insurance spending- Brief, <https://www.oecd.org/health/Spending-on-private-health-insurance-Brief-March-2022.pdf>

¹¹ Cifras preliminares

¹² Vargas GS, Ruiz LE, Martínez LA. El estado de la red pública hospitalaria en Colombia para enfrentar el COVID-19, posterior a la política de categorización de riesgo fiscal y financiero. Rev Gerenc Polit Salud. 2021;20. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.erph>

2. Análisis de los indicadores trazadores de las inequidades en salud

En última instancia el éxito de los sistemas de salud se mide por su capacidad de evitar enfermedades y muertes prevenibles, así pues el propósito de este apartado es presentar un breve análisis de dos indicadores trazadores reconocidos universalmente como la razón de mortalidad materna (RMM) y la tasa de mortalidad infantil (TMI), para analizar ineficiencias e inequidades en el sistema de salud, y que se asocian con las barreras de acceso a una atención de calidad y oportuna en un sistema de salud¹³.

La Razón de Mortalidad Materna (RMM) es una medida que monitorea las muertes relacionadas con el embarazo y el parto y refleja la capacidad del sistema de salud de proporcionar atención efectiva y prevención de las complicaciones que ocurren durante el embarazo y el parto. La RMM representa el riesgo asociado de cada mujer en embarazo, por ejemplo, de riesgo obstétrico.¹⁴

La Tasa de Mortalidad Infantil históricamente ha sido considerada una medida sensitiva de bienestar y desarrollo, y usada como indicador de efectividad en la prestación de servicios en el análisis comparativo de sistemas de salud como indicador de calidad en la atención y como reflejo del acceso adecuado a la atención en salud. De acuerdo con el Banco Interamericano de Desarrollo - BID, constituye un resultado de salud importante de la definición de políticas¹⁵

Razón de Mortalidad Materna (RMM)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la mortalidad materna como "la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales".

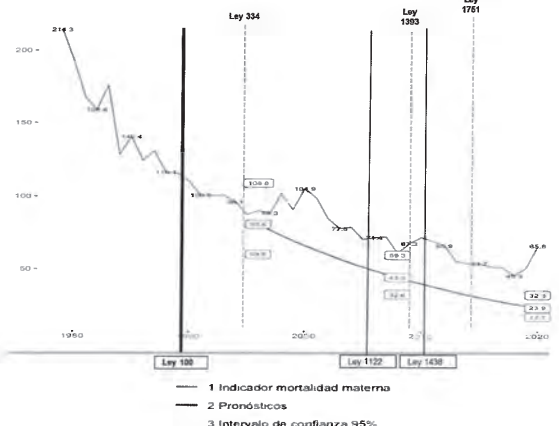
¹³ Se realizó un análisis de series temporales durante el periodo entre 1979 a 2020, para los dos indicadores de mortalidad trazadores. Con las series de 1979 a 1995, se generó el pronóstico de cada indicador de mortalidad entre 1996 y 2020, con la finalidad de hacer la comparación contra la tendencia real. El modelo de pronóstico se ajustó usando series de tiempo SARIMA (Seasonal Autoregressive Integrated Moving Average) con los datos mensuales. Cuando los datos mensuales del indicador mostraron un comportamiento estacional, se tuvieron en cuenta los parámetros para el pronóstico en la serie de tiempo. El número de muertes maternas y muertes infantiles, se extrajeron de los registros oficiales de las estadísticas vitales. Para el cálculo de nacidos vivos, debido a que se cuenta con este dato solo a partir de 1998, se utilizaron las retroproyecciones de población de 0 años calculadas por el DANE para toda la serie, y a partir de 1999 también se usaron proyecciones de población de 0 años, para mantener la homogeneidad en el denominador para toda la serie. La razón de mortalidad materna fue retro proyectada para el periodo 1979 a 1998 con una regresión lineal, tomando como base el comportamiento de 1998 hasta 2020. Esto, debido a que antes de 1998 la mortalidad en el puerperio se tomaba hasta los 10 primeros días después del parto, y a partir de ese año fue incluido el puerperio tardío hasta los 42 días después del parto en la definición de medición del indicador. Las causas de muerte se extrajeron agrupadas según lista Colombia 105 para la tabulación de mortalidad que homologa las revisiones novena y décima de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción novena revisión (CIE-9 y CIE-10).

¹⁴ WHO. (2015). Maternal Mortality Ratio, Global Health Observatory Data repository. Obtenido de World Health Organization WHO: http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?id=26

¹⁵ Inter-American Development Bank IADB. (2007). The Challenges of measuring child mortality when birth registration is incomplete. Rome: Global Forum on Gender Statistics

El análisis de series de tiempo para el periodo 1979 a 2020 mostró cómo dicho indicador para el periodo 1979-1995, presentó una tendencia marcada a la baja, pasando de 214,3 a 88 muertes por 100.000 menores de un año (RMM), reduciéndose 126 muertes. Sin embargo, dicha velocidad se redujo a mediados de los años noventa con una razón promedio para el periodo 2000-2019 de 65.7 y con una reducción de 39.2 muertes (Gráfico 1).

Gráfico 1. Razón de Mortalidad Materna, serie registrada vs serie pronosticada

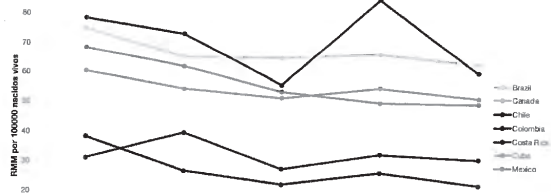


Fuente: Estadísticas Vitales DANE.

El pronóstico del indicador muestra cómo desde el año 2005 es consistente la desviación aumentada con respecto a la tendencia del canal proyectado. Si la intervención de la Ley 100 de 1993 hubiese sido suficientemente efectiva, la mortalidad materna habría alcanzado una tasa de 44 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 2008, cumpliendo así la meta de los entonces Objetivos de Desarrollo del Milenio -ODM (45 muertes), y en 2020 con una de 24 muertes por 100.000 nacidos vivos, cumpliendo la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible -ODS (32 muertes).

Por su parte, los resultados del estudio de Carga Global de Enfermedad¹⁶ muestra que al comparar a Colombia con países del continente americano como Canadá, Brasil, Cuba, México, Chile y Costa Rica, Colombia ocupa el último lugar con los valores más altos en casi todo el periodo 1995-2019, superado solamente por Brasil en el último año. El indicador para Colombia dista en más de un 90% del de Canadá, país con el mejor comportamiento del indicador en todo el periodo (razón promedio de 6,73 x 100.000 N. V) (Gráfico 2).

Gráfico 2. Razón de Mortalidad Materna, comparación con otros países de la región



Fuente: Elaboración propia a partir de resultados del Global Burden of Disease, 2019.

En los reportes disponibles de la OCDE, se observa que para el año 2019 Colombia presenta una razón de mortalidad materna de 50,7 por cada 100.000 nacidos vivos, siendo la razón más alta de todos los países miembros, seguida por Letonia que presentó una de 37,6 ese mismo año. En cuanto a países de Sur y Centro América, se observa a Costa Rica con una de 20,2 y Chile con una de 10,9¹⁷

Las brechas entre departamentos para este indicador, no han mejorado en el periodo 2005-2020. Se observan desigualdades en la mortalidad materna entre los departamentos, particularmente las mujeres que viven en Vichada, Vaupés, Chocó, La Guajira y Amazonas tienen mayor riesgo de morir por esta causa (Mapa 1).

¹⁶ Tomado de: IHME. Global burden Disease 2019. Latest GBD results: 2019. <https://www.healthdata.org/gbd/gbd-2019-resources>

¹⁷ Tomado de: <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30116>

Mapa 1. Razón de Mortalidad Materna: cambios a nivel departamental 2007-2020



Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 23 de enero de 2023.
Sin embargo, si se analiza el número absoluto de casos, se encontró que la mayoría de las muertes maternas se concentran en el norte, occidente y centro del país, donde hay más servicios de salud y supuestamente menores barreras de acceso. En 2020 la incidencia de muertes maternas fue mayor en La Guajira (38), Antioquia (34), Atlántico (34), Magdalena (28), Cundinamarca (27), Bolívar (25), Bogotá (25), Córdoba (19) y Valle del Cauca (18); (Mapa 2)

Mapa 2. Número de defunciones maternas, cambios a nivel departamental 2007-2020

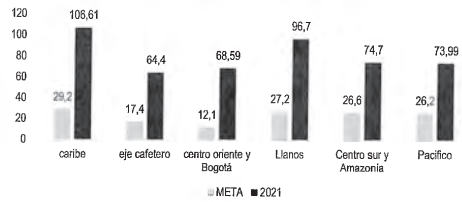


Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 23 de enero de 2023

Así las cosas, de acuerdo con los datos registrados preliminares de mortalidad materna para el año 2021, las metas por regiones del país están lejos de cumplirse, siendo la región Caribe la que presenta la tasa más alta (1,3 veces más riesgo de mortalidad en comparación con el resto del país), seguido por la región de los llanos y centro sur -Amazonía. Llama la atención que las regiones del eje cafetero y centro oriente, si bien el indicador es menor comparado con las otras regiones, dentro de ellas los indicadores de Bogotá y Antioquia son elevados y poco se acercan a la meta.¹⁸ (Gráfico 3)

¹⁸ Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lista/BibliotecaDigital/RI/DE/INEC/GUB/compes-3918-anexos-2019-estrategia-implentacion-ods.pdf>

Gráfico 3. Cumplimiento de las metas de ODS por Regiones de Colombia. Mortalidad Materna 2021 (preliminar)

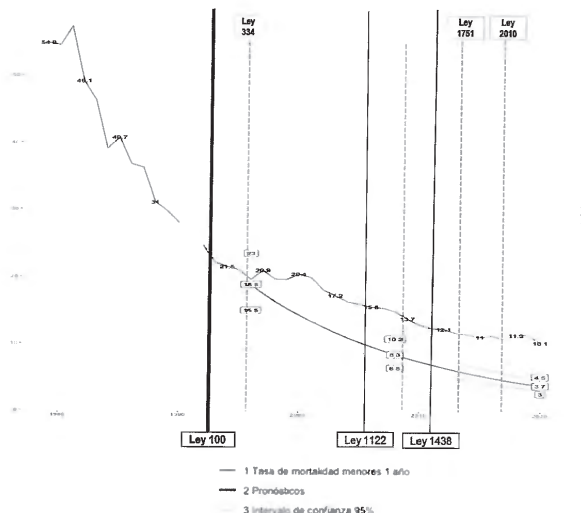


Fuente: Cálculos a partir de datos DANE

Tasa de mortalidad en menores de un año.

El análisis de series de tiempo para el periodo 1979 a 1996, según los registros de Estadísticas Vitales - EEVV presenta una tendencia marcada a la baja pasando de 54,8 en 1979 a 19,6 en 1996 muertes por 1000 menores de 1 año. A partir de 1999, si bien se presenta una reducción, no lo hace a la misma velocidad que presentó hasta 1996 y se sale del intervalo proyectado hasta el final del periodo, (Gráfico 4)

Gráfico 4. Tasa de mortalidad en menores de 1 año, serie registrada vs serie pronosticada 1980-2020

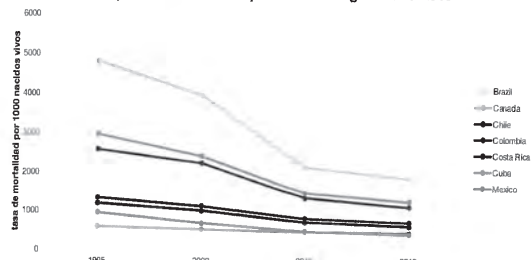


Fuente: Estadísticas Vitales DANE.

A partir de 1999 la evolución de la serie se ha mantenido fuera del intervalo de confianza, desviándose del límite superior del canal proyectado antes de la Ley 100/1993. Aun cuando se cumple la meta ODS (16,68 por 1.000), si el efecto de la intervención hubiese sido suficientemente eficaz, la mortalidad en menores de un año se habría reducido a una tasa de 8,3 por cada 1000 menores de 1 año en 2008 y a 3,7 por 1.000 menores de 1 año en 2020.

El estudio de Carga Global de Enfermedad 1995-2019 concluyó que la tasa de mortalidad en menores de un año en Colombia fue más alta que en otros países como Chile, Costa Rica, Cuba y Canadá (Gráfico 5).

Gráfico 5. Tasa de mortalidad en menores de 1 año por todas las causas, comparación con otros países de la región 1995-2019

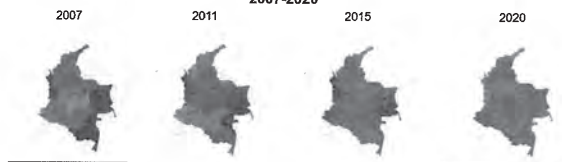


Fuente: Elaboración propia a partir de resultados del Global Burden of Disease, 2019.

Con respecto a los datos registrados por los países de la OCDE, en el periodo de 2015 a 2020, Colombia presenta la mayor tasa de mortalidad (11,4), siendo solo superada por México (11,8)¹⁹

Las brechas entre departamentos para este indicador no han mejorado en el periodo 2005-2020, lo que evidencia que los departamentos con peores resultados son cuatro veces mayores con respecto a los que obtuvieron menores tasas de mortalidad infantil. Al comparar la evolución de la tasa de mortalidad en menores de un año de edad por zonas geográficas del país, se observan mejores resultados generales entre 2007 y 2020, aunque con persistencia de desigualdad de tasas entre departamentos en detrimento de algunos como Chocó, La Guajira, Vichada y Guainía (Mapa 3).

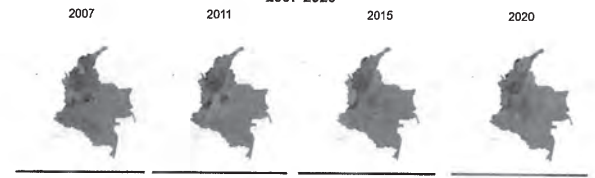
Mapa 3. Tasa de mortalidad en menores de un año, cambios a nivel departamental 2007-2020



¹⁹ Tomado de: https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?end=2020&most_recent_year_desc=false&start=2020&view=bar

Así mismo, al analizar la evolución del número de casos de muertes de menores de 1 año de edad, se observa que, en los departamentos de la Región Caribe, Antioquia, Valle del Cauca, Bogotá y Cundinamarca, donde se Existen mayor número de prestadores y supuestamente menores barreras de acceso, se presenta la mayor incidencia de muerte en el grupo de edad de menores de 1 año (Mapa 4).

Mapa 4. Casos de mortalidad en menores de un año, cambios a nivel departamental 2007-2020



Barreras de acceso a los servicios de salud

Si bien Colombia ha realizado grandes esfuerzos para mejorar la cobertura de salud en las últimas tres décadas, existen importantes dificultades del acceso a salud de la población colombiana que requiere una atención urgente.

La importante ampliación de cobertura registrada en el informe Evaluación del SGSSS 2009-2019, MSPS 2020²⁰, del 91% en 2009 a 95% en 2019, contrasta con que, para el mismo período, el porcentaje de las personas que requirieron atención en salud (excluyendo hospitalizaciones y urgencias) en el SGSSS disminuyó de 11% a 6%^{21 22}. Igualmente, los datos de la ENCV muestran que el porcentaje de la población que reportó no buscar atención cuando lo necesitaba incrementó de 25.4% a 33.1% para el período 2010-12 a 2019-21. Esta situación nos refiere a una combinación de factores que afectan la capacidad de respuesta del SGSSS y por tanto el acceso de los colombianos a servicios de salud.

Un análisis desarrollado por OPS/OMS (HSS/HS) en conjunto con la Universidad de los Andes en 2022²³, identifica múltiples barreras de acceso, las más

²⁰ Organización Panamericana de la Salud: Medición y Abordaje de las barreras de acceso que enfrentan poblaciones en situación de vulnerabilidad. Washington DC:OPS, 2023 (En preparación) utilizando metodologías mixtas, triangulación de la información recolectada, revisión de literatura relacionada con barreras de acceso a servicios de salud, análisis de información en salud obtenida de dos encuestas (Encuestas Nacional de Calidad de Vida (ENCV) de 2003 a 2021 y Estudios Nacionales de Evaluación de los servicios de las EPS de 2019 a 2021) e información recolectada mediante la realización de entrevistas a actores clave del SGSSS

²¹ MSPS Evaluación de resultados del Sistema General de Seguridad Social en Salud: 2009-2019 <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/OPS/OPS/OPS/Informe%20resultados%20sistema%20general%20seguridad%20social%202009-2019.pdf>

²² Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, Vh-Dover R. Acceso a servicios de salud: Análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Rev Gerenc y Polit Salud. 2014;13(27):236-59

importantes, los largos tiempo de espera para la atención en salud y una alta tramitología para la aprobación de servicios, en buena parte asociados al financiamiento limitado, incentivos para la contención de costos y desafíos con las tarifas de negociación de los servicios (Figura 6). Las barreras de acceso reportadas por los informantes fueron clasificadas según frecuencia y dimensiones del acceso en accesibilidad organizacional de la provisión:

- Falta de oportunidad en la atención en la salud, sin real priorización para aquellos con necesidades más urgentes, imposición de trámites excesivos para acceder a los servicios por parte de EPBS y prestadores, y falta de seguimiento de los usuarios en toda la atención, generando reprocesos y demoras en el diagnóstico y tratamiento;
- Accesibilidad geográfica: condiciones geográficas que limitan el acceso a los servicios de salud en zonas apartadas, lo que amplía la concentración de los servicios alrededor y dentro de zonas urbanas, y las redes de servicios de las EPS no siempre favorecen el acceso a los prestadores más cercanos,
- Disponibilidad: existencia de importantes diferencias regionales con relación a la disponibilidad de infraestructura y talento humano, donde las áreas apartadas son las afectadas, déficit del recurso humano en ciertas áreas, principalmente en especialidades médicas, y déficit de medicamentos relacionado con dificultades en la contratación;
- Aceptabilidad: existencia de creencias equivocadas o limitadas sobre el funcionamiento y utilidad de los servicios de salud, y el sistema no siempre reconoce las diferencias culturales e incluso idiomáticas;
- Contacto: desconocimiento sobre el funcionamiento del sistema de salud y sobre los derechos por parte de los usuarios;
- Cobertura efectiva: las condiciones precarias de los trabajadores de salud y la corrupción afectan la calidad de la prestación efectiva de los servicios; y
- Accesibilidad financiera: algunas personas no cuentan con recursos financieros para cubrir los copagos. El tamaño de las barras representa la frecuencia con que fueron mencionadas las barreras de acceso en las entrevistas

Gráfico 6. Barreras de acceso reportadas por actores clave del SGSSS en entrevistas.



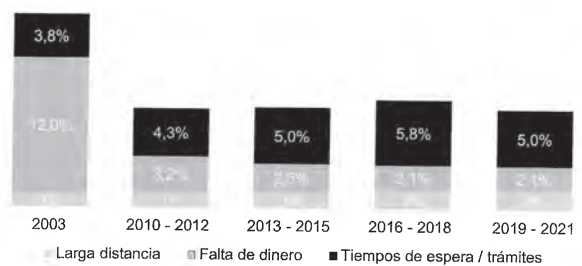
Fuente: elaboración propia según análisis de información recolectada en entrevistas a actores clave del SGSSS sobre barreras de acceso a servicios de salud en Colombia.

Según la ENCV el porcentaje de la población que no buscó atención debido a altos tiempos de espera y trámites pasó de un 3,8% en 2003, a un 5,0% en 2021 (Figura2). Los informes de los Estudios Nacionales de Evaluación de los servicios de las EPS de 2019 a 2021 muestran que el promedio de días de espera entre la solicitud de una cita para medicina familiar hasta el momento de que se hace efectiva aumentó de 24.9 días en 2019 a 31.3 días en 2020 y 44.4 días de espera en 2021²⁴

²⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS - Informe de resultados 2019, 2019,172. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/OPS/OPS/OPS/Informe%20resultados%20servicios%20EPS%202019.pdf>

²⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS - Informe de resultados 2021 [Internet]. 2021. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/OPS/OPS/OPS/Informe%20resultados%20servicios%20EPS%202021.pdf>

Gráfico 7. Porcentaje de la población que no buscó atención cuando lo necesitaba, según tipo de razones seleccionadas, Colombia, 2003 a 2021.

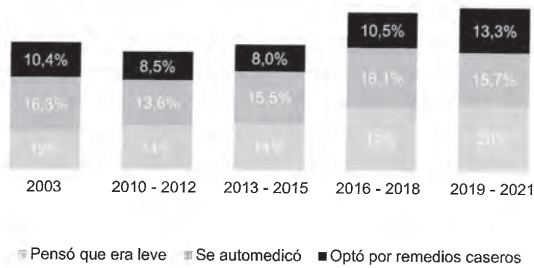


Fuente: Organización Panamericana de la Salud: Medición y Abordaje de las barreras de acceso que enfrentan poblaciones en situación de vulnerabilidad. Washington DC:OPS, 2023 (En preparación) elaboración equipo OPS a partir de datos obtenidos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) - Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV).

Una barrera de acceso de crucial importancia es la baja capacidad de respuesta del SGSSS a la diversidad cultural de la población, esto se traduce en problemas de aceptabilidad relacionados con las barreras del lenguaje, culturales y geográficas que persisten a pesar de los esfuerzos en la implementación del SJSPI. Las adaptaciones de la información sobre el sistema de salud a los diferentes dialectos existentes en el territorio nacional no se han realizado en todos los casos, lo cual profundiza las brechas de acceso por diferencias culturales.

La complejidad del sistema y el desconocimiento de los ciudadanos de las formas en que este opera es también una importante barrera para el acceso de la población a la salud, "menos probable que usuarios sin conocimientos suficientes sobre el funcionamiento del sistema de salud puedan reclamar oportuna y eficazmente sus derechos y lograr un acceso efectivo" (OPS 1). Esta falta de conocimiento también podría estar relacionada con la resolución de problemas de salud por otras vías como se muestra en la figura 3, con la automedicación pasando de un 16,7% en 2003 y un 15,7% en 2003) y el uso de remedios caseros de un 10,4% a un 13,3% entre 2019 y 2021.

Gráfico 8. Porcentaje de la población que no buscó atención cuando lo necesitaba, según tipo de razones seleccionadas, Colombia, 2003 a 2021.



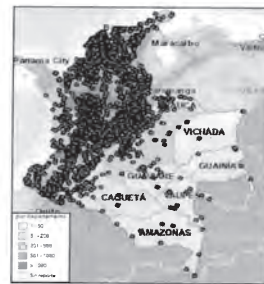
Fuente: Organización Panamericana de la Salud: Medición y Abordaje de las barreras de acceso que enfrentan poblaciones en situación de vulnerabilidad. Washington DC: OPS, 2023 (En preparación) elaboración equipo OPS a partir de datos obtenidos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) - Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV).

Sin duda los temas de acceso están directamente relacionados a la disponibilidad de talento humano calificado, estable y que tenga acceso a tecnología e infraestructura adecuada para garantizar una resolución de calidad en salud para la población, especialmente pensando en la diversidad geográfica y de niveles de desarrollo del territorio colombiano. Que decir de la capacidad de las autoridades locales de salud para planificar y coordinar todas las acciones que se requieren para cuidar la salud de la población.

A nivel nacional, existe un importante déficit de recurso humano en salud en el país a lo largo del territorio colombiano, no solo por las posibles diferencias entre lo rural y lo urbano, sino por diferencias en los niveles de desarrollo y capacidad de atracción y fijación de profesionales en zonas complejas y de difícil acceso. Según el Observatorio Nacional de Calidad en Salud del MSPS, la diferencia del número combinado de médicos y enfermeras según departamento es de 6,2 por mil habitantes en Bogotá mientras en Choco es de 1,2 revelando las grandes diferencias y por tanto barreras para el acceso de los ciudadanos colombianos a los servicios y cuidados de salud. ES fundamental además considerar que el perfil de la fuerza de trabajo en salud del sistema es más bien especializado y urbano, con médicos generales con baja capacidad resolutoria debido a las limitaciones en su autonomía y regulación de la práctica, lo cual exige revisar el perfil resolutorio de la fuerza de trabajo en salud. Todo esto considerando la concentración de la formación profesional en salud en los centros urbanos y de mejores niveles de desarrollo.

Es fundamental también analizar el déficit de infraestructura existente que constituye una barrera de acceso determinante, el estudio de Restrepo citado por OPS 22, indica que "la razón de prestadores en 2019 fue de 1,3 por 1 000 habitantes en departamentos con un nivel del desarrollo robusto, mientras que la disponibilidad en departamentos con nivel de desarrollo temprano fue de 0.5 prestadores por 1 000 habitantes. En Colombia se encuentran habilitadas 20.312 IPS25. Existen diferencias regionales en la infraestructura disponible para la atención que requiere la población para promover, proteger y recuperar la salud; en las zonas rurales no se cuenta con infraestructura suficiente ni en cantidad, ni en distribución, ni en calidad en todo el territorio nacional (en 630 municipios no existen sedes esta zona y en 492 municipios se encuentra una sola),

La mayor concentración de sedes de IPS se encuentra en Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Bucaramanga. La brecha de la infraestructura afecta las regiones de mayor rezago social, lo que ha impedido el acceso a la población más vulnerables para una atención efectiva en salud. la ENCV indican que la población indígena se ven particularmente afectada por esta situación, reportando que un 6.9% de estos grupos minoritarios no buscaron atención en salud por esta condición, en comparación con un 1.2% de aquellos que no se identifican como población indígena



Mapa 5. Distribución de IPS habilitadas en Colombia

<https://www.sispro.gov.co/central-gestion-del-conocimiento/Pages/Modulo-geografico-prestaciones.aspx>

25 Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS Fecha de corte: 2023-01-5

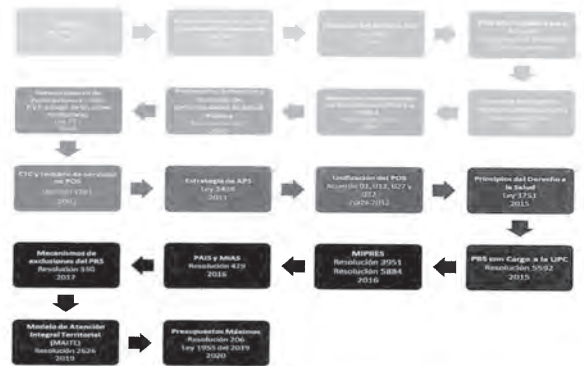
Pese a los esfuerzos del país por avanzar en la descentralización la efectividad y eficiencia de las autoridades locales se ve muchas veces limitada por temas como la débil institucionalidad de las estructuras locales, la alta rotación e inestabilidad del personal, debilidad en el acceso a comunicación y tecnologías.

Importante considerar en el marco de las barreras financieras que aún existe un porcentaje de la población sin cobertura, específicamente la población migrante, la población pobre no asegurada (PPNA) que no alcanza la clasificación mínima para afiliarse al régimen subsidiado y poblaciones especiales que no se encuentra afiliadas a ningún régimen en salud²⁶

En síntesis, analizado el esfuerzo realizado y reconociendo importantes avances en la cobertura, corresponde avanzar ahora al acceso universal (proporcionar atención de salud con calidad y seguridad para todas las personas, todos los servicios necesarios, sin barreras de pago).

Analizadas el conjunto de iniciativas y estrategias que han buscado fortalecer la salud pública y la atención primaria en salud (APS) en el país, el estudio identifica la dificultad que han tenido para concretarse, teniendo en cuenta la visión asistencial-curativa que ha acompañado al SGSSS y la heterogeneidad en las capacidades de los entes territoriales (5) Figura 1. Sin duda el incremento de las quejas y reclamos, así como de las tutelas solicitando el acceso a servicios de salud (7–12) evidencia que es a través de las estructuras legislativas que la ciudadanía busca protección especial para lograr ejercer su derecho a la salud (6).

Figura 1 Evolución de la normatividad en salud del SGSSS en Colombia



Fuente: Organización Panamericana de la Salud: Medición y Abordaje de las barreras de acceso que enfrentan poblaciones en situación de vulnerabilidad. Washington DC:OPS, 2023 (En preparación) elaboración equipo OPS

26 Ministerio de Salud y Protección Social. Población pobre no asegurada [Internet]. [cited 2022 Oct 24]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/tema/comunicacion/tema/comunicacion/Paginas/poblacion-pobre-no-asegurada.aspx>

3. Evolución de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

El SGSSS se financia básicamente con recursos fiscales y parafiscales. Los recursos fiscales se derivan de los aportes del Presupuesto General de la Nación, del Sistema General Participaciones, de las rentas cedidas a las entidades territoriales por la operación y explotación de monopolios rentísticos, y de los recursos propios de los departamentos y municipios. Por su parte, los recursos parafiscales comprenden los aportes de los cotizantes al régimen contributivo y los recursos del subsidio familiar que recaudan las Cajas de Compensación Familiar – CCF provenientes del aporte parafiscal²⁷ sobre la nómina.

Los ingresos del SGSSS representan en promedio 5,3% del PIB entre los años 2018 y 2023²⁸. Los más representativos corresponden a las cotizaciones y los aportes de la Nación, seguidos de los recursos del Sistema General de Participaciones – SGP en salud.

Las cotizaciones de los afiliados al sistema incluyen los aportes del régimen contributivo y de solidaridad de los regímenes especiales y de excepción. En los últimos 6 años (2018-2023) han tenido una participación promedio del 37,8% sobre el total de ingresos, y para la vigencia 2023 es el rubro más representativo con el 34,0%. El Presupuesto General de la Nación – PGN corresponde a aportes para la universalización de la cobertura del aseguramiento y la unificación de los planes de beneficios e incluye los recursos de FONSAET²⁹ y contribución del SOAT³⁰, así como recaudo por municiones y explosivos, que en conjunto representan en promedio el 34,9% de los ingresos en los últimos 6 años.

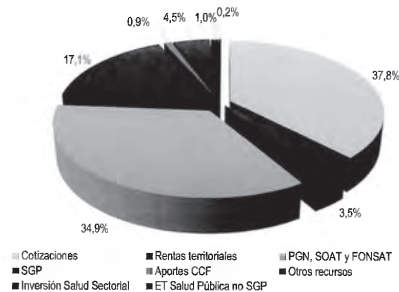
El Sistema General de Participaciones – SGP en salud, que corresponde a subsidios a la demanda de propiedad de las entidades territoriales, ha tenido una participación promedio de 17,1% del total de ingresos en el periodo 2018-2023, y en 2023 alcanza apenas el 14,6%. Adicionalmente, otros recursos conformados por rentas cedidas por entidades territoriales: Coljugos, aportes de las Cajas de Compensación Familiar, multas, sanciones e intereses de mora, el impuesto social a las armas, los aportes de USPEC³¹, FONPET³², FONSAET³³; los recursos recaudados por la UGPP⁷ y los rendimientos financieros generados por la administración de los recursos del sistema y sus excedentes, los que alcanzaron en

²⁷ Eventualmente, bajo la denominación de parafiscales cubren también los recursos provenientes del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que financian la atención de víctimas de accidentes de tránsito y de eventos catastróficos naturales y terroristas, a través de la cuenta ECAT del FOSYGA y que en algunos años han financiado el régimen subsidiado de salud.
²⁸ Para este cálculo, se excluyeron recursos provenientes del Fondo de Mitigación de Emergencias – FOME.
²⁹ Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – FONSAET.
³⁰ Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – SOAT.
³¹ Unidad De Servicios Penitenciarios y Carcelarios – USPEC.
³² Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales – FONPET.
³³ Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET.

promedio el 9,0% de participación en el último sexenio y en la vigencia 2023 llegarán a solamente al 6,5%.

Por otro lado, en este periodo los proyectos de inversión sectoriales en salud financiados con Presupuesto General de la Nación tuvieron una participación promedio anual de 1,0% frente al total de recursos. A su turno, las fuentes recurrentes utilizadas por las entidades territoriales para financiar el componente de salud pública, diferentes al SGP, tuvieron una participación promedio anual de 0,2% (Gráfico 9).

Gráfico 9. Fuentes de recursos del SGSSS
Fuentes de recursos del SGSSS
Porcentajes promedio de participación 2018 - 2023



Fuente: Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES. No incluye Fondo de Mitigación de Emergencias – FOME, ni Sistema Nacional de Residencias Médicas - SNRM. Otros recursos: multas, sanciones e intereses de mora; el impuesto social a las armas, aportes de USPEC, FONPET, FONSAET, los recursos recaudados por la UGPP y los rendimientos financieros generados por la administración de los recursos del sistema y sus excedentes.

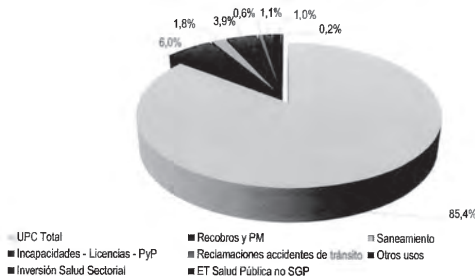
Los ingresos mencionados financian principalmente los gastos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud que le otorga a la población del territorio nacional el acceso a los servicios y tecnologías en salud autorizadas en el país, mediante la Unidad de Pago por Capitación (UPC) así como los servicios y tecnologías financiados a través del reconocimiento de presupuestos máximos y recobros que se paga a las EPS.

La totalidad de usos del SGSSS representan en promedio el 5,3% del PIB en los últimos 6 años.

Para el periodo comprendido entre 2018 y 2023, los usos más representativos son los destinados para el reconocimiento de la UPC a las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado con un promedio del 85,4% del total, y un crecimiento anual promedio de 12,9% en dicho período. En 2023, la UPC representó el 88,2%. En segundo orden, los presupuestos máximos y los recobros representaron en promedio el 6,0% en este periodo, seguido por incapacidades, licencias y programas de promoción y prevención con una participación promedio del 3,9%.

Por último, los demás usos incluyen las reclamaciones con cargo al SOAT, programas del Ministerio de Salud y Protección Social, funcionamiento de la ADRES y la Supersalud, recursos de destinación específica, sentencias y conciliaciones, apoyo financiero y fortalecimiento patrimonial a las entidades del sector salud, entre otros, y en conjunto tienen una participación promedio de 6,5% (Gráfico 10).

Gráfico 10. Usos de recursos del SGSSS
Usos del SGSSS
Porcentajes promedio de participación 2018 a 2023



Fuente: Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES. No incluye Fondo de Mitigación de Emergencias – FOME ni Sistema Nacional de Residencias Médicas - SNRM.

En los últimos seis años, las fuentes han dependido en su mayoría del aporte creciente del Presupuesto General de la Nación para lograr el cierre financiero al final de cada una de las vigencias, teniendo en cuenta el aumento anual promedio de 12,9% de la UPC frente al 8,6% de aumento anual promedio de las cotizaciones, y un crecimiento anual promedio de 21,4% del Presupuesto General de la Nación asignado al aseguramiento en salud y otros programas.

4. Incremento progresivo de la UPC

Para entender la problemática del sistema de salud colombiano, sin caer en errores conceptuales, es necesario hacer una distinción entre el aseguramiento social y el aseguramiento privado. El aseguramiento privado es voluntario, se basa en la aversión al riesgo que las personas tienen por la incertidumbre derivada de eventos adversos de salud (Ruiz Gómez, 2013). La aversión al riesgo es una característica de la conducta de la mayor parte de las personas de cara a la ocurrencia de los previsible gastos por hechos catastróficos que ponen en riesgo la vida y afectan sus finanzas personales.

La Unidad de Pago por Capitación es la prima que se le reconoce a cada una de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) por la prestación de los servicios y tecnologías en salud establecidos en el correspondiente acto administrativo.

En el aseguramiento social, dado que las características de la cobertura son reguladas y el precio está previamente establecido a través de la Unidad de Pago por Capitación UPC, la operación del asegurador social se orienta a la afiliación de personas para mantener un pool de riesgo equilibrado y a efectuar la compra de servicios a la red prestadora.

Desde el punto de vista regulatorio, las condiciones de funcionamiento del aseguramiento social son determinadas desde los intereses de la función de bienestar social del Estado. Los aseguradores sociales deben orientarse hacia el cumplimiento de un conjunto de normas establecidas y determinadas a través de los planes de beneficios y de las condiciones reglamentarias de funcionamiento determinadas por el Estado.

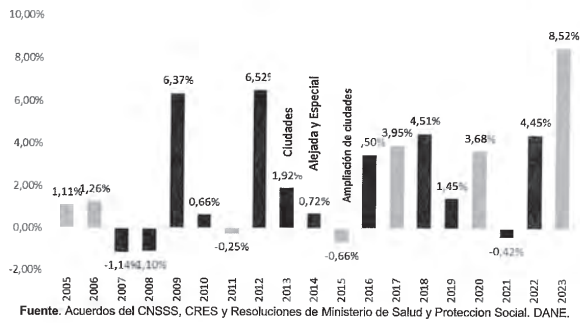
Ahora bien, la UPC se estima anualmente teniendo en cuenta las tecnologías y servicios de salud que deben ser financiados con dicha prima; así a lo largo de los años ha evolucionado con el fin de garantizar la oportunidad de la prestación de los servicios según las necesidades de los afiliados y que responda a las diferentes tecnologías que son necesarias para el tratamiento de las patologías, tal como se muestra en el Gráfico 7, donde se puede observar el crecimiento real, a precios constantes del 2023, de la Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo en periodo de tiempo comprendido entre el 2005 y 2023, es importante anotar que el modelo que estima la UPC es un modelo prospectivo razón por la cual se estima bajo los supuestos macroeconómicos del país, los cuales pueden diferir de la realidad al final del periodo, lo cual explica la variación negativa en los años 2007, 2008, y 2021.

La UPC tiene en cuenta ajustadores de riesgo como edad, sexo y ubicación geográfica; estos han sufrido modificaciones de la siguiente manera en el periodo comprendido entre el 2008 y 2010: se ajustaron los ponderadores de edad y sexo con el fin de reconocer mejor la situación de riesgo por condición etaria y según sexo del país. Este ajuste se repitió en el año 2013, además de que se modificó la zonificación del país, pasando de 8 municipios conurbados a 31 ciudades; en el

2014 se actualizaron las zonas por dispersión geográfica, pasando de 169 municipios a 363, y por las condiciones de geográficas de salud se introdujo la zona alejada que corresponde al Archipiélago de San Andrés y Providencia.

Así mismo, la Ley 1438 de 2011 estableció que debe realizarse una actualización integral cada dos años: 2012, 2014, 2016, 2018, 2019, 2021 y 2022, esta última fue una de las más grandes dado que la mayoría de tecnologías y servicios de salud financiados con el mecanismo de pago, denominados presupuestos máximos, pasaron a ser financiados con la UPC, en respuesta a la insostenibilidad del financiamiento previsto para la inclusión de nuevas tecnologías y al mandato de la Ley Estatutaria y la jurisprudencia de la Corte Constitucional

Gráfico 11. Crecimiento de la Unidad de Pago por Capitación UPC del Régimen Contributivo 2005-2023 (a precios constantes 2023)

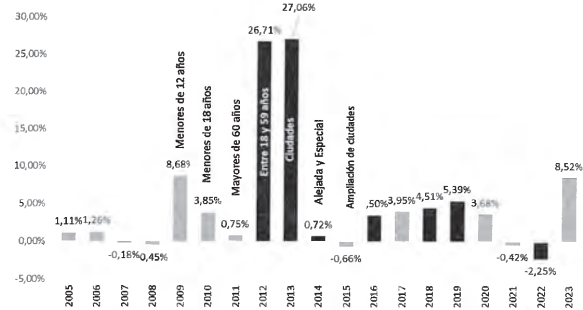


Fuente: Acuerdos del CNSSS, CRES y Resoluciones de Ministerio de Salud y Protección Social. DANE.
En cuanto al régimen subsidiado, desde la expedición de la Ley 100 de 1993 se planteó la unificación de los planes de beneficios, la cual debía realizarse al culminar el año 2000, sin embargo, fue hasta el año 2012 que se realizó la unificación total, entre otras razones, en respuesta a las órdenes emitidas por la Honorable Corte Constitucional mediante la Sentencia T-760-08. Así mismo, en aras de garantizar la prestación oportuna de los servicios de salud se ha definido la UPC necesaria para la financiación de las tecnologías y servicios de salud definidos en cada uno de los años. Así, se han observado importantes incrementos a precios constantes (Gráfico 12).

El gráfico 12 presenta el crecimiento real, a precios del año 2023, de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, en la mayoría de los años con excepción del año 2011 y 2022 el crecimiento estuvo ligado al incremento del Régimen Contributivo, la razón principal fue la baja calidad de la información del Régimen Subsidiado, sin embargo presenta algunas diferencias debido a que en un año se promulgaron dos o más actos administrativos derivados de actualizaciones puntuales, como en el año 2008 donde se amplió el plan de beneficios para el régimen subsidiado, en los años 2009, 2010, 2011, y 2012 se unificaron los planes de beneficios y se realizó una actualización integral, lo anterior provocó diferencias en los crecimientos entre regímenes

Es importante aclarar que desde el año 2012 se unificaron los planes de beneficios entre regímenes, pero no fue así con la Unidad de Pago por Capitación, conservándose una diferencia entre los regímenes derivado de los gastos de administración que difieren entre el 8% para el régimen subsidiado y el 10% para el régimen contributivo.

Gráfico 12. Crecimiento de la Unidad de Pago por Capitación UPC del Régimen Subsidiado 2005-2023 (a precios constantes 2023)



Fuente: Acuerdos del CNSSS, CRES y Resoluciones de Ministerio de Salud y Protección Social. DANE.

Actualmente, el cálculo de la UPC utiliza un modelo de ajuste de riesgo basado en Celdas y el método actuarial de razón de pérdida, con 56 grupos de riesgo para cada régimen, representados por 12 grupos de edad, sexo y cuatro regiones. El ajuste de riesgo es un mecanismo que tiene como objetivo lograr una distribución equitativa del presupuesto entre los diferentes aseguradores, dado el riesgo en salud de los afiliados.

En esa vía, Duncan, Mejía y Ahmed (2022) de la Universidad de California, Santa Barbara (UCSB), en convenio con ANIF, desarrollan una propuesta metodológica para evaluar el ajuste de riesgo actual en Colombia, frente a uno que incluya adicionalmente las condiciones de salud. Los autores concluyen que existe la posibilidad de selección adversa en el mercado de aseguramiento actual y la desprotección de las enfermedades más costosas. Así, el modelo de ajuste de riesgo basado en condiciones podría mejorar la distribución de recursos y una mejor gestión del riesgo en salud³⁴. La discriminación de las pruebas realizadas y los modelos propuestos en este estudio se pueden observar con detalle en el anexo adjunto a este documento.

Es así como el documento presentado argumenta que: "Los datos aportados por ANIF muestran que el presupuesto asignado al SGSSS para las reclamaciones del PBS parece ser suficiente en total y que el sistema actual de edad/sexo/territorio parece funcionar razonablemente bien. En total, distribuye cantidades a EPS y cubren los costos de reclamación, con márgenes tanto para la administración, como (en el caso de algunas EPS) ganancias ocasionales".

Lo anterior se sustentó de una mejor manera realizando un análisis de suficiencia basados en los índices de siniestralidad, a partir de información recogida en los estados financieros de la Superintendencia Nacional de Salud. Los índices de siniestralidad objetivo para el contributivo son del 90% y del 92% para el subsidiado. Utilizando un enfoque de Wald, concluyen que los índices de siniestralidad de las EPS del régimen contributivo tienden a caer por debajo del índice de siniestralidad objetivo del 90%. Así mismo, que las EPS del régimen subsidiado operan sistemáticamente con índices de siniestralidad inferiores al 92%.

En síntesis, el estudio concluye que las EAPB han estado suficientemente financiadas e incluso operan por debajo de sus índices de siniestralidad objetivos (90% y 92%). Así, entonces, los autores sugieren que el sistema actual reembolsa por encima de los índices de siniestralidad permisibles, y que las EPS tienden a enfrentar índices de siniestralidad constantes a través del tiempo, con cierto nivel de heterogeneidad entre EPS.

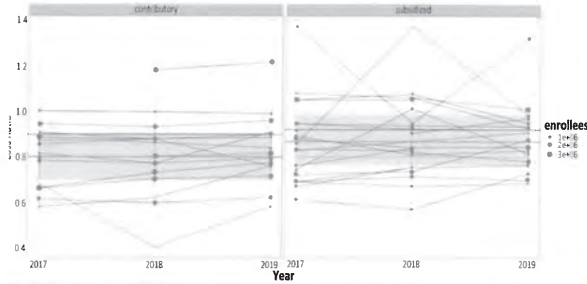
La siguiente imagen muestra un perfil de los índices de pérdida de las EPS en el conjunto de datos proporcionado por ANIF. La altura de los puntos negros de conexión corresponde a las relaciones de pérdida de cada EPS para los años 2017, 2018 y 2019, el tamaño de los puntos negros refleja el número de inscritos en cada EPS para los años correspondientes y las líneas naranjas discontinuas indican las relaciones de pérdida objetivo. Se puede observar que la mayoría de las EPS

muestran índices de siniestralidad estables a lo largo del tiempo y que estos parecen tender a caer por debajo de los índices de siniestralidad permisibles.

Para poder probar estas hipótesis, se instaló un modelo de efectos mixtos sobre el logaritmo de las relaciones de pérdida observadas³⁴. Los resultados más relevantes se muestran en el gráfico 13 Las líneas azules sólidas (80,33% para el régimen contributivo y 86,86% para el régimen subsidiado) y las bandas grises ([70,20%, 91,79%] para el régimen contributivo y [76,00%, 99,31%] para el régimen subsidiado) corresponden a predicciones a nivel de régimen del índice de siniestralidad e intervalos de predicción obtenidos respectivamente del modelo de efectos mixtos. Utilizando un enfoque de Wald, se concluyó que los índices de siniestralidad de las EPS del régimen contributivo tienden a caer por debajo del índice de siniestralidad objetivo del 90% (Duncan, Mejía y Ahmed, 2021).

³⁴ El modelo propuesto es el siguiente: $\hat{c}_i = f(x_i; \theta) = x_i^T \beta + \rho^{(i)}$, donde \hat{c}_i corresponde al costo de los procedimientos x_i es una matriz con los componentes de riesgo a ser utilizados, que en este caso serían la edad, sexo, regiones, tal como en el modelo actual, más una serie de condiciones de salud (incluyeron cerca de 261 grupos de condiciones clínicas con algunas intersecciones). $\rho^{(i)}$ es un ajuste adicional que equivale a $\rho^{(i)} = \frac{1}{w_i} \sum_j m_j \max(0, c_j - c)$.

Gráfico 13. Índice de siniestralidad según régimen predicciones obtenidas por un modelo de efectos mixtos sobre el logaritmo de las relaciones de pérdida observadas



Finalmente, el estudio al analizar los estados financieros reportados por las EPS evidencia que la relación Ingreso/Costo de estas entidades es suficiente, dando cumplimiento al artículo 23 de la Ley 1438 de 2011, en la cual se fija el porcentaje de gastos de administración, que no debe superar el 10% para el régimen contributivo y del 8% para el régimen subsidiado. Ahora bien, si se descuenta este porcentaje al ingreso de la UPC para gastos administrativos de las EPS, el cálculo de suficiencia de la UPC registrado en los estados financieros si cubre los costos y gastos de la prestación de servicios de salud (el análisis detallado se presente en los anexos adjuntos al presente documento).

5. Situación Financiera de las EPS

Las Entidades Promotoras de Salud están obligadas a reportar la información con calidad, pertinencia, oportunidad y razonabilidad en los formatos normatizados para tal fin. Del análisis de tales reportes se presentan los siguientes hallazgos por grupos de EPS.

5.1. Situación Financiera de las EPS

De las EPS activas se presenta el detalle de las EPS y EPSI, clasificadas por tipo de riesgo:

Riesgo Alto: corresponde a las siete (7) EPS que se encuentran en medida de vigilancia especial, que no cumplen indicadores de condiciones financieras y presentan alto nivel de endeudamiento, así:

Table with 15 columns: No. Registro, Medida Especial, Entidad, No. Afiliados, Cuentas por Pagar, Capital Mónico, Patrimonio Adequado, Régimen Inversiones, Nivel de Riesgo, % Cumpl. 2022/21, Nivel Riesgo en Salud, A. Solución, B. Proceso de liquidación, C. Proceso de liquidación, D. Medio de pago.

Fuente SNS

Riesgo Medio: corresponde a las tres (3) EPS que se encuentran en medida de vigilancia especial y cumplen dos (2) de los tres (3) indicadores de condiciones financieras de las EPS que no se encuentran en medida de vigilancia especial y no cumplen como mínimo dos (2) de los tres (3) indicadores de condiciones financieras y presentan un nivel medio de endeudamiento, las cuales se presentan a continuación:

Table with 15 columns: No. Registro, Medida Especial, Entidad, No. Afiliados, Cuentas por Pagar, Capital Mónico, Patrimonio Adequado, Régimen Inversiones, Nivel de Riesgo, % Cumpl. 2022/21, Nivel Riesgo en Salud, A. Solución, B. Proceso de liquidación, C. Proceso de liquidación, D. Medio de pago.

Fuente SNS

Riesgo Bajo: corresponde a las doce (12) EPS que no se encuentran en medida de vigilancia especial, cumplen al menos dos (2) de los tres (3) indicadores de condiciones financieras y presentan un nivel bajo de endeudamiento, como se detalla a continuación:

Table with 15 columns: No. Registro, Medida Especial, Entidad, No. Afiliados, Cuentas por Pagar, Capital Mónico, Patrimonio Adequado, Régimen Inversiones, Nivel de Riesgo, % Cumpl. 2022/21, Nivel Riesgo en Salud, A. Solución, B. Proceso de liquidación, C. Proceso de liquidación, D. Medio de pago.

Fuente SNS

Adicionalmente, se presenta en detalle el caso de las EPS indígenas clasificadas por tipo de riesgo, usando los mismos criterios de clasificación mencionados anteriormente. Así, dos (2) EPSI se encuentran en riesgo alto, dos (2) EPSI se encuentran en riesgo medio y una (1) en riesgo bajo, así:

Table with 15 columns: No. Registro, Medida Especial, Entidad, No. Afiliados, Cuentas por Pagar, Patrimonio Mínimo, Margen Solvencia, Régimen Inversiones, Nivel de Riesgo, % Cumpl. 2022/21, Nivel Riesgo en Salud, A. Solución, B. Proceso de liquidación, C. Proceso de liquidación, D. Medio de pago.

Fuente SNS

5.2. Deudas reconocidas por EPS activas con IPS: Cuentas por pagar por edades y acreedores para fines de supervisión

La información que se presenta a continuación corresponde a la totalidad de las cuentas por pagar reportadas por las EPS y EPSI a través del sistema NRVCC en el Archivo Tipo FT004 – Cuentas por pagar y acreedores a corte octubre de 2022, en los campos cuentas por pagar en mora, donde se registran el valor nominal de las cuentas por pagar de acuerdo con el tiempo que ha transcurrido luego de vencido el plazo establecido por la entidad acreedora para su reconocimiento (Tabla 1).

Tabla 1. Deudas vencidas de las EPS y EPSI según periodo de vencimiento. Cifras en Millones de Pesos

Table with 10 columns: EPS - EPSI, No Vencidas, Mora 30 días, Mora 60 días, Mora 90 días, Mora 180 días, Mora 360 días, Mayor 360 días, Total CxP.

Fuente SNS

5.3. Deudas de EPS en liquidación y liquidadas

En Tablas 2 a 4 se presenta la desagregación de las EPS que a la fecha de elaboración del presente informe corresponden a: i) EPS en proceso de liquidación, ii) EPS con Procesos Liquidatorios Finiquitados (2016-2022), iii) EPS con Procesos Liquidatorios Finiquitados (2003-2015).

Tabla 2. Deudas vencidas de las EPS en Proceso de Liquidación según periodo de vencimiento. Cifras en Millones de Pesos

Table with 4 columns: Nº, Razón Social, Total, Fuente de Información.

Nº	Razón Social	Total	Fuente de Información
4	Comfacundi	8.539	FT-015 CE016 2016
5	Comfacartagena	170.639	FT-015 CE016 2016
6	Ambuq	118.375	FT-015 CE016 2016
7	Comparta	330.993	FT-015 CE016 2016
8	Comeva	185.378	FT-015 CE016 2016
Total		5.028.913	

Fuente SNS

Nota: los valores pueden modificarse en decrecimiento a medida que avanza el proceso de liquidación

Tabla 3. Deudas vencidas de las EPS con Procesos Liquidatorios Finiquitados (valores indexados 2016-2022)

Cifras en millones de pesos

Nº	Razón Social	Total General	Fecha Liquidación	Fuente de Información	Valor indexado a Diciembre de 2022 CxP PSS
1	Manexca EPS		23/03/2021	FT015 CE016 2016	-
2	Cafesalud S.A.	1.244.658	23/05/2021	Informe de gestión del mandatario	1.455.615
3	Comfama	0	12/12/2018	FT015 CE016 2016	-
4	Comfenalco Antioquia	0	11/05/2016	FT015 CE016 2016	-
5	Comfenalco Tolima	0	30/09/2016	FT015 CE016 2016	-
6	Cruz Blanca S.A.	222.358	7/04/2022	Informe de gestión del mandatario	241.049
7	Comfaboy	0	23/05/2022	Informe de gestión del mandatario	-
8	Comfacor	274.904	29/01/2021	Informe de gestión de la CCF	328.465
Total		1.741.920			2.025.130

Fuente SNS

Tabla 4. Deudas vencidas de las EPS con Procesos Liquidatorios Finiquitados (valores indexados a diciembre de 2022, 2003-2015)

Cifras en millones de pesos

Núm	Nombre EPS	Régimen	Fecha Liquidación	Valor Revisado CxP PSS**	Fuente de Información	Valor indexado a diciembre de 2022 CxP PSS
1	MUTUAL ESS DE ARMENIA AMESS	RS	8/01/2003	36	Informe de Gestión Liquidador	92
2	MUTUAL CAMPESINA SALUD BOLIVAR	RS	10/03/2003	4.086	Informe de Gestión Liquidador	10.102
3	FONDO PROSEGURIDAD SOCIAL DE LOTEROS Y VENDEDORES DE APUESTAS ESS	RS	19/05/2003	22	Informe de Gestión Liquidador	52
4	MUTUAL PARA EL BUEN VIVIR AMPEBY	RS	21/05/2003		Informe de Gestión Liquidador	
5	MUTUAL PARA LA SALUD DESARROLLO Y FUTURO TIMBIANO	RS	20/06/2003		Sin información	
6	MUTUAL DE INZA	RS	20/06/2003		Sin información	
7	COOPERATIVA DE SALUD DEL NORTE "SALUD NORTE ESS"	RS	27/06/2003	1.592	Informe de Gestión Liquidador	3.832
8	COOPERATIVA DE SALUD ECOOPSALS ESS	RS	15/07/2003	7	Informe de Gestión Liquidador	17
9	COOPERATIVA INTEGRAL DE SALUD ESS COINSALUD	RS	30/09/2003	5	Otro	11
10	MUTUAL PIENDASALUD ESS	RS	5/10/2003	364	Informe de Gestión Liquidador	874
11	COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD DE CUNDAY ECOOPSCUNDAY	RS	15/12/2003	8	Informe de Gestión Liquidador	20
12	MUTUAL LA INMACULADA ESS	RS	26/12/2003	103	Informe de Gestión Liquidador	247
13	COVIDA ESS CARTAGENA	RS	30/12/2003		Sin información	
14	COOPERATIVA DEL MUNICIPIO DE MONTERREY "ESS COOPREGIOSALUD LTDA."	RS	30/12/2003		Sin información	
15	CALISALUD EPS SOLIDARIA DE CONTRIBUTIVO	RC	30/12/2003		Otro	
16	ASOCIACIÓN PARA LA SALUD SOLIDARIA DE LA ARGENTINA ESS	RS	1/02/2004	217	Informe de Gestión Liquidador	512
17	COEMSALUD ESS HUILA	RS	31/03/2004	150	Informe de Gestión Liquidador	349
18	MUTUAL DE LOS ANDES AMUANDES ESS	RS	10/04/2004	401	Informe de Gestión Liquidador	923
41	EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ES MÁS SALUD ORGANIZACIÓN COOPERATIVA ASOCIACIÓN FAMILIA Y SALUD "FAMISALUD"	RS	31/05/2005	3.028	Otro	6.614
42	CORPORACIÓN ESS DEL CARIBE SOCICARIBE	RS	31/05/2005		Informe de Gestión Liquidador	
43	COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE SALUD PARA LA FAMILIA COLOMBIANA SALUD FAMILIA LTDA ESS	RS	23/06/2005		Sin información	
44	COOPERATIVA SOLIDARIA DE SALUD COOPDESA ESS	RS	23/06/2005	565	Informe de Gestión Liquidador	1.228
45	COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE VERGARA ECOOPSVERGARA	RS	24/06/2005		Sin información	
46	MUTUAL FAMILIAS UNIDAS DE ANTIOQUIA ESS	RS	24/06/2005	2.510	Informe de Gestión Liquidador	5.488
47	COOPERATIVA DE SALUD DE LA COSTA SALUD COSTA ESS	RS	24/06/2005		Informe de Gestión Liquidador	
48	COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESPINAL ESS	RS	24/06/2005	149	Otro	324
49	COOPERATIVA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ARAUCA ESS COOPSALUD	RS	27/06/2005	438	Informe de Gestión Liquidador	952
50	COOPERATIVA DE SALUD DE ARAUQUITA COOPSA LTDA	RS	27/06/2005	143	Informe de Gestión Liquidador	310
51	MUTUAL DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL PARA FUNDACION AMSALUD	RS	28/06/2005		Sin información	
52	CORPORACIÓN SALUD PARA PUEBLO VIEJO COOPPIE	RS	29/06/2005		Informe de Gestión Liquidador	
53	MUTUAL PERMANENTE DE VALENCIA AMSAP	RS	30/06/2005		Sin información	
54	MUTUAL EL BUEN VIVIR CAMPO DE LA CRUZ ATLANTICO ESS	RS	7/07/2005		Informe de Gestión Liquidador	
55	MUTUAL VIDA Y SALUD AMVISALUD ESS	RS	7/07/2005	383	Informe de Gestión Liquidador	829

19	ASOCIACIÓN SOLIDARIA DE SALUD ASTREA	RS	16/04/2004		Informe de Gestión Liquidador	
20	COOPERATIVA "COOPSOLSA"	RS	30/04/2004	464	Otro	1.069
21	MUTUAL LA NUEVA ESPERANZA ESS DE GUAPI	RS	6/05/2004	37	Informe de Gestión Liquidador	84
22	LA SUIZA DE AMÉRICA EPS	RS	28/05/2004	1	Informe de Gestión Liquidador	2
23	BONSALUD	RC	31/05/2004		Sin información	
24	COOPERATIVA SALUD Y VIDA ESS COOPSALUD	RS	31/05/2004	224	Otro	514
25	COOPERATIVA ALCATRAZ LTDA ESS	RS	18/08/2004	93	Informe de Gestión Liquidador	210
26	ASOCIACIÓN EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE MAICAO	RS	7/09/2004		Seleccione	
27	EPS BARRANQUILLA SANA	RC - RS	27/12/2004		Informe de Gestión Liquidador	
28	MUTUAL DE SALUD DE VALLEDUPAR	RS	27/12/2004	30	Informe de Gestión Liquidador	69
29	COOPERATIVA DE LA NUEVA ESPERANZA DE CURUMANI ESS	RS	27/12/2004		Sin información	
30	CORPORACIÓN SALUD PARA PIVIAI COORSAPIVI	RS	25/01/2005		Informe de Gestión Liquidador	
31	COOPERATIVA PARA SOLEDAD COOPSASOL	RS	25/01/2005		Otro	
32	COOPERATIVA LA MAGDALENA LTDA ESS	RS	8/02/2005		Informe de Gestión Liquidador	
33	COOPERATIVA DE BALBOA RISARALDA "ESSBALBOA"	RS	14/02/2005	2	Informe de Gestión Liquidador	3
34	MUTUAL DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL DE QUIMBAYA ESS	RS	14/02/2005	41	Informe de Gestión Liquidador	91
35	ASOCIACIÓN MUTUAL DE CHIA ESS	RS	31/03/2005	11	Informe de Gestión Liquidador	24
36	COOPERATIVA DEL ORIENTE DE CUNDINAMARCA ECOSORIENTE ESS	RS	31/03/2005		Informe de Gestión Liquidador	
37	MUTUAL ESS ASOMESS	RS	31/03/2005	12	Informe de Gestión Liquidador	27
38	COOPERATIVA DE SALUD PARA EL BIENESTAR FAMILIAR COOSABFAM	RS	13/04/2005	197	Informe de Gestión Liquidador	432
39	COOPERATIVA MULTIACTIVA DEL CARIBE COOPSACARIBE	RS	15/04/2005	27	Informe de Gestión Liquidador	60
40	EPS DE RISARALDA S.A.	RC	12/05/2005	2.052	Informe de Gestión Liquidador	4.480

57	COOPERATIVA DE SALUD LA ESPERANZA DE SOGAMOSO COESPERANZA LTDA ESS	RS	29/07/2005	524	Informe de Gestión Liquidador	1.135
58	MUTUAL SALUD Y PROGRESO DEL SUROCCIDENTE DE BARRANQUILLA ESS	RS	4/08/2005		Informe de Gestión Liquidador	
59	MUTUAL FUTURO ESS DE PISOJÓ LIQUIDADADA	RS	2/09/2005	216	Informe de Gestión Liquidador	468
60	MUTUAL EL BUEN VIVIR ESS DEL RIO CUITO	RS	17/09/2005		Informe de Gestión Liquidador	
61	MUTUAL ACTIVA SALUD	RS	27/09/2005		Otro	
62	MUTUAL SOLIDARIA PARA LA SALUD Y EL DESARROLLO INTEGRAL DE SANTA MARTA ASMUSALUD	RS	30/09/2005	699	Informe de Gestión Liquidador	1.512
63	MUTUAL SOLIDARIA PARA LA SALUD Y EL DESARROLLO INTEGRAL DE SABANA DE TORRES ESS	RS	13/10/2005		Sin información	
64	ASOCIACIÓN GOLFO DE TRIBUGA ESS DEL MUNICIPIO DE NUQUI	RS	26/10/2005		Informe de Gestión Liquidador	
65	COOPERATIVA INTEGRAL DE SALUD DE BUCARAMANGA LTDA COISBU LTDA ESS LIQUIDADADA	RS	22/11/2005	121	Informe de Gestión Liquidador	261
66	EMPRESA PROMOTORA DE SALUD CONDOR S.A.	RC	16/12/2005		Informe de Gestión Liquidador	
67	MUTUAL EL BUEN SAMARITANO DE SAN BERNARDO DEL VIENTO "AMBUSANBER" ESS	RS	31/12/2005		Informe de Gestión Liquidador	
68	MUTUAL DE SALUD DEL SINU AMUSS	RS	30/01/2006		Informe de Gestión Liquidador	
69	MUTUAL DE SALUD DE LORICA AMUSAL ESS	RS	30/01/2006		Seleccíone	
70	MUTUAL SOLIDARIA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE ARACATACA AMUSAMAG ESS	RS	27/01/2006		Informe de Gestión Liquidador	
71	UNIMEC EPS S.A.	RC - RS	28/03/2006		Informe de Gestión Liquidador	

72	EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SELVASALUD	RC	19/04/2006		Otro	
73	COOPERATIVA PARA EL DESARROLLO SOCIAL EN SALUD LTDA COESSALUD LTDA SAN GIL SANTANDER	RS	6/05/2006		Informe de Gestión Liquidador	
74	CAPRESOCA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD (RÉGIMEN CONTRIBUTIVO)	RC	23/06/2006		Otro	
75	ASOCIACIÓN DE ENTIDADES TRADICIONALES EMMANUEL EMPRESA PROMOTORA DE SALUD	EPSI	30/06/2006		Sin información	
76	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR ASFAMILIAS	RS	16/07/2006		Informe de Gestión Liquidador	
77	MUTUAL MILAGRO DE DIOS-RÍO SUCIO CHOCÓ	RS	26/07/2006		Informe de Gestión Liquidador	
78	MUTUAL PLAYAS DEL PACIFICO ESS DE BAHIA SOLANO	RS	26/07/2006		Informe de Gestión Liquidador	
79	EMPRESA PROMOTORA DE SALUD CONVIDA (RÉGIMEN CONTRIBUTIVO)	RC	13/07/2006	212	Informe de Gestión Liquidador	442
80	ASOCIACIÓN GUAVIARE 2000 ESS	RS	22/09/2006		Sin información	
81	EPS CALDAS S.A.	RC - RS	31/03/2007		Sin información	
82	CCF COMFENALCO QUINDIO (RÉGIMEN SUBSIDIADO)	RS	30/06/2007		Sin información	
83	COMCAJA A.R.S.	RS	30/11/2012	121	Otro	196
84	COMFENALCO SANTANDER	RS	24/03/2014		Informe de Gestión Liquidador	
85	CALISALUD EPS	RS	30/04/2014	36.508	Informe de Gestión Liquidador	56.958
86	SOLSALUD S.A. EPS	RC - RS	6/06/2014	180.149	Informe de Gestión Liquidador	278.440
87	COMFACA	RS	26/03/2015	306	Informe de Gestión Liquidador	459
88	CAMACOL	RS	11/04/2015	2.945	Informe de Gestión Liquidador	4.395
89	GOLDEN GROUP	RC	15/07/2015	50.357	Informe de Gestión Liquidador	74.475
90	SELVASALUD	RS	18/09/2015	40.512	Informe de Gestión Liquidador	59.516
91	SALUD COLOMBIA EPS	RC	29/11/2015	3.074	Informe de Gestión Liquidador	4.454
92	HUMANA VIVIR EPS		14/05/2015	73.901	Informe de Gestión Liquidador	109.688
TOTAL				407.836		633.937

Fuente SNS

Tabla 5. Consolidado Cartera EPS

TIPO DE EPS DEUDORA	VALOR
Riesgo Alto	3.552.091.000
Riesgo Medio:	1.208.877.000
EPSI	578.116.000
EPS en Proceso de Liquidación	5.028.913.000
EPS con Procesos Liquidatorios Finiquitados y valores indexados (2016 – 2022)	2.025.130.000
EPS con Procesos Liquidatorios Finiquitados y valores indexados (2003-2015)	633.937.000
TOTAL DEUDA	13.027.064.000

Fuente: Superintendencia de Salud – Ministerio de Protección en Salud

Si bien las deudas totales ascenderían a \$ 24'293.867 miles de millones, no obstante, se excluyen las deudas clasificadas como de "bajo riesgo" por parte de la Superintendencia de Salud, en virtud de que estas son inferiores a un año y, además, dichas obligaciones cuentan con respaldo en reservas y activos por parte de las EPS, para horrrarlas durante la vigencia.

De esta forma, el consolidado de las obligaciones a cargo de las EPS clasificadas como de riesgo alto, riesgo medio, EPSI, EPS en proceso de liquidación; EPS con procesos liquidatorios finiquitados en el periodo 2003 – 2015 y, EPS con procesos liquidatorios del periodo 2016 – 2022, en pesos constantes a diciembre de 2022, ascienden a \$13,027 billones.

6. Sostenibilidad del sistema y deterioro progresivo de indicadores de permanencia de las EPS

6.1. Sostenibilidad

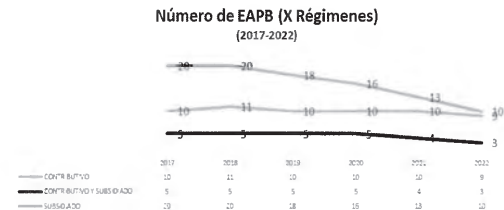
En 2017 existían 35 EAPB³⁵. Sin embargo, por el incumplimiento de las condiciones financieras para la permanencia en el sistema de salud y luego de los procesos de liquidación definidos por la normatividad vigente, en la actualidad existen 22. El Gráfico 14 muestra la salida de 17 entidades en este período según el régimen de afiliación, y permite identificar que la salida fue mayor relativamente entre las entidades del Régimen Subsidiado (50%) (Gráfico 9). De las 10 EAPB que en 2022 están en el régimen subsidiado, ocho tienen alto riesgo financiero y están en seguimiento especial por la SNS: EPS SOS – Savia Salud – Asmet Salud – ComfáChocó – Ecoopos – Capital Salud – Cofa Oriente y Emsanar.

Este proceso de salida de EAPB genera cambios en el sistema, que van desde el agravamiento de barreras en el acceso a los servicios por la incertidumbre ante los

³⁵ Total, de EAPB para el año 2017, no incluye (5) EPSI ni (3) que entraron en liquidación el año anterior (Comfaboy – Cafesalud – Manexka. Fuente Superintendencia Nacional de Salud – FID03 y Listado de Entidades Liquidadas.

anuncios de intervención, hasta los observados en las EAPB receptoras de afiliados de las EAPB liquidadas, afectando la capacidad operativa, financiera y técnica.

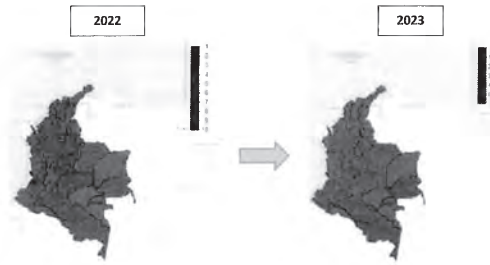
Gráfico 14. Evolución número de EAPB según régimen 2017-2020



Fuente: OAPES-GESEPP (Fuente Superintendencia Nacional de Salud).

En el panorama descrito y tomando las condiciones hasta 2022, el grupo de estudios sectoriales de la oficina asesora de planeación del ministerio de salud realizó un estudio de simulación de los efectos de la liquidación de las EAPB intervenidas por razones de solvencia financiera, encontrándose como hallazgo central que para finales del año 2023 cinco (5) EAPB presentarían probabilidades de insolvencia mayores al promedio de las EAPB que se encontraban en proceso de liquidación en el año 2022. Por otro lado, el ejercicio de simulación también mostró que el efecto sería mayor en los territorios con mayor proporción de EAPB en el régimen subsidiado. El Gráfico 15 muestra la variación departamental en el número de EAPB con solvencia financiera.

Gráfica 15. Número de EAPB con solvencia financiera³⁶ por departamentos 2022 - 2023

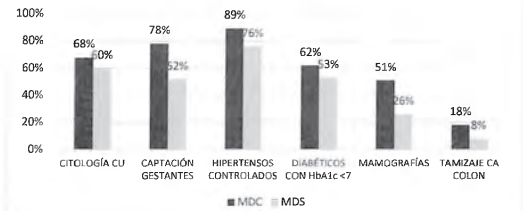


Fuente: OAPES-GESEPP (Fuente Superintendencia Nacional de Salud).

De manera complementaria a la evaluación de indicadores de solvencia financiera se analizó el cumplimiento de las metas de protección específica y de detección oportuna en coberturas en intervenciones trazadoras para cada régimen de afiliación. Los gráficos 16 y 17 muestran las proporciones de detección oportuna reportados para el año 2019 en ambos regímenes según el tipo de desempeño (mejor y peor) de las EAPB. De manera consistente los datos muestran no sólo el bajo cumplimiento de las metas, sino las inaceptables brechas entre entidades del régimen contributivo y subsidiado.

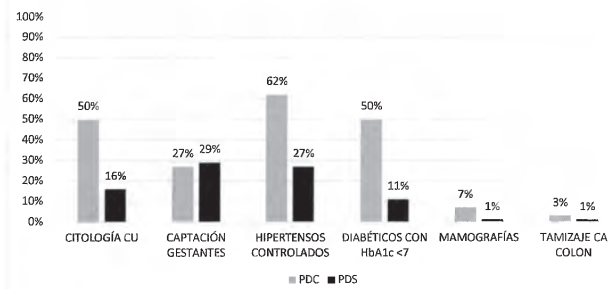
³⁶ El número de EAPB solventes por departamento, desde el menor número en color rojo, hasta el mayor número en color amarillo y luego verde

Gráfico 16. Cumplimiento en metas de protección específica y detección oportuna en coberturas de intervenciones trazadoras en 2019 EPS de mejor desempeño del régimen contributivo y del régimen subsidiado



Fuente: Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes de información: 1) Reporte protección específica y detección temprana -PEDT-DED: Proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina, Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal (Fuente PEDT-DED), Proporción de mujeres con toma de mamografía (Fuente PEDT-DED). 2) Cuenta de alto costo: Proporción de hipertensos controlados (menor 140/90mm), Meta de HbA1c (menor 7%) en pacientes diabéticos. 3) RIPS-BDUA: Proporción de personas entre 50 años y 75 años con tamización para cáncer de colon y recto con colonoscopia en los últimos diez años.

Gráfico 17. Cumplimiento en metas de protección específica y detección oportuna en coberturas de intervenciones trazadoras 2019 EPS de peor desempeño del régimen contributivo y régimen subsidiado



Fuente: Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes de información: 1) Reporte protección específica y detección temprana -PEDT-DED: Proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina, Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal (Fuente PEDT-DED), Proporción de mujeres con toma de mamografía (Fuente PEDT-DED). 2) Cuenta de alto costo: Proporción de hipertensos controlados (menor 140/90mm), Meta de HbA1c (menor 7%) en pacientes diabéticos. 3) RIPS-BDUA: Proporción de personas entre 50 años y 75 años con tamización para cáncer de colon y recto con colonoscopia en los últimos diez años.

6.2. Tendencia de los principales indicadores financieros de las EPS 2018 - 2032

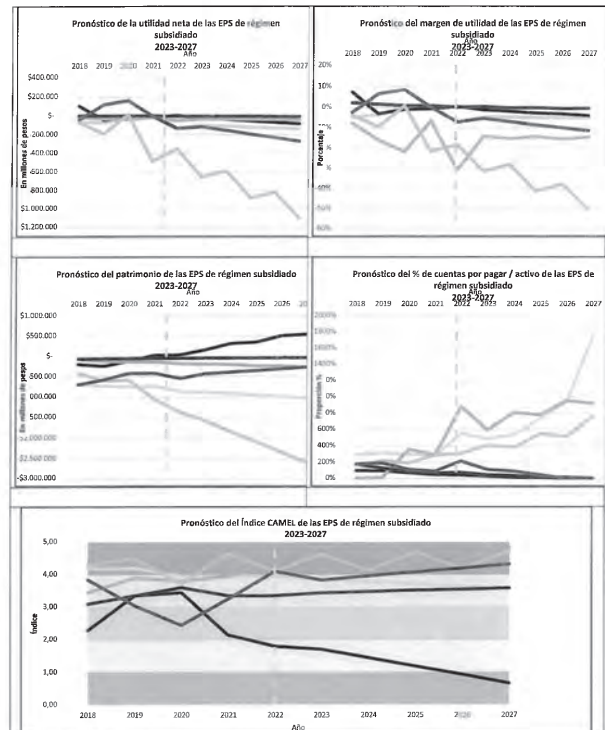
El presente análisis busca mostrar la tendencia que tendrán las EPS en algunos de sus principales indicadores, para así identificar su estabilidad en un periodo de 5 años. La metodología para la estimación de los indicadores se basa en información que proviene del catálogo de cuentas de las EPS publicado por la Superintendencia Nacional de Salud. Se utilizaron los datos entre 2018 y 2020 como base para los pronósticos de cada indicador. El pronóstico se realizó mediante la fórmula pronostico.est, que está basado en un algoritmo de suavizado exponencial triple, tomando los valores para los años entre 2018 y 2022 como base de cálculo de la tendencia que tendría el indicador en los próximos 5 años.

Las EPS se ordenan en cuatro grupos: régimen contributivo RC (9 EPS), régimen subsidiado RS (6 EPS), cajas de compensación familiar con programa de salud en RS (4 EPS) y EPS que operan en los dos regímenes de salud (3 EPS). Se analizan cuatro indicadores para cada EPS en cada grupo y se parecían las tendencias: 1. utilidad neta (valor apropiado por encima de 0); 2. margen de utilidad (valor apropiado por encima de 0); 3. Patrimonio (valor apropiado por encima de 0); 4. % de cuentas por pagar / activo (valor apropiado por debajo de 0%); y 5. El indicador CAMEL de riesgo financiero (calificación de 5 es muy alto riesgo financiero y 1 muy bajo)

Los resultados centrales del análisis son:

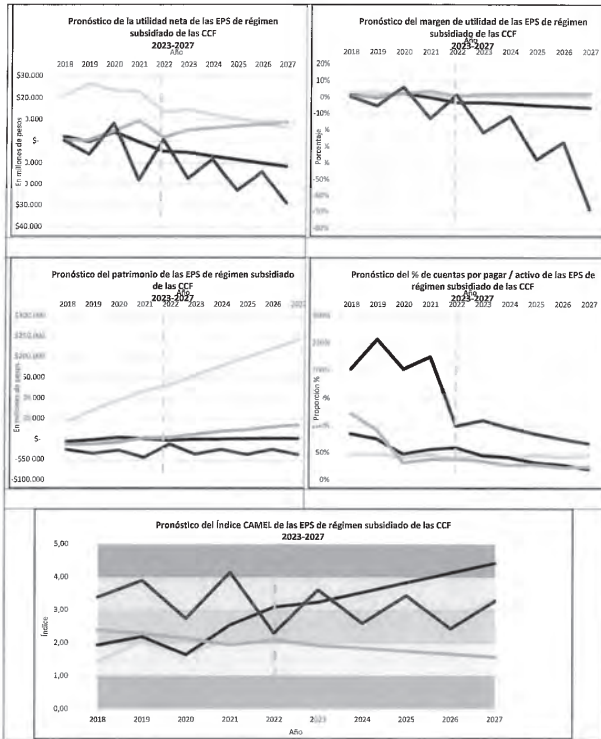
- En el grupo de las 8 EPS del RS, las tendencias muestran: al menos 7 de 8, tienen indicadores de inviabilidad actual y futura: pérdidas sostenidas, patrimonio negativo, incapacidad de pago de cuentas, y se ubican en la franja "roja" de inviabilidad por alto y muy alto riesgo financiero. En su conjunto este grupo resulta con tendencia a la inviabilidad franca.
- En el grupo de las 4 EPS de las CCF-RS, las tendencias muestran, resultados con tendencia similar a las del grupo anterior.
- En el grupo de 9 EPS del RC, se observa: una tendencia general a la pérdida en los próximo 5 años, aunque algunas mantengan patrimonios positivos, la capacidad de contar activos para solventar las cuentas por pagar se incumplen en la mayoría. El índice de riesgo financiero muestra una tendencia de 4 de ellas al alto riesgo, 2 lo mantienen estable y 3 en bajo riesgo. Este grupo tiene un comportamiento diverso, pero al menos 3 de ellas, tienen fuerte tendencia a la inviabilidad.
- En el grupo de las 3 EPS que operan en ambos regímenes de salud: es el grupo que muestra los mejores resultados en la tendencia, observándose que las 3 entidades tienen indicadores de sostenibilidad y bajo riesgo financiero en la tendencia.

Grupo de EPS del Régimen Subsidiado



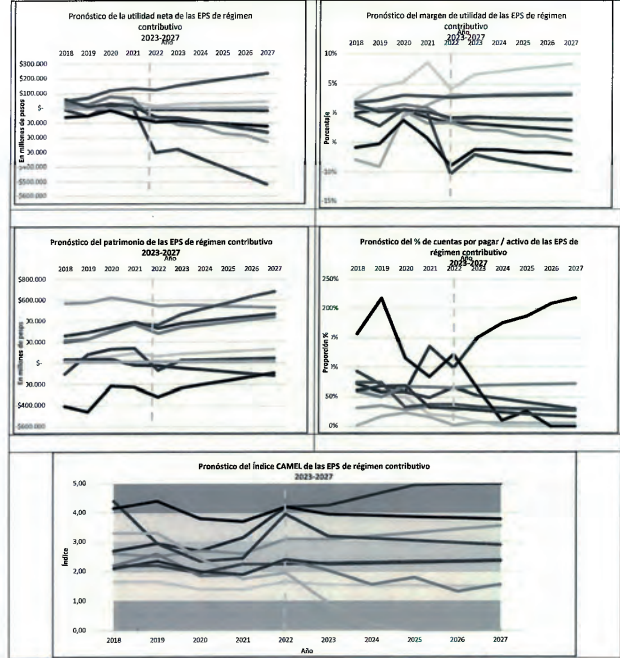
Fuente: catálogo de cuentas de las EPS Superintendencia Nacional de Salud.

Grupo de EPS Cajas de Compensación Familiar con programas de salud en el Régimen Subsidiado



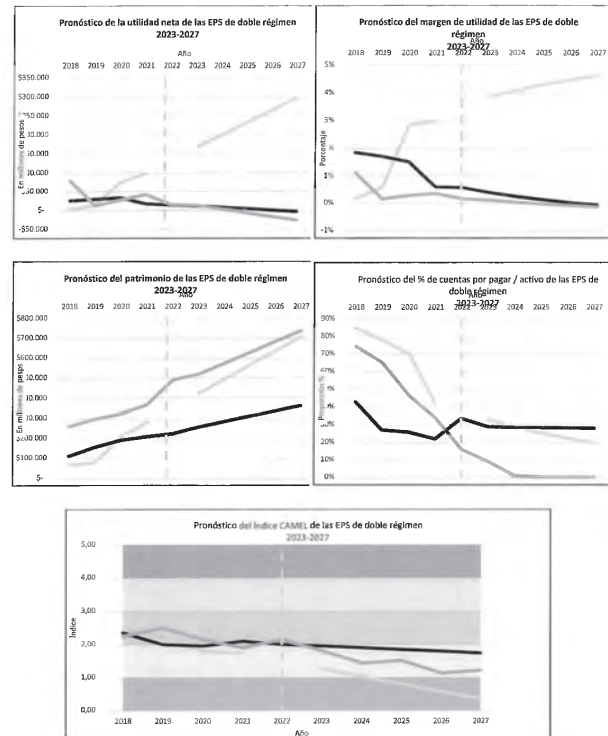
Fuente: catálogo de cuentas de las EPS Superintendencia Nacional de Salud.

Grupo de EPS del Régimen Contributivo



Fuente: catálogo de cuentas de las EPS Superintendencia Nacional de Salud.

Grupo de EPS que operan en ambos regímenes



Fuente: catálogo de cuentas de las EPS Superintendencia Nacional de Salud.

7. Deudas acumuladas en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

7.1. Cartera de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Con corte a septiembre de 2022, las Empresas Sociales del Estado registraron una cartera (cuentas por cobrar) de 11,7 billones de pesos con las Entidades Responsables de Pago (EPS, SOAT, ADRES, Régimen Especial, entre otros) y unos pasivos de 7,2 billones de pesos (Fuente: Reporte SIHO a septiembre de 2022) (Tabla 6).

Tabla 6. Cartera Empresas Sociales del Estado por vigencias y edad (2016 a 2022)

Cartera (cuentas por cobrar) reportadas por las ESE Corte: 2016 a septiembre de 2022 cifras en millones de pesos						
Año	<60 días	61 a 90 días	91 a 180 días	181 a 360 días	> 360 días	Total Cartera
2016	1.178.096.031	500.491.438	1.008.720.864	1.360.150.283	3.628.721.542	7.676.076.224
2017	1.219.743.925	587.043.488	1.110.377.782	1.520.354.876	4.078.489.020	8.516.009.440
2018	1.321.802.035	554.752.397	1.133.744.292	1.417.588.433	4.763.658.808	9.191.545.968
2019	1.533.947.816	638.514.727	1.263.537.748	1.584.728.492	4.999.983.214	10.021.487.284
2020	1.473.622.143	556.057.518	966.727.793	1.485.188.207	5.549.064.405	10.030.859.991
2021	1.848.582.199	666.977.286	1.470.010.449	1.704.861.985	5.449.526.072	11.169.957.994
2022	1.756.520.605	700.478.637	1.356.367.756	1.900.968.711	6.046.606.011	11.760.941.722

Fuente SNS

Tabla 7. Pasivos de las Empresas Sociales del Estado a septiembre de 2022

Pasivos acumulados adeudados por las Empresas Sociales del Estado -ESE Millones de \$ corrientes		
Concepto	Total	% Part.
Préstamos por pagar	109.653	1%
Cuentas por pagar	3.284.269	45%
Beneficios a los empleados	1.101.057	15%
Provisiones (Litigios y demandas, garantías y provisiones diversas)	1.171.711	16%
Otros Pasivos	1.648.973	23%
Total Pasivos	7.315.663	100%

Si las entidades responsables de pago (EPS, SOAT, ADRES, Régimen Especial, entre otros) pagaran la cartera que tienen con las ESE menor o igual a 360 días, las ESE podrían cancelar el 78% de sus pasivos.

hospitales locales únicos de municipios pequeños se consideran centros de atención primaria con camas y se financian por esta vía). La partida destinada a la formalización de hospitales se proyecta con un crecimiento real permanente promedios del 5% anual.

La metodología del costeo del programa de formalización se realizó teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Se toma como fuente a la información reportada por las ESE, validada y presentada por las Direcciones Territoriales de Salud nivel Departamental y Distrital al Ministerio de Salud y Protección Social en virtud del Decreto 2193 de 2004 compilado en el Decreto 780 de 2016.
- Se tiene en cuenta la asignación básica mensual (8 horas) reportada por cada perfil de los cargos en planta de personal de las ESE, incluyendo factores prestacionales de los empleados públicos.
- Se basa en el reporte del número de personas contratadas por las ESE con persona natural o jurídica por actividad desarrollada, activas o vigentes a 30 de septiembre de 2022.
- Se realiza la estimación para nivel profesional, técnico y asistencial.
- No se tiene en cuenta la estimación de la formalización laboral de los profesionales de medicina y odontología especializado(a)s por su manifiesta renuencia a la formalización.
- La proyección se realiza para las categorías:
 - Trabajadores Operativos en su calidad de trabajadores misionales
 - Trabajadores de apoyo como trabajadores que realizan actividades administrativas

8.1. Costeo de los trabajadores de salud: Apoyo (administrativo) y Operativo (asistencial – misional)

Se propone formalizar a los trabajadores de las dos categorías operativos (42.784) y apoyo (85.859), iniciando por niveles de atención. La formalización requiere 9 billones de pesos.

Descripción de las actividades y perfiles de los trabajadores de la salud: Operativo (asistencial) y Apoyo (administrativo)
Datos en número de personas

Actividad por número de personas según nivel de atención	Apoyo (Administrativo)			Total Apoyo (Administrativo)	Operativo (Asistencial)			Total Operativo (Asistencial)	Total general
	1° nivel	2° nivel	3° nivel		1° nivel	2° nivel	3° nivel		
Total general	23.206	11.885	7.693	42.784	38.322	22.175	25.362	85.859	128.643

Estimación de costos según las actividades y perfiles de los trabajadores de la salud: Operativo (asistencial) y Apoyo (administrativo)
(Cifras en billones de pesos)

Actividad	Apoyo (Administrativo)			Total Apoyo (Administrativo)	Operativo (Asistencial)			Total Operativo (Asistencial)	Total general
	Nivel de atención				Nivel de atención				
	1° nivel	2° nivel	3° nivel		1° nivel	2° nivel	3° nivel		
Total	1,4	0,8	0,5	2,7	2,6	1,6	1,8	6,2	8,98

8.2. Estimación de la formalización laboral de los trabajadores de la salud: Operativo (asistencial) y Apoyo (administrativo)

En las tablas 11 y 12 se muestra tanto el número de trabajadores según categoría y nivel de atención como la proyección del costo con la formalización laboral. La Tabla 11 corresponde a un escenario de formalización por categoría.

Tabla 11. Número de trabajadores sujetos de formalización por categoría y costo neto (escenario 1)

Número de Personas						
Nivel de atención	Apoyo (Administrativo)	% de participación por tipo de área	Operativo (Asistencial)	% de participación por tipo de área	Total general	% de participación / Total
1	23.206	37,7%	38.287	62,3%	61.493	47,8%
2	11.885	34,9%	22.146	65,1%	34.031	26,5%
3	7.693	23,3%	25.332	76,7%	33.025	25,7%
Total	42.784	33,3%	85.765	66,7%	128.549	100,0%

Fuente: Información reportada por las ESE, validada y presentada por la DTS Departamentales y Distritales al MSPS en virtud del Decreto 2193 de 2004, compilado en el Decreto 780 de 2016

Valores en Billones de \$ constantes 2.023						
Nivel de atención	Apoyo (Administrativo)	% de participación por tipo de área	Operativo (Asistencial)	% de participación por tipo de área	Total general	% de participación / Total
1	\$ 1,4	33,6%	\$ 2,8	66,4%	\$ 4,1	46,1%
2	\$ 0,8	32,5%	\$ 1,6	67,5%	\$ 2,4	26,6%
3	\$ 0,5	21,9%	\$ 1,9	78,1%	\$ 2,5	27,3%
Total	\$ 2,7	30,1%	\$ 6,3	69,9%	\$ 9,0	100,0%

Fuente: Estimación realizada por Dirección de Desarrollo de THS y Dirección de Prestación de Servicios de Salud-MSPS, tomando como base información del SHD

Tabla 12. Número de trabajadores sujetos de formalización por nivel de atención y costo neto (escenario 2)

Valores en Billones de \$ constantes 2.023					
Nivel de THS	Nivel de complejidad				
	1	2	3	Total	Proporción
Profesional	\$ 2,4	\$ 1,4	\$ 1,5	\$ 5,3	59,1%
Técnico	\$ 0,3	\$ 0,1	\$ 0,2	\$ 0,6	7,2%
Asistencial	\$ 1,4	\$ 0,8	\$ 0,8	\$ 3,0	33,6%
Total general	\$ 4,1	\$ 2,4	\$ 2,5	\$ 9,0	100,0%
Proporción	46,1%	26,6%	27,3%	100,0%	

Numero de Personas					
Nivel de THS	Nivel de complejidad				
	1	2	3	Total	Proporción
Profesional	24.184	13.772	14.171	52.127	40,6%
Técnico	5.229	2.410	3.801	11.440	8,9%
Asistencial	32.080	17.849	15.053	64.982	50,6%
Total general	61.493	34.031	33.025	128.549	100,0%
Proporción	47,8%	26,5%	25,7%	100,0%	

8.3. Comparación del costeo de trabajadores de la salud por OPS y con formalización laboral

Como se observa a continuación, a 2023 el costo de la contratación por Prestación de Servicios es de \$5,61 billones y la formalización laboral de estos trabajadores requiere \$9,0 billones. El costo fiscal neto de formalizar el talento humano en salud sería de \$3,39 billones.

Estimados gastos por servicios personales indirectos vigencia 2023				
Valores en Billones de \$ constantes 2.023				
Nivel de atención	Apoyo (Administrativo)	Operativo (Asistencial)	Total general	
1	0,8	1,4	2,2	
2	0,5	1,1	1,6	
3	0,4	1,4	1,8	
Total	1,6	4,0	5,61	

Nota: No incluye 1,5 billones corresponde a servicios personales directos de profesionales de Medicina y Odontología especialistas

Formalización laboral				
Valores en Billones de \$ constantes 2.023				
Nivel de atención	Apoyo (Administrativo)	Operativo (Asistencial)	Total general	
1	1,4	2,8	4,1	
2	0,8	1,6	2,4	
3	0,5	1,9	2,5	
Total	2,7	6,3	9,0	

Nota: No incluye profesionales de Medicina y Odontología especializada

Incremento proyectado:
Costo: 3,39 billones (62%)

Propuesta de gradualidad de la formalización laboral de los trabajadores de la salud a 4 años por nivel de atención

Nivel del THS	Nivel de atención	1° año	2° año	3° año	4° año
Profesional, Técnico y Asistencial	1° nivel de atención	4,1 billones			
	2° nivel de atención		2,4 billones		
Profesional, Técnico y Asistencial	3° nivel de atención			2,5 billones	

9. Plan Nacional de Formación de Talento Humano en Salud

El estudio realizado por Florez, Atehortúa y Arenas en el año 2008, sobre las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993, puso en evidencia cambios importantes en la estructura del sector, que agruparon en las siguientes categorías: "1) oferta académica y calidad de la educación, 2) oferta y demanda de recurso humano, 3) poder de mercado, 4) nivel de ingresos y 5) contratación del recurso humano"⁴². Este último aspecto ya fue abordado y nos concentraremos la oferta académica y la calidad de atención. Para los investigadores, las precarias condiciones laborales en el sector, se derivan además de las ya mencionadas, por aumento desordenado en la oferta de programas de pregrado, posgrado y de formación para el trabajo y desarrollo humano, así como de la baja calidad de estos programas.

Se requiere el desarrollo de competencias en los trabajadores del sector que permita avanzar en la Atención Primaria en Salud, con abordaje territorial, intercultural e integral, para ello se requiere avanzar en el plan de formación del personal de salud que se presenta a continuación.

Formación personal de salud

Promotores de salud: En el marco de la reforma al sistema de salud, la implementación del modelo preventivo, predictivo y resolutivo, y de las redes integrales e integradas de servicios de salud, se requiere de la participación activa de la comunidad. Es por ello necesario avanzar en la formación como promotor(a) de salud de personas pertenecientes a la comunidad de influencia, cuyos sujetos de atención sean las personas, las familias y la comunidad en su territorio, siendo articuladora entre la comunidad y los actores del Sistema de Salud, que contribuye al cuidado de la vida, la promoción de la salud y al bienestar integral de las poblaciones.

Se tiene prevista la conformación de cerca de 11.700 equipos territoriales y la vinculación a cada uno de ellos, de los promotores de salud, de acuerdo al número de familias y características de los territorios. Por esta razón se hace necesario, *formar cinco mil promotores de salud durante el 2023*, con recursos del Estado que se proyectan en 15.000 millones de pesos.

Pregrados en áreas de la salud: ante la escasez de profesionales de salud en las diferentes áreas, se definirá junto con el Ministerio de Educación el número de cupos que se priorizarán para el sector.

Diplomado en Salud Pública y Atención Primaria en Salud: Debido a que en las última tres décadas la formación de profesionales, técnicos y tecnólogos en salud

⁴² Florez Acosta, Jorge Hernán, Atehortúa Becerra, Sara Catalina, Arenas Mejía Alba Cristina. Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2009, 8(16), 107-131 (fecha de consulta 28 de enero de 2023). ISSN: 1657-7027

se centró en la atención de la enfermedad con pobres contenidos en salud pública, atención primaria en salud, salud familiar y determinantes sociales de la salud y gobernanza, se hace necesario poner en marcha un programa de educación continua en articulación con las Instituciones de Educación Superior. El diplomado tiene el objetivo de desarrollar conocimientos y habilidades requeridos para el abordaje poblacional en los diferentes territorios del país. Este diplomado está estimado en 4.500 millones de pesos.

Incentivos para las Instituciones de Educación Superior: como mecanismo institucional y regular de coordinación con las políticas de educación y trabajo para el establecimiento de un plan de formación adecuado a las necesidades de salud de la población según el territorio, que fortalezca en los currículos de formación los aprendizajes en las áreas mencionadas. Se estos incentivos se proyectan en 22.650 millones de pesos para el cuatrienio.

Servicio social obligatorio: se crearán 4000 nuevas plazas para el servicio social obligatorio, dando prioridad a los municipios PDET y zonas dispersas. Las nuevas plazas son 1000 para enfermería, 1000 para medicina, 1000 para odontología y 1000 para psicología. La financiación de estas nuevas plazas por un año es de: \$ \$ 250.275.690.636

Becas-Crédito formación posgradual en APS profesiones no médicas: con la finalidad de lograr en los trabajadores de salud no médicos mayor resolutividad, como estrategia para fortalecer las intervenciones de atención primaria en salud y las acciones orientadas a reducir la morbilidad materna e infantil. Se plantea la creación de 4.000 becas-crédito para el cuatrienio, correspondientes a dos (2) salarios mínimos legales vigentes (S.M.L.V.) mensuales. Además, estas becas-crédito son un incentivo para mejorar la distribución y cualificación de los trabajadores de salud en municipios PDET y zonas dispersas. La dinámica de estas becas-crédito se puede observar en el cuadro a continuación.

Becas-Crédito Profesionales no médicos 2023-2026
A costos de 2023

año/monto	2023	2024	2025	2026
Total recursos por año	13.920.000.000	48.441.600.000	74.923.008.000	108.638.361.600
Total recursos 2023-2026	245.922.969.600			

SEGUNDA PARTE: los cambios estructurales propuestos por la Reforma

En esta parte se avanza en la descripción de los principales componentes que abarcará la reforma, entre los cuales se destacan: la gobernanza con la arquitectura organizacional requerida, los mecanismos de asignación de recursos, un sistema de información único que permita la interoperabilidad y esté al servicio de un modelo preventivo y predictivo, así como la organización de la prestación en nivel primario y complementario que incluye un plan para Centros de Atención Primaria en Salud, un sistema de aseguramiento social con la prestación pública y privada de servicios de atención en red en los niveles de media y alta complejidad, un esquema del financiamiento del sistema con las proyecciones de fuentes y usos propuestos por la reforma.

1. Nueva arquitectura institucional de gobernanza, territorializada con control centralizado

El concepto de gobernanza ha tomado una importancia creciente en estos últimos 25 años. Hace referencia a la evolución del estado contemporáneo hacia modelos de acción pública que involucran, sobre un modo más horizontal que vertical, a varias organizaciones. El Estado sigue siendo un actor importante, pero, debido a la complejidad misma de los problemas, es preciso contar con la cooperación de actores tanto públicos como privados para la realización de la intervención pública.

En esta continua definición del papel del Estado es fundamental tener presente la responsabilidad de la rectoría de la autoridad sanitaria que incluye varias dimensiones: Conducción Sectorial, Regulación, Modulación del Financiamiento, Garantía del Aseguramiento materializada en el acceso universal, Armonización de la Prestación de Servicios y la Ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública que son competencia indelegable de la Autoridad Sanitaria⁴³.

La nueva arquitectura requiere del fortalecimiento de instancias existentes, la creación de nuevas y construir mecanismos de articulación intra e inter-niveles.

- Nivel Nacional
 - Fortalecimiento del Ministerio de Salud y Protección Social
 - Fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud
 - Creación de la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales en Salud
 - Creación del Consejo Nacional de Salud
 - Fortalecimiento y desconcentración de la ADRES
 - Creación del Fondo Único Público de Salud
- Nivel Regional
 - Creación de Consejos de Administración del Fondo Regional de Seguridad Social en Salud
 - Creación del Consejo Regional de Planeación y Evaluación en Salud
 - Creación del Fondo Regional de Seguridad Social
- Nivel Territorial
 - Creación de las Comisiones Intersectoriales Departamentales, distritales y municipales de Determinantes Sociales en Salud
 - Consolidación de los Consejos Territoriales de Salud
 - Creación del Consejo Territorial de Planeación y Evaluación en Salud
 - Creación de las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden Departamental y Distrital
 - Fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria territorial
 - Consolidación de los Fondos Territoriales de Salud

⁴³ Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013 Public health stewardship and governance regarding the Colombian healthcare system, 2012-2013. André N. Roth-Deubel y Gloria Molina-Marín

2. Estrategias para la asignación de los recursos: cuadro comparativo del modelo actual y el propuesto en cuanto a: control de costos, mecanismos anticorrupción e incentivos

VARIABLES	Incentivos Macro (Regulaciones): Incentivos económicos basados en la competencia/ Gestión de riesgos de salud		
INCENTIVOS	RÉGIMEN ACTUAL	DESEMPEÑO PRÁCTICO	RÉGIMEN PROPUESTO
Macro (Regulaciones): Incentivos económicos basados en la competencia	Incentivo global de carácter económico/Competencia/Maximizar utilidades	Competir con base en el precio, predomina actualmente en detrimento de la calidad (resultados de salud)/Las condiciones establecidas para la creación y funcionamiento de los agentes de mercado se han flexibilizado colocando en riesgo la idoneidad de estos agentes lo cual afecta a proveedores y usuarios /El sistema nunca consideró los enormes boquetes de corrupción/Las IPS siempre que haya efectivas opciones de selección, son más vulnerables al desplazamiento de usuarios que las EPS de los suyos	Incentivo basado en el logro de resultados de salud/goce efectivo del derecho a la salud/servicio público esencial/aseguramiento público universal y solidario
	Criterios razonables de capital, tamaño y organización que suministren un mínimo de garantías (Administradores PB)	Las condiciones establecidas para la creación y funcionamiento de los agentes de mercado se han flexibilizado colocando en riesgo la idoneidad de estos agentes lo cual afecta a proveedores y usuarios del Sistema de Salud	El aseguramiento público, universal y solidario garantizado en forma integral y con referente territorial
	Condiciones y parámetros para el manejo de los riesgos de selección	Carteras asimétricas de clientes según riesgo o localización geográfica generando inequidades de acceso efectivo a los servicios de salud/Mayores quiebras en las aseguradoras del régimen subsidiado	El aseguramiento público y universal evita la selección de riesgos de las poblaciones
	Requisitos Esenciales Permiten a los prestadores acceder al mercado	Los desbalances de financiación terminan afectando la calidad y a los usuarios/La competencia entre proveedores se ve distorsionada por la integración vertical, por la afectación del sistema de pagos (cartera y pasivos) por la exclusión de oferentes en ciertas zonas o por rigideces institucionales en el caso de las ESE formalmente autónomas, pero dependientes de un entorno institucional complejo y ajeno al mercado a pesar que se les confronta con el mismo/En últimas las EPS seleccionan prestadores no con base en calidad sino con base en disminución de costos y en otros casos prestación de servicios con acumulación de cartera/ La participación comunitaria como control del desempeño de las ESE no ha tenido una medición de eficacia o resultados claros	Los prestadores de servicios se integran a una red bajo las reglas del sistema de salud
	Libertad de escoger la EPS cuyas características satisfagan de la mejor manera sus expectativas/Libertad de traslados/Libertad escogencia IPS/sanciones cuando se coacciona	Las crisis sistémicas de EPS no dan libertad de elección, sino de asignar a los usuarios a quien esté en capacidad/El principio de libre elección de prestadores es limitado por oferta y por los contratos de la red, en especial cuando hay integración vertical	La libertad de escogencia es directa entre el hogar en el territorio y las redes integradas e integrales de servicios

VARIABLES	Incentivos Macro (Regulaciones): Incentivos económicos basados en la competencia/ Gestión de riesgos de salud		
INCENTIVOS	RÉGIMEN ACTUAL	DESEMPEÑO PRÁCTICO	RÉGIMEN PROPUESTO
Macro (Regulaciones): Incentivos económicos basados en la competencia	Se estandariza el producto (Plan de Beneficios) / Precio Único/Estandarización de condiciones mínimas (Requisitos esenciales)	El producto no está estandarizado en la práctica (fallos de la Corte, y tutelas) por lo cual en la práctica es un sistema abierto a las prestaciones y el Estado paga/La igualación tarifal del plan de beneficios en el sistema tiene el rezago de igualar la UPC/Los proveedores tienen dificultad para competir por razón de sus carteras variables y por las cuotas fijas de aseguramiento en el régimen subsidiado/El sistema de información a usuarios sigue siendo asimétrico/El Plan de Beneficios tiene grietas respecto a su estandarización como presupuestos máximos y reembolsos	La salud como derecho fundamental exige un conjunto de prestaciones, las más posibles para garantizar el goce efectivo/La contención de costos se basará en un enfoque basado en resultados de salud
	Límite capacidad de los agentes para seleccionar riesgos/No preexistencias y exclusiones	Los agentes terminan seleccionando riesgos por vía indirecta (Publicidad por ejemplo para ofrecer planes gratuitos a población joven de acceso a gimnasios) /En la integración vertical y horizontal cuando los aseguradores tienen prepagadas, facilitan la afiliación de sus mismos asegurados en la prepagada y en la EPS	La gestión del riesgo en salud es integral, tiene referente en el territorio/Determinantes sociales/atención Primaria en Salud resolutiva/Modelo predictivo y preventivo/Sistema de incentivos entre el prestador alineado con resultados de salud/Rutas de atención definidas y operantes/Investigación y apropiación del conocimiento/Talento humano/Sistema de Información

Incentivos Meso (Regulaciones): Incentivos económicos basados en la competencia/ Gestión de riesgos de salud			
	RÉGIMEN ACTUAL	DESEMPEÑO PRÁCTICO	RÉGIMEN PROPUESTO
Incentivos Meso basados en las reglas sectoriales	Competencia basada en calidad (dado el precio estándar UPC) /Generar utilidades en función de la contención de costos y la eficiencia (Dificultad de seleccionar riesgos e imposibilidad de manipular los márgenes de utilidad por el precio)	La contención de costos ha generado un sesgo en detrimento de la atención primaria en salud y la promoción de mayor calidad/Los márgenes de UPC han sido superiores a los recursos de administración que se pagan a las APB	La contención de costos se realiza mediante la estandarización de costos de servicios de atención primaria/Manejo de una Unidad capitada para servicios de mediana y alta complejidad/Sistema de información/Control de tecnologías costo efectividad/juntas médicas/sistemas de pagos adecuados/Gestión financiera en línea
	Los proveedores de servicios compiten por contratos con EPS/Se incorporan calidad en escogencia de IPS (Pues EPS mantienen competitividad y minimizan costos) /Demanda de EPS se basan en servicios de costo y calidad al cual deben responder las IPS	La presión de las EPS está únicamente dirigida a bajar los costos/Contención de costos induce a caída en la calidad/ Las estrategias para atraer y retener usuarios refrendan con mayor frecuencia, se centran en el mejoramiento de procesos de atención al cliente, tales como tiempos de espera, o en la ampliación de la oferta de servicios/Dados la estandarización del producto, el precio (UPC) y los requisitos esenciales de los proveedores, la calidad no es el centro de la competencia, sino la supervivencia de algunos agentes y la búsqueda de utilidad como fin esencial/Inflexibilidad en planes de cargos y presupuestos de las ESE públicas frente a las privadas/Insuficiencia de talento humano en salud para ciertas especialidades	Los proveedores de servicios de salud venden servicios de salud de mediana y alta complejidad bajo un régimen tarifario y un sistema de pagos adecuados/La georeferenciación en la prestación de servicios para los proveedores públicos garantiza equidad en la oferta de servicios/en zonas marginadas se prevén recursos destinados a la solidaridad por dispersión y zonas marginadas
	Positivos: Promover la competencia por calidad/basada en la disponibilidad de la información	No se dispone de in sistema de información único e interoperable	Todo el Modelo está basado en un sistema Único de Información/Plenamiento Interoperable/Basado en tecnologías de última generación e inteligencia artificial
Disponibilidad Información: Transmisión del nivel macro al meso/Prestigio por información de posición	Los usuarios tienen limitaciones serias en el acceso a la información en el supuesto de su libre elección/La libre elección a EPS depende de su disponibilidad y un porcentaje limitado de libre elección/Desconocimiento de beneficios a los que se tiene derecho y de los procesos para acceder al sistema/La integración vertical supone acudir a red de la EPS incentivada por ella misma/Idoneidad más que la libre elección, la acción de terceros: funcionarios locales, empleadores, EPS, al asignar a sus usuarios a un proveedor/Si la calidad no predomina en la selección no genera el incentivo económico de mejoramiento de calidad del prestador/El prestigio se asocia en las grandes ciudades en proveedores de servicios de salud "de marca", generando asimetrías en las estructuras de acceso a servicios	En el nuevo modelo el sistema de Gobernanza multinivel se fundamenta en reportes e informes conducidos a través de un sistema de información robusto/Existen instancias en el modelo de gobernanza que verifican la información e indicadores y siguen rutas precisas de acción	

Incentivos Meso (Regulaciones): Incentivos económicos basados en la competencia/ Gestión de riesgos de salud			
	RÉGIMEN ACTUAL	DESEMPEÑO PRÁCTICO	RÉGIMEN PROPUESTO
Incentivos Meso basados en las reglas sectoriales	Negativos: Evitar acciones que disminuyan la competencia/Riesgo de sanciones e imagen pública/información para agentes del sistema/sanciones fuertes a los infractores/Supone buen sistema de información	El sistema de sanciones ha sido laxo/En la última etapa las liquidaciones encuentran barreras en la imposibilidad de reasignar la población a EPS/Resistencia política a la aplicación de sanciones/Las acciones de corrupción han sido reiterativas a lo largo de la vida del sistema	Se fortalece el sistema de inspección y vigilancia y Control/No existe la intermediación financiera en el Sistema/Se estructura un sistema de control en varios niveles del Sistema que va desde las unidades micro, hasta las macro/Se fortalecen las previsiones para el ejercicio del control social/Se establecen términos y condiciones para no dejar prosperar las fallas en los servicios hasta las vías judiciales, estructurando rutas de resolución ágiles y expeditas

VARIABLES	Incentivos Micro (Regulaciones): Incentivos económicos basados en el ámbito institucional		
INCENTIVOS	RÉGIMEN ACTUAL	DESEMPEÑO PRÁCTICO	RÉGIMEN PROPUESTO
Micro (ámbito institucional)	Cada proveedor toma las acciones pertinentes para lograr sus objetivos/Grado de autonomía/Capacidad de gestión	Las aseguradoras y prestadoras explotan la naturaleza heterogénea de los servicios de salud, para ofrecer productos diferenciados y eludir la competencia directa entre ellas/Riesgo moral en la relación asegurado-aseguradora y paciente médico/No alineación de incentivos entre aseguradores y prestadores/Autonomía limitada de los agentes por las reglas del sistema	Los proveedores de servicios de salud estarán habilitados para tener autonomía y flexibilidad para ajustar su escala de operación/Los proveedores no estarán segmentados por las preferencias de los aseguradores/El acceso de los proveedores privados y mixtos al sistema es abierto bajo las condiciones que aquí les exige
	Profesionalización y expectativa de la sociedad desmorflan comportamientos basados en el fin único de la ganancia económica	Con pocos aseguradores las empresas pagan un precio más bajo generando niveles de producción de servicios de salud por debajo de lo socialmente deseable/Ciertas especialidades no cuentan con suficiente oferta/La expectativa de la sociedad ha sido rebasada por la asimetría de información/Los mecanismos de tutela han sido muy altos en el sistema de salud	Habrà una política de formación y generación de competencias en las áreas críticas del Sistema de Salud/ las expectativas sociales son más informadas/ la participación social está en la base del sistema/ el criterio ordenador del Sistema de Salud es la garantía del goce efectivo del derecho fundamental a la salud/ el Sistema se fundamenta en el aseguramiento público y universal/ los comportamientos micro de los agentes proveedores se basa en el servicio público y en las reglas de contención de costos establecidos en todos los niveles de la gobernanza del Sistema

SITUACIÓN ACTUAL	DESEMPEÑO ACTUAL	NUEVO MODELO
A cargo de los aseguradores y proveedores de servicios de salud/Freio regulado de UPC/Tarifas de administración para los aseguradores reguladas/Plan de beneficios establecido	No hay alineación de incentivos en la contención de costos entre aseguradores y proveedores/El recobro o presupuestos máximos de lo no PCS es un incentivo perverso/En la relación EPS-Prestadores se identifican incentivos perversos asociados a monopolios/Problemas de incentivos en la industria farmacéutica, entre ellos: sesgos de publicación, problemas de replicabilidad de estudios, prácticas de sobornos/El poder de mercado por parte de aseguradoras y hospitales reduce el salario de médicos y enfermeras/En el sector usuario más informado la EPS no conoce con certeza el estado de salud de este, por lo cual tiene incentivos a sobre utilizar el aseguramiento/En la relación prestador-paciente la asimetría de información lleva al fenómeno de la "demanda inducida"	a cargo de todos los niveles de gobernanza del sistema: Niveles Macro/Meso y Micro/Tarifes y formas de contratación de servicios adecuados a la contención de costos/evaluación de tecnologías y medicamentos costo efectivos/Unidades proveedoras con mecanismos internos de evaluación de costos/sistema de información y reportes analizados a todos los niveles del Sistema basado en el sistema Robusto de Información o Inteligencia artificial /Gestión centralizada de recursos/auditorías estructuradas con base en Sistema Robusto de Información e IA

3. Inversión para el Sistema de información

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

El Sistema incluirá los datos necesarios para garantizar la información sobre componentes individuales, demográficos, determinantes de salud, genéticos y clínicos, que incluyen diagnósticos con sus ayudas y resultados, procesos de intervención terapéutica, rehabilitadora y de paliación, incluyendo información administrativa, financiera y contable útil para ejercer un adecuado control de los recursos dispuestos y utilizados en esa clase de procedimientos. El elemento principal de este sistema deberá ser la historia clínica única.

Para lograr lo anterior, es indispensable fortalecer el proceso de intercambio de información con los diferentes actores del sistema, lo cual implica el fortalecimiento de esta arquitectura en cuanto a componentes de tipo lógico (software), físico (hardware), seguridad en la transmisión de la información y demás herramientas y componentes tecnológicos que faciliten esa recopilación de información de los diferentes actores que intervienen en la construcción de la historia clínica de los ciudadanos usuarios del sistema de salud.

aplicaciones web para la visualización de la información, incorporación a la carpeta ciudadana, etc. Presupuesto: 15 mil millones de pesos anuales.

Análisis de información a nivel descriptivo y predictivo: a partir de la consolidación de la información, la unificación de los sistemas de información, la generación de maestras de información, y el intercambio de información, es necesario fortalecer e incorporar procesos de análisis descriptivo, diagnóstica, predictiva y prescriptiva que le permita al Ministerio identificar qué está sucediendo, a partir de datos históricos determinar las causas, anticipar sucesos a partir de tendencias, prescribir las probables medidas a tomar para prevenir un evento futuro, enmarcado en el modelo de atención de servicios. Presupuesto: 24 mil millones de pesos anuales

Seguridad de la información: adopción de instrumentos normativos sobre el tratamiento y la protección de datos sensibles de salud, así como implementación de herramientas de seguridad para los sistemas de información; generar una "cultura de manejo de datos seguros y confiables", entendida como el equilibrio entre la necesidad de acceder a los datos y la privacidad. Presupuesto: 8 mil millones de pesos anuales

Arquitectura e infraestructura: con el fin de garantizar el funcionamiento continuo de los sistemas y servicios, se debe mantener y robustecer su infraestructura tecnológica. Presupuesto: 12 mil millones de pesos anuales.

Uso y apropiación: con respecto a los servicios implementados y conforme a la estrategia de plan de uso y apropiación para servicios y productos de TI, se elaborará el plan de implementación correspondiente, teniendo en cuenta que estos servicios tendrán un impacto en el ecosistema en salud. Presupuesto: 2 mil millones de pesos anuales

Telesalud: Con el fin de facilitar el uso y el acceso a la atención de salud, es importante la promoción por parte de los prestadores de servicios de salud, el acceso a través de Telesalud, lo cual también facilita la ampliación de cobertura, descongestión de centros de atención. Para esto el Ministerio deberá proponer la arquitectura tecnológica que soportará este servicio.

Conectividad. Este componente es fundamental fortalecer, en especial en las regiones donde aún no se tiene cobertura de conexión a internet. Este componente es clave en la implementación de los servicios que hacen parte del Sistema Único de Salud.

Tabla Resumen de inversión en sistema de información

Componente de la transformación digital	Presupuesto anual
Consolidación de datos e información	12.000.000.000
Interoperabilidad e intercambio de información	15.000.000.000
Análisis de información	24.000.000.000
Seguridad de la información	8.000.000.000

Así mismo es necesario validar los Sistemas de información existentes que se requieren adecuar o intervenir, implementar y unificar sistemas o servicios de información existentes (SISPRO, SAT, MIPRES, BDUA entre otros), adquirir y/o desarrollar y/o implementar nuevas funcionalidades en tecnologías que ofrezcan mayor garantía de transparencia en la operación del sistema.

Es importante tener en cuenta que para lograr el sistema unificado en salud donde existen diversos actores del sector público y privado se debe fortalecer la estructura de gobernanza de la información, así como los aspectos referentes a seguridad de la información y protección de datos.

El enfoque de transformación digital planteado permite dirigir el modelo hacia la prestación de un mejor servicio al ciudadano y brindar una respuesta en salud preventiva, predictiva y resolutive, basados en los 8 principios para la transformación digital de la Salud Pública planteados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS): conectividad universal, bienes públicos digitales, salud digital inclusiva, interoperabilidad, Derechos Humanos, Seguridad de la información, inteligencia artificial y arquitectura de la salud pública. A continuación, se describe de forma general los componentes del proceso de transformación digital.

Consolidación de datos e información: es necesario realizar procesos de consolidación de información, generación de maestras de datos (Personas, prestadores, medicamentos, procedimientos, tabla evolución) que permitan garantizar que la historia clínica digital sea la vía para que los colombianos obtengan una mejor prestación de los servicios de salud, a partir de la información que el Ministerio ha venido obteniendo y la disponible en las EPS de sus afiliados. Este proceso permitirá fortalecer la base de la información para la toma de decisiones que conlleven a la generación de políticas y lineamientos en materia de aseguramiento, atención y prestación de servicios de salud, cobertura y política pública para población vulnerable. Así como establecer la gobernanza del dato y la información del sistema de salud nacional. Presupuesto: 12 mil millones de pesos anuales

Interoperabilidad e intercambio de información: uno de los más relevantes procesos que el Ministerio debe fortalecer es la obtención y entrega de información a los diferentes actores que participan en el sistema de atención y prestación de servicios que conforman el expediente o historia clínica de los ciudadanos. En este sentido y enmarcado en una orientación de servicio al ciudadano como lo expresa la política de gobierno digital, es indispensable continuar fortaleciendo los mecanismos de intercambio de información con todos los actores que garanticen esa eficiencia para esta prestación de servicios. En este ámbito participan los prestadores de servicios, con toda la información que hace parte de la historia clínica, medicamentos, dispositivos clínicos, procedimientos, etc. En este contexto es importante fortalecer al Ministerio desde los aspectos técnicos que involucren este proceso: infraestructura, desarrollo de los servicios, implementación de procesos automatizados para intercambio de información, construcción de APP o

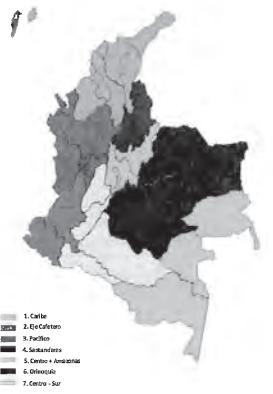
Arquitectura e infraestructura	12.000.000.000
Uso y apropiación de la información	2.000.000.000
Total	73.000.000.000

4. Costos de desconcentración del ADRES para asumir la función de pagador único

La desconcentración de la ADRES para asumir la función de pagador único se basa en la conformación de siete regionales que contratarían la red y tendrían la asignación presupuestal para ordenar el pago de servicios de mediana y alta complejidad, y 33 oficinas departamentales, que recibirían y auditarían en primera instancia tanto cuentas médicas como incapacidades y licencias, además del SOAT, que actualmente se audita centralizadamente (ver mapa y cuadro anexo con población).

El componente de prestación Primaria será financiado por presupuestos tipo, de forma que no genera revisión de cuentas, aunque debe producir 200 millones de atenciones, con un promedio de tres a cuatro ítems por atención (con poca dispersión). Para el reconocimiento de servicios especializados y hospitalarios de mediana y alta complejidad en cada departamento se deben implementar las acciones de supervisión, seguimiento y control a la efectiva prestación de los servicios contratados en la red, por lo cual debe realizar auditoría integral: técnica, administrativa, financiera, contable, jurídica y de sistemas de información al 100% de las cuentas presentadas, validando la pertinencia médica, además de la auditoría concurrente. Incluye auditorías aleatorias a la red y auditorías para investigación de irregularidades en la prestación de servicios o facturación contra los Fondos del Sistema.

7 REGIONES OPERACIÓN ADRES



Fuente: elaboración propia ADRES

Para la estimación de los costos, los cálculos parten de la necesidad de revisar y reconocer un promedio de tres atenciones especializadas y hospitalarias por ciudadano al año, que a su vez incluyen un grupo de servicios (un promedio de seis a siete ítems, aunque con gran dispersión) como parte integral de la atención. El estimado supone en consecuencia aproximadamente 156 millones de cuentas médicas que deben ser auditadas y reconocidas anualmente en las 32 oficinas departamentales y el Distrito Especial; finalmente aprobadas y ordenado el pago por parte de los Fondos Regionales de Seguridad Social, que a su vez solicitarán los respectivos giros a la ADRES.

Para procesar ese gran volumen de cuentas y proceder al reconocimiento de las mismas o su glosa parcial o total, existen dos opciones.

- La primera, la tradicional, se caracteriza por una auditoría centrada en la revisión manual de los soportes de cada ítem detallado, de cada cuenta, correspondiente a una atención. Esta opción no ha demostrado la capacidad de entender las razones del incremento del gasto y los incentivos de los prestadores en la misma dirección, lo que no permite ajustar el régimen tarifario y de contratación para lograr mayor calidad de los servicios, acompañada de una racionalización del gasto del Sistema. (ver anexo)

- La segunda opción o forma de auditoría se centra en la inteligencia del análisis del gasto, el estudio de las desviaciones y el análisis comparativo del comportamiento de los prestadores en servicios comunes, para determinar aquellos que se desvían del promedio esperado para los protocolos de atención de una patología o servicio determinado, bien sea por mayor utilización de servicios y sus componentes por paciente, o bien sea por prolongar los tiempos de atención y resolución de los casos. Esta segunda opción se apoya en la modificación del Régimen Tarifario y de formas de pago único que determinará el Ministerio de Salud, dirigido a eliminar las tarifas detalladas y a determinar pagos integrales por tratamientos y servicios, así como formas de pago que impliquen riesgo compartido, tarifas que deben integrar factores adicionales por regiones geográficas y calidad de los servicios y acreditación institucional.

El costo de las oficinas de los Fondos Regionales de Seguridad Social también varía según las dos opciones señaladas, así. La primera opción con una nómina promedio de 780 personas y un costo de 70.232 millones de pesos al año y la opción dos con una nómina de 819 personas y un costo de 95.180 millones al año, por ser un personal más calificado para el análisis del gasto (ver anexo costos Fondos Regionales). Adicionalmente se contemplan los costos de oficinas y los costos logísticos en ambos escenarios, para 40 oficinas sobre un costo promedio (ver anexo). Igualmente, el costo de inversión en desarrollo de software y plataforma, con mayor exigencia y gasto en el segundo escenario, que soporta mayor desarrollo tecnológico y capacidad de análisis.

El cuadro final resultante es el siguiente, que permite decidir, sin duda, que la segunda opción debe ser la viable. Incluye el gasto central de la ADRES y su reorganización.

Distribución	Propuesta 1		Propuesta 2	
	Auditoría: revisión manual		Auditoría: validación con sistemas	
	Personas	Recursos / año (pesos)	Personas	Recursos / año (pesos)
32 Departamentos y 1 Distrito	30.327	2.464.209.000.000	5.280	405.999.000.000
7 Regiones	780	70.232.400.000	819	95.180.000.000
Instalaciones y Operación		286.416.000.000		209.760.000.000
Sede Nacional		200.000.000.000		200.000.000.000
Plataforma Tecnológica		50.000.000.000		100.000.000.000
Total	31.107	3.070.857.400.000	6.099	1.010.939.400.000

5. Costos de prestación primaria, diseño y operación a nivel municipal y territorial

El valor total del costo de la prestación de servicios primarios para la población colombiana (49,2 millones de personas, sin incluir regímenes especiales) para 2023, se estimó en \$ 24,86 billones de pesos, a partir del valor per cápita costado para la prestación de servicios de salud primarios en hospitales públicos.

Este costo se estimó tomando como referencia el valor per cápita en hospitales públicos para 2023 de la prestación de servicios de salud primarios, para una población objetivo de 17,3 millones de personas, cuyo costo total es de \$ 8,79 billones de pesos, y el valor per cápita año es de \$ 508.232 pesos.

Ver cálculos finales en la tabla siguiente.

Tabla. Población objetivo asignada, según tipología municipal por partición pública en la prestación de servicios de salud primarios 2023

Configuración de la Prestación de los Servicios en el Territorio	% participación por país	% participación hospital público primario en Colombia	# de Municipios	Población total	%	Población Objetivo	Total Costos y Gastos de Funcionamiento Estimados para el Componente Primario	Costo Per Cápita Anual	Costo Per Cápita Mensual
MUNICIPIOS CON PRESTADOR PÚBLICO ÚNICO	monopolio público	100%	504	3.257.406	6,6%	3.208.518	736.113'991.500	436.854	36.404
MUNICIPIOS CON PRESTADOR PÚBLICO ÚNICO servicios "trazadores" (1)	monopolio público	100%	372	6.873.801	14,0%	6.622.875	2'452.922'927.605	370.371	30.864
MUNICIPIOS CON PRESTADOR PÚBLICO PRINCIPAL	aliguello público	63%	90	2.594.831	5,3%	1.685.035	1'529.735'854.822	476.773	39.733
MUNICIPIOS CON MÚLTIPLES PRESTADORES (privados escasos públicos)	Competencia pública y privada	16%	156	36.532.310	74,2%	5.785.673	4'074.705'577.710	704.275	58.690
Total general		1,054 (2)		49.258.348 (3)	100,0%	17.302.101	8'793.678'351.637	508.232	42.388

Fuente: cálculos propios

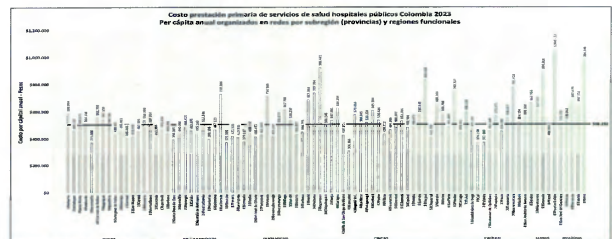
- Para realizar la estimación se tomaron como supuestos generales:
 - El valor estimado per cápita para una población objetivo en hospitales públicos (CAPS operados por prestadores públicos), es aplicable al resto de la población, con servicios provistos por prestadores privados o mixtos (se conoce que el costo de operación de prestadores privados, es menor que el de prestadores públicos, lo que podría terminar reduciendo el valor total, en análisis futuros de detalle).
 - Se toma como supuesto, que los costos de operación de los hospitales públicos, que operan como empresas sociales del estado,

al ser transformados en instituciones de salud del estado, no tendrán que continuar desplegando procesos asociados a los costos de transacción (el costo de hacer negocios), y que la reducción de este costo, se recompone de nuevo, con el nuevo costo de los nuevos procesos asociados a la caracterización poblacional, la adscripción, el agenciamiento de usuarios dentro de la red. Esto requerirá estudios de detalle futuros.

- De acuerdo con el modelo de estimación de fuentes y usos de recursos propuesto en el proyecto de reforma, para la atención primaria integral en salud APIS, se alcanzaría el valor de financiamiento requerido en el año 2026, lo que, al igual que la implementación del modelo en un periodo de transición y el desarrollo de capacidades a partir de las actuales disponibles (públicas y privadas) en el país, tanto en talento humano en salud, sistemas de información y otras, permitirá considerar que en un periodo de 3 años, a partir de 2023, se podría tener el modelo completo de operación de prestación primaria en el marco de los CAPS (centros de atención primaria en salud) propuesto.

El siguiente gráfico, muestra el valor per cápita costado para cada una de las subregiones (provincias) del país:

Gráfico 18. Variaciones del valor per cápita por subregión (provincia) 2023.



Fuente: MSPS 2022 Estudio de modelación de la prestación de servicios primarios de salud en hospitales públicos ESE en Colombia.

6. Proyecciones de fuentes de recursos para la reforma para infraestructura y Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS

Las Empresas Sociales del Estado, debido a las políticas de medición del riesgo fiscal a partir de indicadores financieros⁴⁴, que privilegió las condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiera de las instituciones sobre la necesidad de garantizar una capacidad instalada física, ha contribuido al cierre de servicios que no son "rentables" económicamente, así como al deterioro en la infraestructura y en los equipos con que cuentan las instituciones, pues el déficit no ha permitido que se realicen los mantenimientos correspondientes, llevando a la reducción de la capacidad técnica y operativa de las ESE, así como a la falta de oportunidad y calidad en la atención.

La estrategia de intervención en Infraestructura, dotación y tecnología en salud plantea fortalecer el nivel primario, como un mecanismo de respuesta para facilitar el acceso a los servicios de salud en las comunidades, priorizando a las que viven en zonas rurales y rural dispersa fundamentada en la oferta, proceso que se materializará mediante la construcción, adecuación, ampliación, dotación de la infraestructura intramural requerida para proporcionar un alto nivel resolutivo con respaldo tecnológico de alto nivel, incentivar la innovación de atención domiciliaria, fortalecer las estrategias de telemedicina y telemedicina, buscando mejorar el acceso en zonas rurales y apartadas.

Teniendo en cuenta las necesidades de infraestructura, dotación y tecnología para fortalecer la red pública de prestación de servicios (Empresas Sociales del Estado) a fin de desarrollar el modelo de atención preventivo, predictivo y resolutivo, basado en la atención primaria en salud, se plantea la necesidad de transformar los Centros y Puestos de salud en Centros de Atención Primaria de las Instituciones de Salud del Estado.

6.1. Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS

Los CAPS son unidades polifuncionales, como base organizativa de la red de servicios de salud con el talento humano capacitado y laboralizado, con infraestructura y dotación pertinentes al territorio y la población, que identifica y atiende las necesidades en salud con un enfoque preventivo, predictivo basado en Atención Primaria en Salud - APS. Las intervenciones para realizar son las siguientes:

- Reposición: construcción de Infraestructura en salud para reemplazar la existente en mal estado (entre el 75% y el 100%) o en zonas de alto riesgo no mitigable⁴⁵. Incluye dotación que requiera ser reemplazada.

⁴⁴ LEY 1438 DE 2011. ARTÍCULO 80. Determinación del riesgo de las Empresas Sociales del Estado.

⁴⁵ Sistema de Información Hospitalaria -SIHO. Información reportada por las ESE, validada y presentada por las DTS al MSPS en cumplimiento del Decreto 2193/2004, compilado en el Decreto 790/2016-Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

- Nuevos: construcción en zonas donde no existe o no es suficiente la infraestructura pública o privada o mixta.
- Ampliación: incremento del área construida con su respectiva dotación, para completar el portafolio de servicios definidos para los Centros de Atención Primaria (consulta externa, urgencias y atención de partos), así como el espacio para la residencia de los integrantes de los equipos - ESIT.
- Adecuación: infraestructura en salud existente en mal estado (entre el 25% y el 75%)⁴⁶, que requiere mejoramiento sin aumento del área construida.

6.2. Infraestructura hospitalaria intramural – nivel 1

Se plantea el fortalecimiento del papel del Estado en la recuperación de la red pública para garantizar el acceso de la población a la prestación de los servicios, a través de la construcción, ampliación, adecuación, reforzamiento estructural y dotación de hospitales nivel 1 de complejidad, de manera prioritaria en comunidades que carecen de la infraestructura necesaria donde la existente requiere reposición dada la condición de riesgo no mitigable o el avanzado estado de deterioro en el que se encuentran. De igual manera, está orientado a la construcción de obras que posibiliten la ampliación de servicios y el mejoramiento de la dotación y tecnología en salud.

6.3. Infraestructura hospitalaria intramural – niveles 2, 3

Las intervenciones están dirigidas a ampliar la capacidad instalada, mejorando la oferta del servicio a través de la adecuación o ampliación de la infraestructura física existente, así como la innovación en la dotación y provisión de tecnologías hospitalarias, que contribuyen a mejorar la resolutividad en la atención especializada y la adecuación de la infraestructura a la normatividad vigente en materia de reforzamiento estructural, accesibilidad a la población con movilidad reducida, de modernización de las instalaciones hidrosanitarias, de gases, red contra incendios y conectividad, entre otras.

6.4. Infraestructura nacional

Se busca fortalecer el desarrollo de la infraestructura hospitalaria de Empresas Sociales del Estado de carácter nacional, de alta complejidad e impacto, estratégicas para el tratamiento de enfermedades que requieren de una atención altamente especializada, con tecnología médica de avanzada.

⁴⁶ Ibidem

- Hospital San Juan de Dios: elevado a la categoría de monumento nacional⁴⁷ y reconocido como Bien de Interés Cultural (BIC), se realizarán acciones tendientes a mantener la vocación de los servicios que se encuentran en las edificaciones que lo conforman, para lo cual se requiere entre otras actividades, realizar el reforzamiento estructural bajo la normatividad que reglamenta la intervención del inmueble en el marco de la conservación contextual, en observancia del respectivo Plan Especial de Manejo y Protección (PEMP)⁴⁸.
- Instituto Materno Infantil: se requiere ajustar los diseños a la norma, licenciar las obras y hacer los ajustes para mantener la vocación del edificio.
- Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta: se realizarán las obras necesarias para mejorar las condiciones de acceso al tercer piso, la separación y el tratamiento de aguas residuales, la modernización de las instalaciones de voz, datos, la construcción de la red contra incendios y dotación, con lo cual se pretende mejorar la prestación de los servicios de salud especializados.

Estimación General Costos Infraestructura

Componentes	2023	2024	2025	2026	Totales
	Valor	Valor	Valor	Valor	
Centros de Atención Primaria	\$ 663.638	\$ 2.900.000	\$ 3.000.000	\$ 400.000	\$ 6.963.638
Infraestructura Hospitalaria Intramural - Nivel 1	\$ 200.000	\$ 247.000	\$ 300.000	\$ 300.000	\$ 1.047.000
Infraestructura Hospitalaria Intramural - Nivel 2 y 3	\$ 510.000	\$ 600.000	\$ 504.000	\$ 500.000	\$ 2.114.000
Infraestructura Nacional	\$ 300.000	\$ 300.000	\$ 400.000	\$ 200.000	\$ 1.200.000
Subtotal	\$ 1.673.638	\$ 4.047.000	\$ 4.204.000	\$ 1.400.000	\$ 11.324.638

*Valores en millones de pesos

Los recursos proyectados para inversión de infraestructura parten de sostener los 1.5 billones aprobados para 2023 con destino al desarrollo de los Centros de Atención Primaria, a lo largo de los 10 años del ejercicio financiero, con un pequeño crecimiento del 1.1% anual.

Por otro parte, para el desarrollo del Sistema Hospitalario en el país se asignan los recursos de la contribución del 52% sobre la prima SOAT, contribución que fue creada con este propósito, más los recursos del impuesto de armas y municiones pensado en desarrollar las redes de urgencias. En conjunto suman 2.397.916.862.256 en 2023 y se proyectan con un crecimiento del 6% anual.

7. Proyecciones de fuentes y usos propuestos por la reforma

Proyecciones de fuentes de recursos para la reforma.

La reforma a la salud se financiará tomando como punto de partida los recursos destinados al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS en 2023,

⁴⁷ Ley 735 de 2002

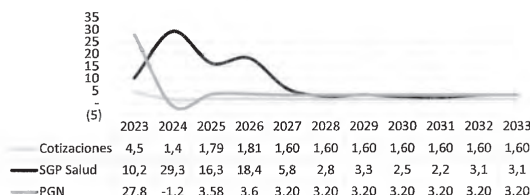
⁴⁸ Resolución 0996 del 29 de abril de 2016

adicionalmente el gobierno nacional constituye un esfuerzo orientado a fortalecer la atención primaria y el fortalecimiento de la red hospitalaria pública. De esta forma, la proyección de las principales fuentes de financiación para el periodo 2024-2033 se realizó como se describe a continuación:

- 1) Presupuesto General de la Nación -PGN: desde la eliminación de las cotizaciones patronales y la puesta en marcha del CREE (Impuesto sobre la Renta para la Equidad), el PGN ha entrado a cubrir los costos del aseguramiento en salud y la tasa de crecimiento promedio 2017-2022 (sin 2020) ha sido de 11,1% real y 17,6% nominal. No obstante, la proyección de los recursos en salud para el primer año de entrada en vigencia de la reforma (2024) suponen un decrecimiento real de 1.2% y de 2025 en adelante un crecimiento cercano al crecimiento del Producto Interno Bruto -PIB. Si bien, esta variación representa una desaceleración del crecimiento observado los últimos años, permite un aumento importante de los recursos generales de la salud.
- 2) Sistema General de Participaciones -SGP: El crecimiento de los recursos del SGP se calcula con el promedio de la variación porcentual de los Ingresos Corrientes de la Nación -ICN recaudados de los últimos cuatro años⁴⁹. Los crecimientos proyectados incluyen el efecto de un incremento excepcional de los ICN de 2022 y los de la reforma tributaria a partir de 2023. Las estimaciones del SGP fueron remitidas por la dirección de política macro del Ministerio de Hacienda y Crédito Público -MHCP.
- 3) Las cotizaciones de seguridad social en salud y las demás fuentes del SGSSS se proyectaron conservadoramente con la mitad de la variación del PIB para toda la serie.

La siguiente grafica muestra las tasas de crecimiento proyectadas para las tres principales fuentes del SGSSS que describen el comportamiento de más del 80% de los recursos del sistema.

Grafica #: Tasa de crecimiento anual de las principales fuentes que financian el SGSSS. 2023-2033



⁴⁹ En concordancia con el artículo 357 de la Constitución Política de Colombia.

Fuentes citadas y cálculos propios.

El proyecto de ley define una asignación de las fuentes de financiación a las subcuentas propuestas así:

a) Atención Primaria Integral en Salud: este componente se financiará principalmente con recursos de los municipios y distritos, es decir los recursos que les correspondan del SGP y sus recursos propios; también incluirá fondos de solidaridad del sistema y el PGN complementará esta cuenta, de manera que la atención primaria incremente su participación en total de los recursos de salud.

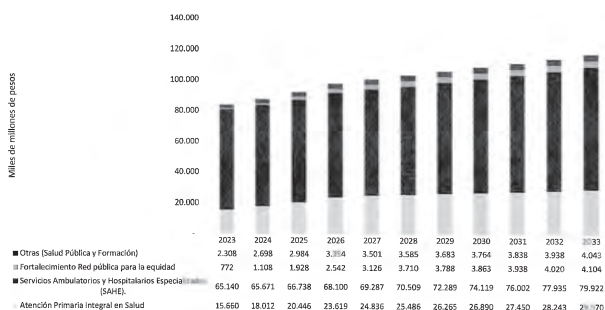
b) Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados -SAHE: Esta es la cuenta con mayor participación porcentual, incluye las cotizaciones SGSSS, el recaudo de Regímenes Especiales y de Excepción -REE, otros ingresos de capital, prima FONSAT, contribución sobre la prima SOAT, Impuesto a las armas, municiones y explosivos, aportes de las Cajas de Compensación (CCF) y una fracción de los recursos del PGN.

c) Fortalecimiento Red pública para la equidad: esta cuenta paulatinamente devuelve a los departamentos las rentas cedidas que serán destinadas al fortalecimiento de la red hospitalaria pública de mediana y alta complejidad. Se complementan con recursos del PGN para garantizar el funcionamiento de aquellos hospitales que por la atención de poblaciones dispersas no pueden lograr por venta de servicios su financiamiento.

d) Otros Recursos de la SGSSS: reúne los recursos orientados al Control de Problemas y Enfermedades de Interés en Salud Pública -CEISP y la Formación en Salud que actualmente cubre los pagos a residentes médicos.

La siguiente gráfica muestra el comportamiento de los recursos del SGSSS en la distribución de las principales cuentas propuestas por la reforma.

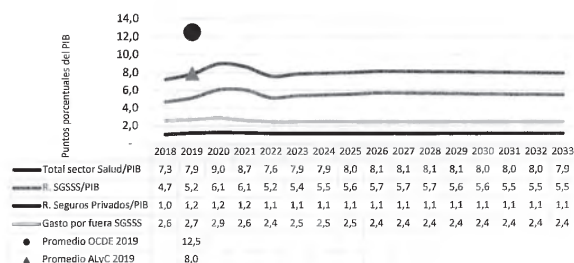
Gráfica: Proyecciones 2033 de las fuentes de financiación por subcuenta. Pesos constantes de 2023



Fuente: Cálculos propios.

Para el 2019, el promedio de gasto en salud de los países de la OCDE fue 12,5 puntos porcentuales del PIB y el de América Latina y el Caribe -ALyC es de 8,0%, las fuentes de financiamiento del SGSSS pasaron de 4,7 puntos del PIB en 2018 a 5,4 pp en 2023 (año de partida de la reforma) y ascenderían 5,7 en 2026, año de finalización del gobierno actual. El total del gasto en salud de Colombia como porcentaje del PIB tiene una tendencia estable alrededor de 8 puntos porcentuales.

Participación % de los recursos en Salud respecto al PIB 2018-2033



Nota: *Los recursos fuera del SGSSS incluyen SOAT, riesgos laborales, los seguros privados, prepagadas y planes complementarios. Fuente: Cálculos propios. Promedios OCDE y América Latina y el Caribe -ALyC, Banco Mundial.

8. Saneamiento de deudas

Se propone que en desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. CISA pueda gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las entidades promotoras de salud de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las entidades promotoras de salud que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.

Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a la Central de Inversiones S.A. CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar. La Nación dispondrá los recursos necesarios para adelantar los procesos de cesión de créditos a favor de las instituciones prestadoras de salud y la Central de Inversiones S.A. -CISA podrá aplicar sus políticas de normalización de esta clase de activos; una vez adelante el recaudo de esta cartera la Central de Inversiones S.A. -CISA deberá girar el producto del recaudo de esta cartera al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez descontada su comisión por la gestión de cobranza.

8.1. Pasivos de Empresas Sociales del Estado

A septiembre 30 de 2022 se estima que los pasivos de las ESE pueden ser 7,3 billones suma que incluye provisiones. Además de lo descrito arriba, para este componente se propone tener en consideración el Artículo sexto. Ley 1797 de 2016: "...b) Saneamiento directo de pasivos de las Empresas Sociales del Estado hasta el monto máximo de la cartera no pagada por las Empresas Promotoras de Salud liquidadas de conformidad con la disponibilidad de recursos para este fin, y ..."

8.2. Capitalización de EPS receptora

La capitalización de la Nueva EPS no es un costo atribuible a la reforma, dado que fue incluida en el Plan de Desarrollo y obedece a la necesidad, en cualquier caso, de fortalecer esta institución en cualquier escenario. De esta forma en el Proyecto del Plan Nacional de Desarrollo "Colombia, potencia mundial de la vida", se establece:

ARTÍCULO 78. FORTALECIMIENTO PATRIMONIAL DE LAS EMPRESAS DEL ORDEN NACIONAL. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público podrá capitalizar en efectivo o mediante cualquier mecanismo de fortalecimiento patrimonial a las empresas del orden nacional que así lo requieran para la continuidad y desarrollo operativo de su negocio, sujeto a la debida sustentación técnica y financiera y a la disponibilidad presupuestal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Dentro de esta perspectiva se fortalecerá la Nueva EPS. A efectos de ilustrar lo que ello significa.

8.2.1. Simulación condiciones financieras EPS receptora – Primer Año

El presente documento, tiene como propósito presentar simulación de necesidad de capitalización de una EPS receptora de naturaleza mixta, con habilitación para la administración de los regímenes subsidiado y contributivo y Plan de Atención Complementaria (PAC), como lo es la Nueva EPS.

8.2.2. Antecedentes

El punto de partida del ejercicio, son las entidades clasificadas en riesgo alto o medio, que registran los siguientes afiliados por régimen:

Tabla 1. Distribución población por régimen de EPS retiradas – Dic. 2022

Entidad	Subsidiado	Contributivo	Total
Emssanar E.S.S.	1.761.510	145.332	1.906.842
Asmet Salud	1.930.490	95.700	2.026.190
Comfaoorienté	215.500	17.951	233.451
Comfachocó	166.140	7.758	173.898
Capital Salud	1.085.933	101.030	1.186.963
Capresoca EPS	157.619	19.379	176.998
Famisanar	803.289	2.231.871	3.035.160
Ecoopsos	343.685	16.859	360.544
EPS S.O.S. S.A.	165.758	595.445	761.203
Savia Salud EPS	1.554.974	127.735	1.682.709
TOTAL	8.184.898	3.359.060	11.543.958

Fuente: BDUA diciembre 2022

Cabe indicar que para el cierre del mes de diciembre Nueva EPS, registra la siguiente población:

Tabla 2. Distribución población por régimen de EPS receptora – Diciembre 2022

Entidad	Subsidiado	Contributivo	Total
Nueva EPS	5.322.965	4.750.940	10.073.905

Fuente: BDUA diciembre 2022

En primera instancia se señala que el Decreto 780 de 2016, en sus artículos 2.5.2.2.1.5 y 2.5.2.2.1.7, establece lo relacionado con el cumplimiento de condiciones financieras en lo relacionado con capital mínimo y patrimonio adecuado, indicando que para el primero resulta de la suficiencia de la sumatoria de algunas cuentas patrimoniales frente al capital requerido, que se ajusta anualmente con la variación del índice de precios al consumidor (IPC) y el segundo es la acreditación en todo momento un patrimonio técnico superior al nivel de patrimonio adecuado. Para el cumplimiento del indicador de patrimonio adecuado se verifica que el patrimonio técnico (capital primario menos capital secundario siempre y cuando este último sea positivo) sea mayor o igual al patrimonio adecuado (El 8% de la sumatoria de los últimos 12 meses).

En la siguiente tabla, se presenta el capital mínimo requerido que para la vigencia 2022, para entidades con las características descritas para la entidad receptora:

Tabla 3. Requerimiento de Capital Mínimo de las EPS año 2022

Capital Mínimo EPS	2022	Miles de \$
Capital base		13.666.000
Capital adicional para cada régimen y por Plan Complementario		1.357.000
EPS con un solo régimen		13.666.000
EPS con los dos regímenes ó RC + Plan Complementario		15.023.000
EPS con dos regímenes y Plan Complementario		16.380.000

Fuente: Construcción propia, referencia Decreto 780 de 2016

Dada la disponibilidad de información, en virtud de la periodicidad de reporte que efectúan las entidades y que es la base para el cálculo de cumplimiento de condiciones financieras, se presenta el resultado de la entidad receptora, a noviembre de 2022:

Tabla 4. Resultados evaluación cálculo condiciones financieras EPS receptora – Noviembre 2022

Indicador	Capital Mínimo Requerido (2 Regímenes y PAC)	Capital Mínimo Acreditado	Resultado Capital Mínimo	Deterioro de cuentas por cobrar NO UPC	Diferencia Presupuesto ó Máximos	Déficit ó Supéravit de Capital Mínimo

Capital Mínimo	16.380.000	379.248.888	362.868.888	272.667.003	407.870.417	1.043.406.309
----------------	------------	-------------	-------------	-------------	-------------	---------------

Indicador	Patrimonio Técnico	Deterioro de cuentas por cobrar NO UPC	Diferencia Presupuesto Máximos	Patrimonio Técnico Neto	Patrimonio Adecuado	Resultado Patrimonio Adecuado
Patrimonio Adecuado	318.182.031	272.667.003	407.870.417	998.719.451	701.689.829	297.029.623

Fuente: Construcción propia, reporte de información Circular Externa 016 de 2016.
Nota: Datos en revisión por parte de la Dirección de Inspección y Vigilancia para EAS

Es pertinente indicar que para el presente ejercicio se toma los resultados del cálculo de condiciones financieras de capital mínimo y patrimonio adecuado del mes de noviembre de 2022, en revisión, dado el impacto negativo que obtuvo en el resultado de su operación, como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 5. Variación resultado Capital Mínimo y Patrimonio Adecuado – Octubre – Noviembre 2022

Indicador	octubre	Noviembre	Diferencia
Déficit o superávit de capital mínimo	1.160.848.933	1.043.406.309	- 117.442.624
Déficit o superávit de Patrimonio Adecuado	414.538.182	297.029.623	- 117.508.559

Fuente: Construcción propia, resultado cálculo de condiciones financieras DIV-EAS (noviembre en revisión).

Ahora bien, el cálculo presentado en la Tabla 4 y como allí se observa, se ve impactado por las condiciones transitorias definidas en el Decreto 1492 de 2022, relacionadas con: (i) Disminución temporal del porcentaje del cálculo de patrimonio adecuado (8%) hasta de 2.5 puntos porcentuales por recepción de afiliados, que se incrementará 0.5 anualmente partiendo de la fecha de recepción, (ii) Afectación de los ingresos UPC por inclusión de actividades que se financiaban con presupuestos máximos, (iii) NO inclusión del déficit de presupuestos máximos en el cálculo de los dos indicadores, indicando que estos dos últimos rigen hasta diciembre de 2024 y, (iv) Dedución del efecto del deterioro de las cuentas por cobrar asociadas a servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC de los servicios prestados hasta prestadas hasta 31 de diciembre de 2019, que rige hasta 31 de diciembre de 2022.

Es pertinente señalar que, la Nueva EPS se encuentra en ejecución de un Plan de Ajuste Financiero (PAF) aprobado en diciembre de 2021, en el que proyectó en su modelo financiero capitalizaciones por valor de \$454.000 millones, de los cuales materializó \$109.000 millones en febrero de 2022, quedando pendiente por capitalizar la suma de \$345.000 millones, que debe ser efectiva, si lo requiere, para el cumplimiento de condiciones financieras y de solvencia durante el período de transición del PAF que termina en el año 2024. Se anota que, al corte de noviembre de 2022, la EPS NO CUMPLE con el indicador de régimen de inversiones de la reserva técnica.

8.2.3. Escenario de condiciones financieras

Para la elaboración del escenario de proyección de necesidades de capitalización de la EPS receptora, se toman dos elementos, que impactan en el resultado de la entidad: (i) El requerimiento adicional para el cumplimiento de los indicadores de condiciones financieras (capital mínimo y patrimonio adecuado) en el marco de lo establecido en el Decreto 780 de 2016 y (ii) La siniestralidad que afecta el resultado de la operación. Para realizar el ejercicio contenido en el presente documento, se toma como base la información reportada en los archivos tipo, establecidos en las diferentes circulares externas para efectos de supervisión, por las entidades a través de la plataforma nRVCC dispuesta por esta superintendencia para tal fin.

8.2.3.1. Supuestos para el requerimiento adicional para cumplimiento de condiciones financieras

- Las proyecciones del ejercicio se realizaron utilizando el detalle de afiliados BDUA (ADRES), mes de octubre, considerando que permite identificar las variables de género, grupo etario y geografía.
- Ajuste de los ingresos por concepto de UPC en la EPS receptora, tomando los valores definidos en la Resolución 2809 de 2022, de acuerdo con los territorios donde operan las EPS a retirar.
- Se tomaron los ingresos provenientes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (UPC y presupuesto máximo); sin embargo, se indica que producto de la operación la entidad receptora puede obtener resultados diferentes.
- Se fija como punto de partida los resultados de las condiciones financiera de la entidad receptora del mes de noviembre 2022, con aplicación plena de lo establecido en el Decreto 2702 de 2014.
- El traslado de afiliados se realizaría en el mismo momento y se mantiene en el tiempo.

Proyección cálculo de condiciones financieras

Condiciones plenas Decreto 2702 de 2014

Se presenta el cálculo de condiciones financieras en los términos establecidos en el Decreto 2702 de 2014, incluyendo lo relacionado con los ingresos de presupuesto máximo.

Tabla 7. Resultado proyección condiciones financieras HOY (noviembre 2022) – Dec. 2702 pleno Miles de \$

Capital Mínimo	Patrimonio Técnico	Patrimonio Adecuado	Capital Mínimo Requerido	Defecto Capital Mínimo	Defecto Patrimonio Adecuado	Cumplimiento de Capital Requerido	Cumplimiento de Patrimonio Adecuado
379.248.888	318.182.031	1.098.228.869	16.380.000	362.868.888	780.046.838	Cumple	No Cumple

Fuente: Elaboración propia cálculos DID - Superintendencia Nacional de Salud. Con corte a noviembre de 2022.

Siguiendo las reglas del Decreto 2702, en la proyección realizada con resultado a noviembre de 2022, si bien la Nueva EPS cumple con capital mínimo, presentaría un defecto en el indicador de patrimonio adecuado en la suma de \$780 mil millones, por lo que debería capitalizarse como mínimo en este valor.

Si Nueva EPS recibe el traslado de 11.490.787 afiliados, tendría ingresos adicionales correspondientes a la UPC por un valor de \$16,7 billones, lo que llevaría a que la brecha del indicador de patrimonio adecuado se aumente en mínimo 173% y, por tanto, la entidad debería capitalizarse en \$2,1 billones de pesos, que representa alrededor de 6,7 veces el patrimonio técnico actual.

Tabla 8. Resultado proyección condiciones financieras con nueva población (1 año) – Dec. 2702 pleno

Miles de \$

Capital Mínimo	Patrimonio Técnico	Patrimonio Adecuado	Capital Mínimo Requerido	Defecto Capital Mínimo	Defecto Patrimonio Adecuado	Cumplimiento de Capital Requerido	Cumplimiento de Patrimonio Adecuado
379.248,88	318.182,031	2.449.946,848	16.380,000	362.868,888	2.131.764,817	Cumple	No Cumple

Fuente: Elaboración propia cálculos DID - Superintendencia Nacional de Salud. Base noviembre de 2022 proyección 1 año, adicionando el ingreso por traslado de afiliados.

Aplicación Decretos 1424 de 2019 y 1492 de 2022

Al hacer el cálculo del indicador de patrimonio adecuado, utilizando los Decretos 1424 de 2019, 1492 de 2022, exceptuando deterioro dado que lo establecido en el artículo 2.5.2.2.1.20 del Decreto 780 de 2016, cuya aplicación termina el 31 de diciembre de 2022.

Tabla 9. Resultado proyección condiciones financieras (1 año) con aplicación Decreto 1424 de 2019 y 1492 de 2022

% Patrimonio	Patrimonio Técnico	Patrimonio Adecuado	Patrimonio Adecuado Adicional	Defecto Patrimonio Adecuado
5,5%	726.052.448	711.937.557	962.494.101	- 948.379.209

Fuente: Elaboración propia cálculos DID - Superintendencia Nacional de Salud. Base noviembre de 2022 proyección 1 año, adicionando el ingreso por traslado de afiliados.

El patrimonio adecuado tendría un déficit de \$948,3 miles de millones, para el primer año de operación contado a partir de la recepción de la población, monto mínimo estimado a capitalizar en este período; sin embargo, hay que tener en cuenta que

estos Decretos tienen ciertas fechas de cumplimiento, por ejemplo, el aumento en el patrimonio técnico por concepto de los costos en exceso del presupuesto máximo por valor \$407 mil millones a noviembre de 2002, ya no se tendría en cuenta a diciembre de 2024, es decir, que la entidad debe llegar al cumplimiento del Decreto 2702 de 2014.

8.2.3.2. Afectación de resultado por siniestralidad

El siguiente análisis presenta los posibles impactos en siniestralidad, definido como costos respecto a ingresos, que impactaría a la entidad receptora (NUEVA EPS) ante la recepción de los afiliados de 10 EPS definidas en la Tabla 1. Adicionalmente, se analiza la posible necesidad de capitalización que requeriría la NUEVA EPS para poder continuar con la operación y cumplir con las condiciones financieras descritas en el Decreto 780 de 2016, ante la asignación.

Información Inicial

Para realizar este cálculo se analizar el traslado de afiliados de las entidades referidas en la Tabla 1, tomando el detalle de afiliados BDUA (ADRES), mes de octubre, considerando que permite identificar las variables de género, grupo etario y geografía.

Tabla 10. Afiliados a trasladar por EPS

NIT	Razón social	Régimen habilitado	Afiliados	Movilidad	Total
805001157	SOS	Contributivo	600.547	166.353	766.900
830003564	FAMISANAR	Contributivo	2.237.197	775.724	3.012.921
890500675	COMFAORIENTE	Subsidiado	215.293	15.796	231.089
891600091	COMFACHOCO	Subsidiado	166.758	8.181	174.939
891856000	CAPRESOCA	Subsidiado	157.843	19.151	176.994
900298372	CAPITAL SALUD	Subsidiado	1.089.749	87.744	1.177.493
900604350	SAVIA SALUD	Subsidiado	1.543.822	129.589	1.673.411
900935126	ASMET SALUD	Subsidiado	1.901.205	92.358	1.993.563
901021565	EMSSANAR	Subsidiado	1.774.017	147.058	1.921.075
901093846	ECOOPSOS	Subsidiado	345.099	17.303	362.402
TOTAL			10.031.530	1.459.257	11.490.787

Fuente: Elaboración propia DID - Superintendencia Nacional de Salud. Afiliados tomados de la Base de Datos Únicos de Afiliados (BDUA) de ADRES que tiene la información de cada uno de los afiliados con corte a octubre 2022.

Cálculo ingresos por unidad de pago por capitación (UPC) nueva población

El cálculo de la UPC adicional que recibiría la EPS receptora de los afiliados se basa en la resolución 2809 del Ministerio de Salud y la Protección Social del 30 de diciembre de 2022 "Por la cual se fija el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que financiará los servicios y tecnologías de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2023 y se dictan otras disposiciones".

En este cálculo se toman en cuenta las diferencias que existen por género, grupo etario, régimen y geografía para el cálculo de la UPC anual. Se aclara que con la información de afiliados obtenida por BDUA no es posible obtener datos que identifiquen a los afiliados que presentan enfermedades de alto costo.

Una vez definidas las EPS de la Tabla 10, es decir, aquellas que serían liquidadas, se procede a definir el número de afiliados en los grupos según las diferencias descritas en el párrafo anterior. Una vez obtenidos estos grupos, se multiplica por la UPC que recibirían individualmente y se suman para obtener el valor total de la UPC que recibiría la EPS receptora de los afiliados.

Para este análisis, se presenta que la entidad receptora recibiría cerca de 11.490.787 afiliados, de los cuales 3.354.924 harían parte del régimen contributivo y los restantes 8.135.863 serían del régimen subsidiado. En total, la entidad recibiría alrededor de \$16,7 billones (dieciséis billones setecientos mil millones) por concepto de UPC por estos nuevos afiliados, distribuidos \$5,1 billones por régimen contributivo y \$11,6 billones por régimen subsidiado.

8.2.3.3. Cálculo de siniestralidad Total

Una vez definidos los ingresos por concepto de UPC que recibiría la entidad por cuenta de la recepción de afiliados, se procede al cálculo de la siniestralidad. Para este caso, se plantean dos escenarios con supuestos diferentes, con el fin de obtener un rango de variación en el cálculo de este indicador.

8.2.3.3.1. Primer escenario: Moderado

El supuesto primario de este escenario es que los costos de los trasladados solo se ven afectados por la inflación.

Supuestos

- Los costos adicionales de la NUEVA EPS por recibir los afiliados son equivalentes a los costos de las EPS liquidadas ajustados con la inflación, más un incremento por la tasa de variación mensual de los costos de nueva EPS.
- No es posible identificar si hay sinergias o algún tipo de minimización de costos relacionados con economías de escala.
- Los ingresos adicionales de la NUEVA EPS por recibir los afiliados son aproximadamente equivalentes a lo establecido en la Resolución 2809 de 2022, que fijó el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para 2023.
- Única fuente de variación de la siniestralidad de la NUEVA EPS entre el último mes disponible y el mes de choque es la recepción de afiliados.

Cálculo

- Una vez se ha obtenido la UPC, se calcularon los costos, tomando la suma de los costos reportados por las 10 EPS que se proyectan retirar y, dado que

la NUEVA EPS sería la única receptora, recibiría todos los costos definidos en el último mes reportado, que sería noviembre de 2022. En este caso, los costos adicionales totales serían de \$1,48 billones mensuales que, con el ajuste de la inflación y el ajuste de la tendencia de los costos de la receptora, los costos adicionales serían \$1,74 billones.

- Finalmente, se calcula la siniestralidad con los incrementos de UPC y de costos partiendo del último dato disponible del Archivo Tipo FT001 – Catálogo de información financiera para efectos de supervisión reportado por la NUEVA EPS (noviembre de 2022). Con este incremento de afiliados, NUEVA EPS pasaría de una siniestralidad de 95.1% a 113% al momento de recibir los afiliados. Esto quiere decir que, en noviembre de 2022 NUEVA EPS gasta \$95 por cada \$100 que recibe, mientras que, con la recepción de 11 millones de afiliados, pasaría a gastar \$113 por cada \$100 que recibe por afiliado.

8.2.3.3.2. Segundo escenario: Ácido

Para este escenario se incorpora las variaciones promedio de las principales EPS receptoras que recibieron afiliados en 2022, producto de las decisiones adoptadas por esta superintendencia.

Supuestos

- Durante el 2022 ninguna EPS recibió la totalidad de afiliados de las 5 EPS que entraron en proceso de liquidación.
- Cerca de 4 millones de afiliados fueron asignados con ocasión de las 5 EPS que entraron en proceso de liquidación en el año 2022, de estos, NUEVA EPS recibió aproximadamente 1,1 millones de afiliados, por tanto, los 11,4 millones representan cerca de 10 veces los afiliados recibidos en 2022.
- Las EPS SURA, SANITAS, COOSALUD, NUEVA EPS y SALUD TOTAL recibieron cerca de 3 millones de afiliados en 2022, lo que representa un parete para calcular la variación de la siniestralidad posterior a la asignación afiliados.
- Se asume que la variación ponderada de la siniestralidad para las 5 EPS referidas en el punto anterior, posterior a la recepción de afiliados es una medida cercana al incremento que puede evidenciar una EPS en el escenario de recibir todos los afiliados de una liquidación.
- El efecto de la liquidación de Comfamiliar Guajira no se tiene en cuenta porque no hay información disponible de costos e ingresos para diciembre 2022 (mes posterior a su liquidación), considerando que los vigilados tienen plazo para reportar su información financiera de diciembre hasta febrero 20 de 2022.
- La variación de la siniestralidad de NUEVA EPS es equivalente a la variación ponderada de las liquidaciones de 2022 posterior a la asignación ajustado por la magnitud de afiliados que recibiría NUEVA EPS comparada a los afiliados recibidos en 2022.

Cálculo

- Para las 5 EPS que han recibido la mayor cantidad de afiliados, se realiza el cálculo de la participación en la recepción de afiliados de las liquidaciones de Coomeva, Medimás, Comfamiliar Huila y Convida. Como el objetivo es identificar el posible impacto en la siniestralidad de la entidad receptora posterior a las liquidaciones, se procede a identificar la variación de siniestralidad posterior al choque. Con estos datos se calcula el promedio ponderado (Ver Tabla 11).

Tabla 11. Promedio ponderado de la variación mensual de la siniestralidad mes posterior a las liquidaciones del 2022, 5 principales EPS receptoras

Mes liquidación	EPS liquidada	EPS receptora	Afiliados	Participación	Variación Siniestralidad posterior a la liquidación (*)	Multiplicación
Febrero	Coomeva	Coosalud	130.338	13,8%	1,02	0,14
Febrero	Coomeva	Nueva EPS	293.117	30,9%	1,00	0,31
Febrero	Coomeva	Salud Total	154.660	16,3%	1,00	0,16
Febrero	Coomeva	Sanitas	170.281	18,0%	1,07	0,19
Febrero	Coomeva	Sura	169.690	21,0%	1,04	0,22
Marzo	Medimás	Coosalud	96.299	7,6%	1,01	0,08
Marzo	Medimás	Nueva EPS	481.736	37,9%	0,95	0,36
Marzo	Medimás	Salud Total	245.500	19,3%	0,99	0,19
Marzo	Medimás	Sanitas	357.770	28,1%	1,29	0,36
Marzo	Medimás	Sura	91.381	7,2%	0,88	0,06
Agosto	Comfahulla	Coosalud	22.015	4,5%	1,02	0,05
Agosto	Comfahulla	Nueva EPS	204.075	41,5%	1,11	0,46
Agosto	Comfahulla	Salud Total	32.819	6,7%	0,99	0,07
Agosto	Comfahulla	Sanitas	231.957	47,2%	1,04	0,49
Agosto	Comfahulla	Sura	603	0,1%	1,04	0,00
Septiembre	Convida	Coosalud	15.084	5,7%	1,09	0,06
Septiembre	Convida	Nueva EPS	114.979	43,6%	1,09	0,48
Septiembre	Convida	Salud Total	65.685	24,9%	0,95	0,24
Septiembre	Convida	Sura	8.037	3,0%	1,02	0,03
Septiembre	Convida	Sanitas	59.976	22,7%	0,98	0,22

Fuente: Elaboración propia, cálculos DID - Superintendencia Nacional de Salud.
 (*) Se considera el relativo, es decir, (Siniestralidad posterior) / (Siniestralidad anterior) a la asignación.

El resultado del promedio ponderado del cambio en la siniestralidad de las principales EPS receptoras luego de cada una de las liquidaciones mencionadas se muestra en la Tabla 12. En promedio, posterior a la liquidación de Coomeva la siniestralidad para las 5 EPS receptoras aumentó 2,4%. El incremento promedio de la siniestralidad luego de la liquidación de Medimás es 5,4%, mientras que el incremento de la siniestralidad para las liquidaciones de ComfaHuila y Convida es 6,5% y 2,8% respectivamente.

Asimismo, en la Tabla 12 se muestra el resultado del promedio ponderado de la variación mensual posterior de las 4 liquidaciones. Para ello, se procede a calcular la participación de los afiliados de cada liquidación en el total, este valor se multiplica con el promedio ponderado obtenido en el paso anterior y finalmente, se suman los

Fuente: Elaboración propia DID - Superintendencia Nacional de Salud.

De acuerdo con un estudio econométrico realizado por la Superintendencia de Salud en el año 2022, donde se analizó el efecto en las EPS receptoras de la asignación de afiliados posterior a las medidas de revocatoria parcial y total de 11 EPS entre 2019 y junio de 2022, se sugirió que el traslado de afiliados tiene un efecto temporal sobre la estructura de costos de las EPS receptoras, en términos de siniestralidad, con una duración aproximada de tres (3) meses antes de volver a su tendencia de siniestralidad. Este impacto trimestral muestra un efecto rebote en el segundo mes, lo que llevaría a una duración de hasta seis (6) meses antes de volver a dicha tasa, reconociendo el hecho que las EPS receptoras deben ampliar su red de atención para garantizar los servicios de salud.

En este caso, se trasladarían más afiliados que los que se han asignado en el último cuatrienio y solo se tendría una entidad receptora, por lo que se esperaría que el retorno a la tendencia de siniestralidad tenga una duración mucho mayor. La suavización del efecto va a depender de la capacidad que tenga la entidad para ampliar su red de atención, renegociar los contratos con las IPS que pertenecen a la red de atención de las EPS que serían liquidadas y de su propia red, la capacidad de ampliar los canales de atención, entre otras.

8.2.4. Proyección cálculo de condiciones financieras

Considerando los escenarios del impacto que tendría en la siniestralidad analizados en la sección anterior, se realiza un ejercicio proyectando que la entidad podría tener una siniestralidad del 113,2% (escenario moderado), calculada en un momento inicial y se estima que en los siguientes meses crecerá la pérdida en 13,2%, en este escenario la entidad tendría que capitalizarse en \$2,3 billones, teniendo en cuenta que el cálculo de condiciones financieras se realizaría con lo dispuesto en los Decretos 1424 de 2019, 1492 de 2022 (Tabla 13).

Tabla 13. Indicadores de Condiciones Financieras a un (1) año siguiendo lo establecido en el Decreto 2702 de 2014, 1424 de 2019 y 1492 de 2022, incluyendo los ingresos adicionales por traslado de afiliados y asumiendo una siniestralidad de 113%

Condiciones Financieras Noviembre de 2022 Decretos 1424 de 2019, 1492 de 2022						
% Patrimonio	Patrimonio Técnico	Pérdidas acumuladas proyectadas con siniestralidad del 113,2%	Patrimonio técnico proyectado	Patrimonio Adecuado	Patrimonio Adecuado Adicional	Defecto Patrimonio Adecuado
5,5%	726.052.448	1.306.987.008	583.935.460	711.937.567	962.494.101	2.259.367.118

cifras en miles de \$

4 valores, dando como resultado un incremento promedio en la siniestralidad posterior a la asignación de afiliados de 4,3%.

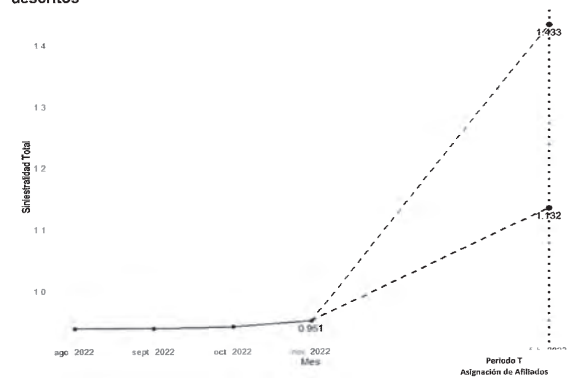
Tabla 12. Promedio ponderado de la variación mensual de la siniestralidad mes posterior a las liquidaciones del 2022, tomando el promedio ponderado de las 5 principales EPS receptoras

EPS liquidada	Afiliados asignados	Promedio ponderado 5 EPS receptoras	Participación, total afiliados asignados 2022	Multiplicación
Coomeva	1.169.172	1,024	31,8%	0,326
Medimás	1.490.265	1,054	40,5%	0,428
Comfahulla	539.985	1,065	14,7%	0,157
Convida	475.731	1,028	12,9%	0,133
Total				1,043
Porcentaje (1,043 - 1)				4,3%

Fuente: Elaboración propia, cálculos DID - Superintendencia Nacional de Salud.

Para la proyección de la siniestralidad ante un incremento de afiliados se toma el último dato disponible, noviembre 2022. Por otro lado, como el número de afiliados a recibir por la entidad receptora (aproximadamente 10 veces los afiliados recibidos durante 2022), se considera esta magnitud en el cálculo, por tanto, la siniestralidad de NUEVA EPS ante el incremento de afiliados pasaría de 95% a 143%. La Figura 1 muestra la siniestralidad ante estos dos escenarios, partiendo que actualmente el indicador de Nueva EPS está por debajo del 100%, y ante un aumento de afiliados de más de 11 millones, su siniestralidad superaría el 100% posterior a la asignación.

Figura 1. Cambio en la siniestralidad escenarios (Moderado - Ácido) descritos



Fuente: Elaboración propia. Superintendencia Nacional de Salud. Base de cálculo resultados noviembre de 2022 adicionando el ingreso por traslado de afiliados y proyección de siniestralidad, Un (1) año.

Para el segundo escenario (Ácido), asumiendo una siniestralidad inicial del 143,3%, en este caso se hace el supuesto que esta siniestralidad disminuirá gradualmente hasta llegar a 113,2%, que es el valor del escenario moderado de siniestralidad, arrojándonos que se requeriría de un capital adicional de \$5,7 billones de pesos (Tabla 14).

Tabla 14. Indicadores de Condiciones Financieras a un (1) año siguiendo lo establecido en el Decreto 2702 de 2014, 1424 de 2019 y 1492 de 2022, incluyendo los ingresos adicionales por traslado de afiliados y asumiendo una siniestralidad de 143,3% que disminuye gradualmente hasta llegar a 113,2%

Condiciones Financieras Noviembre de 2022 Decretos 1424 de 2019, 1492 de 2022						
% Patrimonio	Patrimonio Técnico	Pérdidas acumuladas proyectadas con siniestralidad del 143,3%	Patrimonio técnico proyectado	Patrimonio Adecuado	Patrimonio Adecuado Adicional	Defecto Patrimonio Adecuado
5,5%	726.052.448	4.723.947.207	3.997.488.572	711.937.567	962.494.101	2.811.509.640

cifras en miles de \$

Fuente: Elaboración propia. Superintendencia Nacional de Salud. Base de cálculo resultados noviembre de 2022 adicionando el ingreso por traslado de afiliados y proyección de siniestralidad, Un (1) año.

8.2.5. Síntesis

Manteniendo las condiciones de cálculo de condiciones financieras, con la aplicación de los Decretos Decreto 2702 de 2014, 1424 de 2019 y 1492 de 2022, el monto mínimo estimado capitalizar de acuerdo con la proyección de condiciones financieras, sin el impacto de siniestralidad sería de \$948,3 miles de millones durante el primer año de operación, incluidos los recursos pendientes de capitalizar en el marco del Plan de Ajuste Financiero (PAF).

De acuerdo con los escenarios de impacto de la siniestralidad (moderado y ácido) se proyecta que las necesidades de capitalización de la entidad receptora oscilan entre \$2,4 billones y \$5,7 billones, para el primer año de operación, incluidos los recursos referidos en el punto anterior; indicando que el valor máximo requerido, puede variar producto de los resultados de la operación de la entidad.

El patrimonio técnico requerido por la entidad receptora, para dar cumplimiento a las condiciones financieras definidas en el Decreto 780 de 2016, es de \$2,4 billones, con una siniestralidad inferior al 100%.

Adicionalmente, en lo relacionado con el cumplimiento del régimen de inversiones de la reserva técnica, la entidad receptora al asumir la nueva población tendría una exigencia mayor de capitalización para cumplir con el requerimiento de este indicador.

Anexos

- 1- Modelos de UPC
- 2- Costeo Seccionales ADRES

Anexo 1 Modelos UPC
Anexo 1A. Modelos de UPC

El estudio realizado llevo a cabo una serie de pruebas para comparar la capacidad de ajuste de diferentes modelos, resumidos en 7 especificaciones. La primera, es una en la cual se le asigna un ingreso per cápita plano a todos los individuos, el segundo corresponde al modelo actual, el siete es el modelo de condiciones propuesto por ellos y, los demás son intermedios entre el modelo 2 y el 7. Encontraron que el modelo actual (dos) es el mejor en términos de los R-cuadrados dado que presenta dicho estadístico en cerca de 71.2% frente al 8.62% del modelo 7. No obstante, en la prueba conjunta del área bajo la curva de tolerancia el modelo propuesto por ellos (7) muestra un mejor resultado. Por lo cual, concluyen que adicionar en los modelos de ajuste de riesgo variables relacionadas con las condiciones de salud de los afiliados podría mejorar el ajuste de riesgo, y por lo tanto la distribución de los recursos.

Para verificar, lo que tiene que ver con la distribución de recursos construyeron un indicador denominado relaciones predictivas, que es la razón entre los recursos efectivamente distribuidos a las EAPB y los que cada uno de los siete modelos predice. En el cuadro 1 se aprecia que en modelo actual (M2) en términos de los territorios, la razón de relaciones predictivas es siempre mayor a 100%, mostrando que el modelo oficial remunera por encima de los predicho, representando una sobre financiación. Lo cual contrasta con el modelo de condiciones (M7) que es el que más mantiene una relación cercana al 100% optimizando la distribución de recursos.

Cuadro 1. Relaciones predictivas de tipo de territorio

Tipo de territorio	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7
Ciudades	97.88%	111.34%	110.48%	89.42%	98.24%	98.64%	99.59%
Difícil acceso	144.89%	127.03%	145.87%	79.21%	102.41%	123.30%	102.52%
Islas	82.33%	109.31%	108.40%	84.88%	90.72%	84.39%	91.31%
Otro	111.08%	112.29%	116.27%	88.00%	106.28%	105.15%	99.86%

De igual manera, en la evaluación por EPS, encuentran que el modelo actual muestra valores superiores al 111%, es decir una sobrefinanciación, frente al modelo de condiciones (M7) que mantiene un equilibrio alrededor del 100%.

Cuadro 2. Relaciones predictivas para EPS sintéticas

Tamaño sintético	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7
300000	101.25%	111.16%	112.56%	89.49%	100.34%	100.75%	100.60%
500000	101.26%	112.90%	112.50%	89.37%	100.17%	100.58%	100.14%
1000000	101.12%	112.28%	112.31%	89.28%	100.09%	100.40%	100.04%

Ejemplo de validación completa	100.84%	111.73%	112.01%	89.01%	99.69%	100.10%	99.65%
--------------------------------	---------	---------	---------	--------	--------	---------	--------

Anexo 1B. Análisis Financiero y Estados Financieros

Ahora bien, al analizar la información de los estados financieros reportada por las Entidades promotoras de Salud – EPS, habilitadas en los regímenes contributivo y subsidiado clasificadas en los grupos de NIIF 1 y 2 que reportan información al 31 de diciembre en una serie comprendida entre el 2017 y 2021, se puede observar en los que las cuentas contables asociadas al ingreso de UPC, la de mayor peso sobre el total de los ingresos es la Ingresos por Unidad de Pago por Capitación -UPC, con un 95% durante los años 2019 y 2020 y un 90% para el año 2021.

Igualmente se observa que los ingresos registrados en los estados financieros de las EPS, tienen una tendencia creciente, incrementándose del año 2017 a 2018 en 23%, 2018 a 2019 el 11%, 2019 a 2020 el 8% y 2020 a 2021 el 13%.

INGRESOS -UPC	2017	2018	2019	2020	2021
CONTRIBUTIVO	44%	41%	41%	44%	49%
CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO (Medimás, Nueva EPS, Saludvida)	25%	29%	27%	26%	26%
SUBSIDIADO	31%	30%	31%	31%	26%

Fuente: Catálogo de información Financiera con fines de supervisión, Supersalud

En cuanto a los regímenes, se observa que, del total de los ingresos recibidos por los dos regímenes, las EPS del régimen contributivo tienen una participación promedio del 45% durante los últimos tres años (2019,2020 y 2021) seguido por el régimen subsidiado con una participación sobre el total de los ingresos es del 29% y finalmente las EPS habilitadas tanto en régimen contributivo como subsidiado (Medimás, Nueva EPS y Saludvida) con un peso promedio del 26% durante el mismo periodo,

De igual forma es necesario aclarar que la superintendencia Nacional de Salud establece la estructura de desagregación por número de dígito del Catálogo de información financiera con fines de supervisión, estableciendo como identificador de negocio los dígitos 7 y 8, que para el caso del informe se extrae el 01 régimen contributivo y 02 régimen subsidiado

En cuanto al costo, se puede evidenciar que sé que los estados financieros registran que la cuenta de mayor peso sobre el total de los costos durante el periodo 2019 y 2020 es costo reservas técnicas-liquidadas pendientes de pago- servicio de salud (UPC) con un 85% y durante el año 2021 su participación fue del 80%, en segundo lugar encontramos costo reservas técnicas - conocidos no liquidados - servicios de salud (UPC), con un peso sobre el total del costo del 8% para el año 2019, 12% el 2020 y para el periodo 2021 el 16%.

De igual forma que los ingresos, en cada cierre de periodo se evidencian crecimientos de los costos con relación al año anterior, es así que durante el periodo de 2017 a 2018 su crecimiento fue del 32%, 2018 a 2019 el 13%; 2019 a 2020 el 9% y 2020 a 2021 el 12%.

COSTOS - UPC	2017	2018	2019	2020	2021
CONTRIBUTIVO	39%	35%	36%	43%	48%
CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	25%	32%	31%	26%	28%
SUBSIDIADO	36%	33%	33%	30%	26%

Fuente: Catálogo de información Financiera con fines de supervisión, Supersalud

De igual forma se observa que del total de los costos registrados por las EPS en los dos regímenes, las EPS del régimen contributivo tienen una participación promedio sobre el total de los costos del 42% durante los últimos tres años (2019, 2020 y 2021), el régimen subsidiado tiene un peso del 30% y las EPS habilitadas en los dos regímenes (Medimás, Nueva EPS y Saludvida) su participación promedio es del 28% en los mismos periodos.

Finalmente se observa que la relación de costo ingreso en los periodos de análisis es positiva, evidenciando una participación del costo sobre el ingreso para los años 2017 del 73.26%, 2018 de 78.66%, 2019 de 79.87%, 2020 de 80.26% y 79.27% durante el periodo de cierre del año 2021, así mismo se observa que la EPS Famisanar, es la única EPS que presenta un peso promedio de los costos sobre el ingreso del 94% durante los últimos tres años(2019,2020,2021).

INGRESOS Y COSTOS ADICIONALES A LA UPC 2017 - 2021 VECIÓN ANÁLISIS DE COSTOS					
	2017	2018	2019	2020	2021
INGRESOS					
UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN - UPC	28.307.208.100	34.800.625.55	38.629.478.79	41.857.129.37	44.876.727.87
		2	0	2	6
UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN ADICIONAL					
LIBERACIÓN RESERVAS TÉCNICAS-OBLIGACIONES PENDIENTES Y CONOCIDAS	20.982.335	24.992.304	28.665.212	33.425.446	67.935.946
LIBERACIÓN RESERVAS TÉCNICAS-OBLIGACIONES PENDIENTES NO CONOCIDAS	499.912.670	641.690.047	899.383.174	1.198.564.283	1.165.850.430
CUOTA MODERADORA POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS FINANCIADOS CON LA UPC	130.811.737	81.263.319	101.831.966	259.102.929	144.283.305
COPAGOS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS FINANCIADOS CON LA UPC	340.947.785	388.752.711	468.599.418	341.957.615	461.417.935
SANCIÓN POR INASISTENCIA	222.487.831	252.064.142	276.935.384	243.037.077	249.856.842
INGRESOS POR DUPLICADO DE CARNÉ Y CERTIFICACIONES	208.357	106.400	46.001	17.231	2.988
	174.165	180.988	84.706	35.298	22.369
OTRAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD TOTAL, INGRESOS	110.190.843	141.188.432	82.396.561	188.747.338	2.630.320.314
	29.632.924.129	36.330.543.89	40.497.533.22	43.322.016.59	49.696.217.77
		4	3	1	5
COSTOS					
COSTO RESERVAS TÉCNICAS-LIQUIDADAS PENDIENTES DE PAGO- SERVICIO DE SALUD (UPC)	18.462.798.444	24.828.027.95	27.498.438.78	29.788.850.89	31.669.775.92
COSTO RESERVAS TÉCNICAS - CONOCIDAS NO LIQUIDADAS -SERVICIOS DE SALUD (UPC)	1.851.893.939	2.097.285.195	2.615.667.850	0	0
RESERVAS TÉCNICAS-CONOCIDAS NO LIQUIDADAS- SERVICIOS DE SALUD	1.071.384.159	1.261.388.337	1.573.048.239	0	0
COSTO RESERVAS TÉCNICAS - PENDIENTES NO CONOCIDAS -SERVICIOS DE SALUD (UPC)	314.500.772	392.262.659	692.119.817	1.169.444.444	1.369.605.966
TOTAL, COSTOS	21.700.385.314	28.576.965.35	32.337.272.68	35.251.271.89	39.316.126.47
		8	8	2	0
PARTICIPACION COSTO SOBRE EL INGRESO	73,23%	78,66%	79,87%	80,26%	79,27%

Anexo 1C. Funciones y Obligaciones de las EPS

FUNCIONES Y OBLIGACIONES DE LAS EPS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.

Las Entidades Promotoras de Salud serán responsables de ejercer las siguientes funciones:

- a) Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado, garantizando siempre la libre escogencia del usuario y remitir al Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios;
- b) Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema.
- c) Se exceptúa de lo previsto en el presente literal a las entidades que por su propia naturaleza deban celebrar contratos de reaseguro;
- d) Movilizar los recursos para el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud mediante el recaudo de las cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía; girar los excedentes entre los recaudos, la cotización y el valor de la unidad de pago por capitación a dicho fondo, o cobrar la diferencia en caso de ser negativa; y pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato;
- e) Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud;
- f) Organizar la prestación del servicio de salud derivado del sistema de riesgos laborales, conforme a las disposiciones legales que rijan la materia;
- g) Organizar facultativamente la prestación de planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, según lo prevea su propia naturaleza.

FUNCIONES Y OBLIGACIONES DE LAS EPS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.

Son obligaciones de las entidades EPS del régimen subsidiado, las siguientes, conforme las disposiciones vigentes:

- a) Promover la afiliación de la población beneficiaria del régimen subsidiado, garantizando la libre elección por parte del beneficiario.
- b) Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, como aseguradoras y administradoras que son, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas.
- c) Informar al beneficiario sobre aquellos aspectos relacionados con el contenido del POS, procedimientos para la inscripción, redes de servicios con que cuenta, deberes y derechos dentro del SGSSS, así como el valor de las cuotas moderadoras y copagos que debe pagar.
- d) Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con instituciones prestadoras de servicios y con profesionales de salud, implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud.
- e) Asegurar los riesgos derivados de la atención de enfermedades de alto costo, calificadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con las condiciones señaladas en el presente Título.
- f) Suministrar oportunamente a las Direcciones de Salud la información relacionada con sus afiliados y verificar en el momento de la afiliación que estas personas se encuentran dentro de la población prioritaria para la asignación de subsidios, conforme los listados entregados por las entidades territoriales.
- g) Establecer el sistema de administración financiera de los recursos provenientes del subsidio a la demanda.
- h) Organizar estrategias destinadas a proteger la salud de sus beneficiarios que incluya las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación dentro de los parámetros de calidad y eficiencia.
- i) Informar a la Superintendencia Nacional de Salud, al Ministerio de Salud y Protección Social, a las entidades territoriales y demás autoridades correspondientes las irregularidades que se presenten en la operación del régimen subsidiado, en especial aquellos aspectos relacionados con los procesos de identificación, afiliación, carnetización de los beneficiarios de subsidios y deficiencia en la red prestadora de servicios, independientemente de las acciones internas que adelante para establecer las responsabilidades personales o institucionales y para la adopción de los correctivos correspondientes.

FONDO REGIONAL ESCENARIO 2

Cantidad	Ejemplo Directivo base	Honorario mes x Dep	Factor Salario 1.5	Salarios año x Dep	Gasto RH x 7
1	Director Regional	14,400,000	21,600,000	259,200,000	1,814,400,000
1	Jeefe de Contratación red	10,800,000	16,200,000	194,400,000	1,360,800,000
3	Expertos contratación salud	8,400,000	12,600,000	151,200,000	1,058,400,000
4	Atorgados Contratador	6,000,000	9,000,000	108,000,000	762,000,000
3	Técnicos sistemas	3,600,000	5,400,000	64,800,000	453,600,000
2	Apoyo administrativo	3,600,000	5,400,000	64,800,000	453,600,000
1	Lider de Asistencia	10,800,000	16,200,000	194,400,000	1,360,800,000
1	Auditor medico Lider	8,400,000	12,600,000	151,200,000	1,058,400,000
1	Auditor Administrativo financiero	8,400,000	12,600,000	151,200,000	1,058,400,000
1	Auditor a nivel	8,400,000	12,600,000	151,200,000	1,058,400,000
1	Auditor Sistema de Información	8,400,000	12,600,000	151,200,000	1,058,400,000
1	Atención al Ciudadano	4,200,000	6,300,000	75,600,000	527,200,000
3	Tecnico o tecnologo en Sistemas	3,600,000	5,400,000	64,800,000	453,600,000
1	Oficial Documental	3,600,000	5,400,000	64,800,000	453,600,000
2	Apoyo Administrativo	3,600,000	5,400,000	64,800,000	453,600,000
20	Auditorias especiales	6,000,000	9,000,000	108,000,000	762,000,000
10	Asesorías	10,800,000	16,200,000	194,400,000	1,360,800,000
20	Reduccion calidad	3,600,000	5,400,000	64,800,000	453,600,000
5	Asegados x linea auditoria	8,400,000	12,600,000	151,200,000	1,058,400,000
6	Asesorías de Información	8,400,000	12,600,000	151,200,000	1,058,400,000
3	Estadísticas	8,400,000	12,600,000	151,200,000	1,058,400,000
20	Ingenieros sistemas	7,200,000	10,800,000	129,600,000	907,200,000
1	Lider Financiero	9,000,000	13,500,000	162,000,000	1,134,000,000
1	Lider Contabilidad	8,400,000	12,600,000	151,200,000	1,058,400,000
1	Lider Presupuesto	8,400,000	12,600,000	151,200,000	1,058,400,000
7	Apoyo Financiero	6,000,000	9,000,000	108,000,000	762,000,000
1	Lider Prestaciones Economicas	5,600,000	8,400,000	100,800,000	705,600,000
5	Profesionales Prestaciones Economicas	6,000,000	9,000,000	108,000,000	762,000,000
3	Asegados sobre coactivo	6,000,000	9,000,000	108,000,000	762,000,000
1	Lider Administrativo	8,400,000	12,600,000	151,200,000	1,058,400,000
2	Profesionales de apoyo	6,000,000	9,000,000	108,000,000	762,000,000
2	Apoyo Informatico	3,600,000	5,400,000	64,800,000	453,600,000
117	BIR			129,600,000	907,200,000
					95,180,400,000

COSTOS OPERACIÓN SEDES ESCENARIO 1

	Valor Unitario mes	Valor año	Valor 40 sedes País
Arriendo Oficina	250,000,000.00	3,000,000,000	120,000,000,000
Comunicaciones: telefonía, internet	150,000,000.00	1,800,000,000	72,000,000,000
Seguridad	12,000,000.00	144,000,000	5,760,000,000
Capiferia y Aseo	15,000,000.00	180,000,000	7,200,000,000
Teléfono móvil y red FCCOM	80,000,000.00	960,000,000	38,400,000,000
Suministros 5%	30,000,000.00	360,000,000	14,400,000,000
Tiquetes aereos y terrestre	15,000,000.00	180,000,000	7,200,000,000
Gastos de desplazamiento personal	30,000,000.00	360,000,000	14,400,000,000
Servicios públicos, Imprevistos	30,000,000.00	360,000,000	14,400,000,000
TOTALES			293,760,000,000

7 FONDO REGIONAL- ESCENARIO 1				
Cantidad	Equipo Directivo base:	Honorarios mes	Factor Salarial 1,5	Salarios año x Región
1	Director x Departamento	21,600,000		259,200,000
1	Jefe de Contratación red	18,800,000		194,400,000
3	Expertos contratación salas	8,400,000		473,600,000
4	Abrogados Contratación	6,000,000		432,000,000
3	Técnicos sistemas	3,600,000		194,400,000
2	Apoyo administrativo	3,600,000		90,000,000
1	Lider de Auditoria	18,800,000		129,600,000
1	Auditor medico Líder	8,400,000		151,200,000
1	Auditor Administrativo Financiero	8,400,000		151,200,000
1	Auditor Jurídico	8,400,000		151,200,000
1	Auditor Sistemas de Información	8,400,000		151,200,000
1	Atención al Ciudadano	4,200,000		75,000,000
3	Técnicos e Ingeniería en Sistemas	3,600,000		194,400,000
1	Gestor Documental	3,600,000		64,800,000
30	Apoyos Administrativo	3,600,000		129,600,000
30	Auxiliares especiales	6,000,000		3,240,000,000
5	Analistas	10,800,000		1,186,800,000
30	Revisores calidad	18,600,000		1,944,000,000
5	Abogados x línea auditoria	8,400,000		756,000,000
3	Analistas de información	8,400,000		397,200,000
3	Estadísticos	8,400,000		453,600,000
3	Ingenieros sistemas	7,200,000		388,800,000
1	Lider Financiero	14,400,000		172,800,000
1	Lider Costabilidad	14,400,000		172,800,000
1	Lider Presupuesto	8,400,000		151,200,000
7	Apoyos Financieros	9,000,000		756,000,000
1	Lider Prestaciones Económicas	9,000,000		172,800,000
6	Economistas	6,000,000		648,000,000
1	Abogados cobro coactivo	6,000,000		180,000,000
1	Lider Administrativo	8,400,000		151,200,000
1	Profesional de apoyo	6,000,000		756,000,000
1	Apoyo Administrativo	3,600,000		64,800,000
120	TSU			
TOTAL				70,232,400,000

PROPUESTA AJUSTE OPERACIÓN TALENTO HUMANO MAS COSTO FUNCIONAMIENTO (Escenario 2 - AUDITORIA basada en análisis)						
Cantidad	DEPARTAMENTAL	Varia por Departamento	Honorarios mes x Dep	Factor Salarial 1,5	Salarios año x Dep	Honorarios x 33
1	Director x Departamento	12,000,000		18,000,000	216,000,000	7,128,000,000
1	Lider de Auditoria	9,000,000		13,500,000	162,000,000	5,346,000,000
1	Auditor medico Líder	7,000,000		10,500,000	126,000,000	4,158,000,000
1	Auditor Administrativo Financiero	7,000,000		10,500,000	126,000,000	4,158,000,000
1	Auditor Jurídico	7,000,000		10,500,000	126,000,000	4,158,000,000
1	Auditor Sistemas de Información	7,000,000		10,500,000	126,000,000	4,158,000,000
5	Atención al Ciudadano	3,500,000		5,250,000	63,000,000	2,095,000,000
5	Técnicos e Ingeniería en Sistemas	3,000,000		4,500,000	270,000,000	8,910,000,000
5	Gestor Documental	3,000,000		4,500,000	54,000,000	1,782,000,000
10	Apoyo Administrativo	3,000,000		4,500,000	540,000,000	17,820,000,000
30	Auxiliares Profesionales	7,000,000		10,500,000	3,780,000,000	124,740,000,000
45	Analistas	3,000,000		4,500,000	1,820,000,000	59,460,000,000
3	Abogados x línea auditoria	7,000,000		10,500,000	378,000,000	12,474,000,000
3	Analistas de Información	5,000,000		7,500,000	540,000,000	17,820,000,000
3	Estadísticos	7,000,000		10,500,000	378,000,000	12,474,000,000
5	Ingenieros sistemas	6,000,000		9,000,000	540,000,000	17,820,000,000
1	Lider Financiero	8,000,000		12,000,000	144,000,000	4,752,000,000
1	Lider Costabilidad	7,000,000		10,500,000	126,000,000	4,158,000,000
1	Lider Presupuesto	7,000,000		10,500,000	126,000,000	4,158,000,000
5	Apoyos Financieros	5,000,000		7,500,000	450,000,000	14,850,000,000
1	Lider Prestaciones Económicas	8,000,000		12,000,000	144,000,000	4,752,000,000
20	Economistas	5,000,000		7,500,000	1,800,000,000	59,400,000,000
3	Abogados cobro coactivo	5,000,000		7,500,000	270,000,000	8,910,000,000
1	Lider Administrativo	7,000,000		10,500,000	126,000,000	4,158,000,000
2	Profesional de apoyo	5,000,000		7,500,000	180,000,000	5,840,000,000
2	Apoyo Administrativo	3,000,000		4,500,000	108,000,000	3,564,000,000
169						
TOTALES		5,289	Total personas			405,999,000,000

PROPUESTA AJUSTE OPERACIÓN TALENTO HUMANO MAS COSTO FUNCIONAMIENTO (Escenario 1 - AUDITORIA 100% SOPORTES)						
Cantidad	DEPARTAMENTAL	Varia por Departamento	Honorarios mes x Dep	Factor Salarial 1,5	salarios año x Dep	salarios x 33
1	Director x Departamento	12,000,000		18,000,000	216,000,000	7,128,000,000
1	Lider de Auditoria	9,000,000		13,500,000	162,000,000	5,346,000,000
1	Auditor medico Líder	7,000,000		10,500,000	126,000,000	4,158,000,000
1	Auditor Administrativo Financiero	7,000,000		10,500,000	126,000,000	4,158,000,000
1	Auditor Jurídico	7,000,000		10,500,000	126,000,000	4,158,000,000
1	Auditor Sistemas de Información	7,000,000		10,500,000	126,000,000	4,158,000,000
5	Atención al Ciudadano	3,500,000		5,250,000	63,000,000	2,095,000,000
10	Técnicos e Ingeniería en Sistemas	3,000,000		4,500,000	270,000,000	8,910,000,000
5	Gestor Documental	3,000,000		4,500,000	270,000,000	8,910,000,000
10	Apoyo Administrativo	3,000,000		4,500,000	540,000,000	17,820,000,000
30	Auxiliares profesionales	6,000,000		9,000,000	3,780,000,000	124,740,000,000
45	Analistas	3,000,000		4,500,000	1,820,000,000	59,460,000,000
3	Abogados x línea auditoria	7,000,000		10,500,000	378,000,000	12,474,000,000
3	Analistas de Información	5,000,000		7,500,000	540,000,000	17,820,000,000
3	Estadísticos	7,000,000		10,500,000	378,000,000	12,474,000,000
2	Ingenieros sistemas	6,000,000		9,000,000	540,000,000	17,820,000,000
1	Lider Financiero	8,000,000		12,000,000	144,000,000	4,752,000,000
1	Lider Costabilidad	7,000,000		10,500,000	126,000,000	4,158,000,000
1	Lider Presupuesto	7,000,000		10,500,000	126,000,000	4,158,000,000
5	Apoyos Financieros	5,000,000		7,500,000	450,000,000	14,850,000,000
1	Lider Prestaciones Económicas	8,000,000		12,000,000	144,000,000	4,752,000,000
20	Economistas	5,000,000		7,500,000	1,800,000,000	59,400,000,000
3	Abogados cobro coactivo	5,000,000		7,500,000	270,000,000	8,910,000,000
1	Lider Administrativo	7,000,000		10,500,000	126,000,000	4,158,000,000
2	Profesional de apoyo	5,000,000		7,500,000	180,000,000	5,840,000,000
1	Apoyo Administrativo	3,000,000		4,500,000	108,000,000	3,564,000,000
919		Total personas				2,464,209,000,000
TOTALES						

Anexo 2. Seccionales ADRES

DISTRIBUCION 7 REGIONES

REGION	DEPARTAMENTOS	POBLACION	POBLACION TOTAL REGION
1 CARIBE	LA GUAJIRA	1,096,432	12,130,230
	CESTAR	1,344,819	
	MAGDALENA	1,473,721	
	ATLANTICO	2,906,853	
	BOLIVAR	2,432,406	
	SUCRE	1,022,020	
	CORDOBA	1,790,640	
SAN ANDRES	63,338		
2 EJE CAFETERO	ANTIOQUIA	7,211,853	10,338,391
	CALDAS	969,708	
	RISARALDA	1,091,566	
	QUINDIO	596,792	
3 PACIFICO	CHOCO	468,473	7,780,659
	VALLE DEL CAUCA	4,817,049	
	CAUCA	1,408,428	
4. SANTANDERES	NARIÑO	1,555,183	4,122,981
	NORTE DE SANTANDER	1,758,193	
SANTANDER	2,364,788		
5 CENTRO + AMAZONAS	BOYACA	1,239,162	12,369,019
	CUNDINAMARCA	2,725,893	
	BOGOTA D.C.	8,234,723	
	VAUPES	35,484	
GUAINIA	54,218		
AMAZONAS	79,537		
6 ORINOQUIA	ARAUCA	316,018	2,028,252
	CASANARE	441,387	
	META	1,094,080	
	GUAVIARE	89,889	
	VICHADA	86,877	
7 CENTRO - SUR	TOLIMA	1,229,733	3,386,721
	HUILA	1,372,356	
	CAQUETA	437,731	
	PUTUMAYO	346,901	
Fuente: BDUA		52,156,254	52,156,254

COSTOS OPERACIÓN SEDES - ESCENARIO 2

	Valor Unitario mes	Valor año	Valor 40 sedes País
Arriendo Oficina	250,000,000.00	2,400,000,000.00	96,000,000,000.00
Comunicaciones: telefonía, internet	100,000,000.00	1,200,000,000.00	48,000,000,000.00
Seguridad	12,000,000.00	144,000,000.00	5,760,000,000.00
Cafetería y Aseo	10,000,000.00	120,000,000.00	4,800,000,000.00
Tecnología equipos y red PCCOM	45,000,000.00	540,000,000.00	21,600,000,000.00
Suministros	20,000,000.00	240,000,000.00	9,600,000,000.00
Tiquetes aéreos y terrestre	10,000,000.00	120,000,000.00	4,800,000,000.00
Gastos de desplazamiento personal	20,000,000.00	240,000,000.00	9,600,000,000.00
Servicios públicos, varios e imprevistos	20,000,000.00	240,000,000.00	9,600,000,000.00
TOTALES		240,000,000.00	9,600,000,000.00
			209,760,000,000.00


 CAROLINA CORCHO MEJÍA
 Ministra de Salud y Protección Social

