

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

PROYECTO DE LEY ESTATUTARIO “POR MEDIO DEL CUAL SE REFORMA EL SISTEMA DE SALUD PARA GARANTIZAR EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD”

Julio de 2023



**PARTIDO LIBERAL
COLOMBIANO**

Tabla de Contenido

SECCIÓN I	5
CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN.....	5
1. CONTEXTO JURÍDICO	5
1.1. Constitución Política de Colombia y Jurisprudencia de la Honorable Corte Constitucional.....	6
1.2. Ley 100 de 1993.....	7
1.3. Ley Estatutaria 1751 de 2015	9
2. CONTEXTO SOBRE LOS AVANCES Y FALLAS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS).....	9
2.1. Equidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).	11
2.2. Desempeño del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).....	13
2.2.1. Análisis del desempeño del SGSSS por objetivos fundamentales de los sistemas de salud.....	14
2.2.1.1. Objetivo Fundamental 1: Mejorar y Mantener la Salud	15
2.2.1.1.1. Salud Pública	15
2.2.1.1.2. Gestión del Riesgo en Salud	22
2.2.1.2. Objetivo Fundamental 2: Equidad con protección financiera y sostenibilidad fiscal	30
2.2.1.3. Objetivo Fundamental 3: Respuesta a las expectativas de las usuarios-centrado en las personas y el ejercicio del derecho fundamental a la Salud	31
2.2.2. Comparación Internacional del SGSSS.....	33
2.3. Análisis sobre abusos, falta de transparencia e integración vertical en el SGSSS.....	37
3. ANÁLISIS JUSTIFICATORIO.....	40
SECCIÓN II	41
DESCRIPCIÓN ANALÍTICA DE LOS COMPONENTES DEL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA	41
1. CAPÍTULO I: DISPOSICIONES GENERALES.....	41
2. CAPÍTULO II. ASEGURAMIENTO SOCIAL EN SALUD	42
3. CAPÍTULO III. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	42
4. CAPÍTULO IV. TALENTO HUMANO EN SALUD	42
5. CAPÍTULO V. POLÍTICA FARMACÉUTICA Y DE INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD	42

6. CAPÍTULO VI. FINANCIAMIENTO Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA.....	42
7. CAPÍTULO VII. DISPOSICIONES FINALES Y RÉGIMEN DE TRANSICIÓN	42
ARTÍCULO 1°	44
ARTÍCULO 2°	44
ARTÍCULO 3°	44
ARTÍCULO 5°	46
ARTÍCULO 6°	48
ARTÍCULO 9°	50
ARTÍCULO 10°	50
ARTÍCULO 13°	52
ARTÍCULO 14°	53
ARTÍCULO 16°	54
ARTÍCULO 18°	55
ARTÍCULO 19°	56
ARTÍCULO 21°	56
ARTÍCULO 22°	57
ARTÍCULO 23°	58
ARTÍCULO 24°	58
ARTÍCULO 25°	59
ARTÍCULO 26°	59
ARTÍCULO 28°	60
ARTÍCULO 29°	60
ARTÍCULO 30°	61
ARTÍCULO 31°	61
ARTÍCULO 33°	62

SECCIÓN I

CONTEXTO Y JUSTIFICACIÓN

1. CONTEXTO JURÍDICO

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) nace a partir de la Ley 100 de 1993, desde la cual, se ha derivado a lo largo de estos 30 años, un gran marco reglamentario tendiente a regular los componentes del sistema y su operativización. De forma complementaria y, producto del dinamismo de los sistemas de salud, los retos irresueltos del SGSSS, la jurisprudencia de la Honorable Corte Constitucional, entre otros, fueron sancionadas la Ley 1122 de 2007, “[p]or la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” y la Ley 1438 de 2011, “[p]or medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.” Estas Leyes, han introducido mayores y más precisos elementos conducentes a la universalización del aseguramiento, la adecuada financiación del sistema, el enfoque en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la estrategia de Atención Primaria en Salud, además de otros componentes que han modificado a lo largo del tiempo las políticas, planes, estrategias e intervenciones del propio Ministerio de Salud y Protección Social y los actores del SGSSS.

Cabe resaltar la Ley 715 de 2001, “[p]or la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.” Ésta ha sido el marco de referencia legal para la distribución de competencias de los diferentes niveles del Estado desde el orden Nacional hasta el municipal, en materia de salud.

Adicionalmente, un hito de especial significancia lo constituye la Ley Estatutaria 1751 de 2015, “[p]or medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.” **Al tenor de esta Ley estatutaria, se establecen aspectos nucleares del derecho fundamental a la salud que están en estrecha relación con la arquitectura y operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y sus agentes, generando como consecuencia un marco jurídico mucho**

más claro que permite reconocer el carácter estatutario de futuros ajustes al mismo.

Como se detalla en la presente exposición de motivos, es precisamente por lo último que, se presenta el proyecto de Ley Estatutario, desde la perspectiva jurídica, el cual responde a las necesidades actuales de reformas profundas al SGSSS, en razón de la evaluación de indicadores de su desempeño.

1.1. Constitución Política de Colombia y Jurisprudencia de la Honorable Corte Constitucional

Específicamente hablando, desde la Constitución Política de 1991, 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 (...)”¹. Consecuentemente y, de forma intrínseca, la Carta Magna contiene como principios fundamentales la dignidad humana, la solidaridad y el interés general². Es sobre la base de tales principios que, a lo largo de los años, se ha desarrollado todo el marco legal y jurisprudencial y, de manera muy particular, en lo concerniente al derecho fundamental a la salud, el cual ha evolucionado en su caracterización en las últimas tres décadas, llegando a un punto de claridad de su contenido en la citada Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Jurisprudencialmente hablando, la Honorable Corte Constitucional ha definido que el derecho a la salud como un derecho fundamental atípico, en tanto que, si bien éste se encuentra originalmente dentro del paquete de Derechos Sociales, Económicos y Culturales de la Constitución de 1991, su naturaleza está compuesta de forma irreductible por los principios de “solidaridad y dignidad humana” y, de forma muy particular, éste está intrínsecamente atado al del derecho fundamental a la vida, como se estableció en la icónica Sentencia T-760 de 2008³. Así las cosas, ya desde 2008, la

¹ Gaceta # 3 Asamblea Constituyente 1991 “*Proyecto de Acto Reformatorio de la Constitución Política de Colombia*”
Título: Derechos sociales

² Sentencia C-313 de 2014: “(...) *El principio de solidaridad exige la ayuda mutua entre las personas afiliadas, vinculadas y beneficiarias, independientemente del sector económico al cual pertenezcan, y sin importar el estricto orden generacional en el cual se encuentren. Este principio se manifiesta en dos subreglas, a saber: En primer lugar, el deber de los sectores con mayores recursos económicos de contribuir al financiamiento de la seguridad social de las personas de escasos ingresos, por ejemplo, mediante aportes adicionales destinados a subsidiar las subcuentas de solidaridad y subsistencia del sistema integral de seguridad social en pensiones, cuando los altos ingresos del cotizante así lo permiten. En segundo término, la obligación de la sociedad entera o de alguna parte de ella, de colaborar en la protección de la seguridad social de las personas que por diversas circunstancias están imposibilitadas para procurarse su propio sustento y el de su familia. (...)*”

³ “[...] El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna [...]”

jurisprudencia establecía que el derecho a la salud contenía características especiales que lo vinculaban directamente con los Derechos Fundamentales y su connotación era, por tanto, similar. Como se ha mencionado previamente, puede decirse que el pináculo de esta línea jurisprudencial y, prácticamente una consecuencia de la misma, es la sanción de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Esta disertación es subsanada, de manera casi definitiva, por la Sentencia C-313 de 2014 de la Honorable Corte Constitucional, por medio de la cual se declara exequible la Ley Estatutaria 1751 de 2015, cuando expone:

“En cuanto al marco normativo se destacó la importancia de la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, dada su pertinencia para la regulación del derecho a la salud. Por lo que respecta al desarrollo jurisprudencial de la Corte sobre el derecho a la salud, se recordó que inicialmente se le estimaba como fundamental en razón de su conexidad con otros derechos fundamentales. Igualmente se mencionó el cambio jurisprudencial en la definición y conceptualización del derecho fundamental, en particular, el peso de la dignidad humana en la calificación de un derecho como fundamental.”

Esto es de muy especial consideración, pues en la misma Sentencia, la Corte establece que Lo anterior, “(...) en la legislación ordinaria y su reglamentación, las labores de dirección, regulación, vigilancia y control, así como los agentes prestadores del servicio y quienes suministran los insumos, se enfoquen en función de garantizar el derecho fundamental a la salud para todos los habitantes de Colombia en forma universal y con calidad”. **De aquí surge un elemento de consideración legal y es que, transformaciones sustanciales en la legislación ordinaria y su reglamentación que, de forma razonable, puedan implicar una afectación al derecho fundamental a la salud, deban entonces ser consideradas de carácter Estatutario, razón por la cual, este proyecto de Ley se ha construido con tal consideración.**

1.2. Ley 100 de 1993

Como fue expuesto previamente, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) surge de la Ley 100 de 1993, en conjunto con el sistema pensional, bajo el marco del Sistema de Seguridad Social Integral⁴. De manera muy particular y disruptiva en la línea de políticas públicas para el momento histórico de Colombia y del mundo de principios de la década de los 90 del siglo pasado, SGSSS nace de un marco conceptual innovador, pues recoge aspectos fundamentales de la protección social de los Estados de Bienestar modernos posteriores a la Segunda Guerra Mundial y, al tiempo, elementos

⁴ Artículo 152 de la ley 100 de 1993.”[...] *La presente Ley establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación. Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.*

dinamizadores de los mercados económicos y el sector privado, regulados mediante un arreglo institucional por parte del Estado, esto es, el Pluralismo Estructurado⁵⁶.

En resumen, el Pluralismo Estructurado configura un sistema de salud que cuenta con un pagador final público —el Estado—, unos agentes públicos, privados o mixtos encargados de la gestión del riesgo en salud —las Empresas Promotoras de Salud (EPS)—, el cual, a su vez, está compuesto por el riesgo técnico de salud y el riesgo financiero subsecuente y, unos prestadores de servicios de salud públicos y privados, encargados de la gestión clínica de los individuos. Para generar eficiencias, evitar un sobre costo transaccional producto de la multiplicidad de agentes en el modelo, el Pluralismo Estructurado establece varios niveles y direcciones de competencia entre tales agentes, apalancada en función de la calidad, que permite ganar presencia en el sector —para las EPS, implica mayor captación de usuarios y para los prestadores, mayor captación de EPS—, lo cual, claramente proviene de modelos de mercado. Cabe decir que, esta competencia se fundamenta en la libertad de elección de los usuarios de todo el SGSSS lo que, además, es también considerado como un elemento determinante dentro del derecho fundamental a la salud, por parte de la Corte Constitucional, en un interregno entre las dimensiones técnicas y jurídicas del arreglo institucional del sistema.

Haciendo una breve descripción del detalle de los niveles de competencia entre agentes, en el Pluralismo Estructurado y el SGSSS, en el nivel establecido entre las EPS, éstas compiten por obtener una mayor cantidad de usuarios —y, por tanto, prima o recursos per cápita que el Estado les gira—; esta competencia se alimenta de i. el logro de eficiencias producidas por una adecuada gestión del riesgo en salud, la cual genera ahorros financieros futuros, al evitar la materialización de riesgos y gastos asociados a atenciones de mayor complejidad y evitables y ii. la calidad de la atención en salud— estrechamente vinculada a lo anterior—. Sobre esta última, su nivel superior cataliza la atracción de más usuarios en un esquema de mercado informado, siendo un incentivo teórico poderoso para ello. Por otro lado, en el nivel de competencia entre los prestadores de servicios de salud, estos compiten bajo los mismos principios de eficiencia y calidad, pero en este caso no por atraer más usuarios —personas—, sino por hacer parte de las redes de atención de las EPS, es decir, atraer a tales Empresas para la conformación de acuerdos de voluntades contractuales.⁷

Vale la pena, en este punto, retomar el hecho de la introducción de constantes ajustes al SGSSS dado por las citadas Leyes de la República, como por la extensa normatividad sectorial asociada. Si bien es cierto, esto ha producido mejoras en el accionar de los distintos agentes del SGSSS, también hay que decir que ha introducido cierto grado de

⁵ Artículo 185 de la ley 100 de 1993. “[...] Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.

⁶ Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina (No. 353). Working Paper.

⁷ Londoño, Juan Luis, and Julio Frenk. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. No. 353. Working Paper, 1997

inestabilidad en la implementación y fortalecimiento metódico del sistema de salud colombiano desde 1993.

1.3. Ley Estatutaria 1751 de 2015

Como se ha venido comentando, la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 es el resultado de discusiones sociales profundas sobre las características del derecho a la salud, recogidas por la jurisprudencia de la Honorable Corte Constitucional. Esta Ley agrega distintos elementos que configuran, integran y determinan el derecho fundamental a la salud, como los principios del mismo, su goce efectivo, los Determinantes Sociales de la Salud, las prestaciones de salud y la autonomía médica, entre otros, con el objetivo de proveer de “igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” en el ejercicio de su derecho.

2. CONTEXTO SOBRE LOS AVANCES Y FALLAS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS).

Para comienzos de la década de los 90 del siglo pasado, Colombia atravesaba una profunda crisis social, producto de años de violencia recrudescida, destrucción de su tejido social, marco constitucional obsoleto e inmadurez de aspectos de la participación democrática como la reciente elección popular de alcaldes y gobernadores, precario crecimiento económico y deficiencia de la protección social por parte del Estado. Como resultado de este escenario, la sociedad de entonces promovió una serie de reformas profundas a la conformación e institucionalidad del Estado Colombiano, comenzando por la promulgación de una nueva Constitución Política en 1991.

Intrínsecamente relacionadas con la naciente Carta Magna, otras reformas, formuladas desde el Ejecutivo y el Legislativo, comenzaron a materializar lo establecido por la Constitución. El propósito de tales reformas era el de generar un aparato del Estado más eficiente y menos expansivo; eliminar progresivamente las rentas públicas excesivas en favor de sectores económicos vigorosos y diversos; conectar la economía y mercado colombiano con otros mercados internacionales, en un razonamiento expansivo que produjera prosperidad y bienestar⁸; de igual forma, “las propuestas fundamentales de reforma, emanadas por lo regular del Poder Ejecutivo (al menos formalmente), han tenido los trámites de rigor en el Congreso de la República y han sido sometidas a los controles correspondientes (de constitucionalidad) por parte del Poder Judicial⁹.”

⁸ Echavarría, Juan José. “Colombia en la década de los noventa: neoliberalismo y reformas estructurales en el trópico.” Cuadernos de economía 20.34 (2001): 57-102.

⁹ Estrada A. Las reformas estructurales y la construcción del orden neoliberal en Colombia. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Buenos Aires. 2006.

Desde una dimensión institucionalista, la construcción de un nuevo contrato social plural que fortaleciera una democracia más participativa y pluralista donde los derechos fundamentales fueran garantizados de manera efectiva. Es en este contexto que se sanciona la Ley 100 de 1993 y, como fue ya descrito, su modelo conceptual: el Pluralismo Estructurado.

Para ese momento, tan solo el 33% de la población tenía algún tipo de aseguramiento —dado por el Instituto de Seguros Sociales (ISS), las Cajas de Compensación Familiar y los seguros privados—, el 90% de los subsidios en salud terminaban destinados a los quintiles de mayores ingresos, el presupuesto de los hospitales públicos respondía a comportamientos históricos y no a su desempeño, lo que era en sí mismo un factor de enorme ineficiencia¹⁰, entre otros, lo que, a la luz del desarrollo jurisprudencial y legal actual, es inaceptable para la sociedad colombiana y la garantía del derecho fundamental a la salud. El arreglo innovador del Pluralismo Estructurado y la Ley 100 de 1993, tenía, por tanto, como objetivo principal la superación de estas profundas limitaciones y fallas que el precario sistema de salud, bajo una visión de consolidar la protección social por parte del Estado, pero apalancarla con las capacidades y dinamismo del sector privado. Como se aprecia, esta línea de política social está en estrecha relación con la nueva visión de un Estado moderno y eficiente, contemplada por la Constitución Política de 1991.

Como se verá más adelante en detalle, este novedoso arreglo institucional del sistema de salud colombiano, ha permitido alcanzar prácticamente en su completitud, los objetivos inicialmente planteados, mediante la cobertura universal en salud (ver figura 1, abajo); el cierre de brechas de desigualdad (ver sección 2.1, abajo); y una de las más altas y mejores protecciones financieras del mundo en desarrollo (ver sección 2.2, abajo). No obstante, de la mano de estos logros tan significativos para los avances sociales de nuestro país, es igualmente cierto que han surgido y persisten profundas fallas dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que motivan este proyecto de Ley Estatutario. En efecto, el derecho fundamental a la salud ha sido protegido y garantizado gracias al sistema creado por la Ley 100, con algunas reformas normativas y novedosos parámetros jurisprudenciales. **Con el anterior sistema habría sido casi imposible el logro de estos resultados, por la insuficiencia de recursos financieros frescos, humanos y las limitaciones propias de la función pública.** Los grandes avances de las tres últimas décadas en cobertura, acceso, equidad, administración del riesgo, indicadores de salud pública, gasto social, entre otros presentados en esta exposición de motivos, han conducido a un resultado innegable: ha mejorado de manera progresiva y muy significativa el servicio de salud para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. El paso siguiente debe ser el de diseñar soluciones para mejorar aún más el sistema, no para destruirlo.

¹⁰ Núñez, J., Zapata, J. G., Castañeda, C., Fonseca, S. M., & Ramírez, J. (2012). *La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano-Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro.*

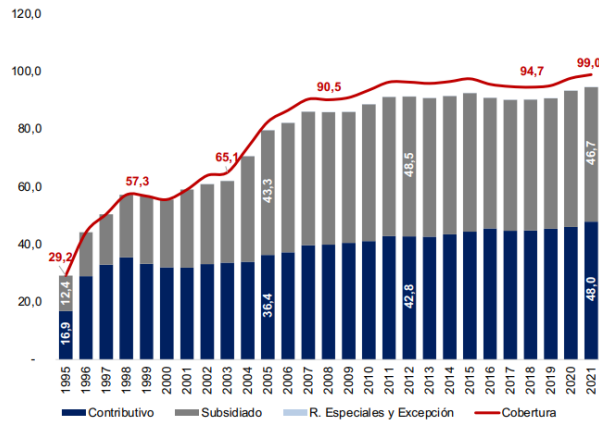


Figura 1 Cobertura de la población por parte del SGSSS, 1995 a 2021.

Fuente: OCDE

2.1. Equidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Colombia es uno de los países más desiguales del mundo, en este sentido, el Banco Mundial considera que “el crecimiento económico por sí solo no ha sido suficiente para reducir la desigualdad, pues las barreras a oportunidades económicas persisten para ciertos grupos (incluyendo por género, etnia, y ubicación geográfica), limitando así la movilidad social”¹¹. No obstante lo anterior, evidencia específica sobre el sistema de salud colombiano establece que, a pesar de esta desigualdad estructural, el SGSSS es un factor que ha contribuido al cierre de brechas de inequidad, tal y como lo estima la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), al decir que, a pesar de que “Colombia tiene una alta tasa de inequidad (con un coeficiente Gini de 53,5 en 2012, comparado con un promedio de la OCDE de 32,2), el acceso a servicios de salud es mucho más equitativo”¹².

Existe evidencia indexada que resalta muy especialmente la equidad dentro del sistema de salud, por ejemplo, Camacho & Flórez observan que es “evidente el avance en nivel de incidencia, pero espacialmente marcado es el descenso en las inequidades durante las dos décadas. Por región, prácticamente se eliminaron las inequidades”¹³ tal y como lo visualiza la Figura 2, abajo:

¹¹<https://www.bancomundial.org/es/country/colombia/overview#:~:text=Colombia%20sigue%20enfrent%C3%A1ndose%20a%20importantes,pa%C3%ADses%20m%C3%A1s%20desiguales%20del%20mundo>.

¹² OECD. OECD Reviews of Health Systems: Colombia. OECD Publishing, Paris. 2015. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264248908-en>

¹³ Camacho, A., & Flórez Nieto, C. E. Dos décadas de cambios en la equidad del sistema de salud colombiano: 1990-2010. 2012

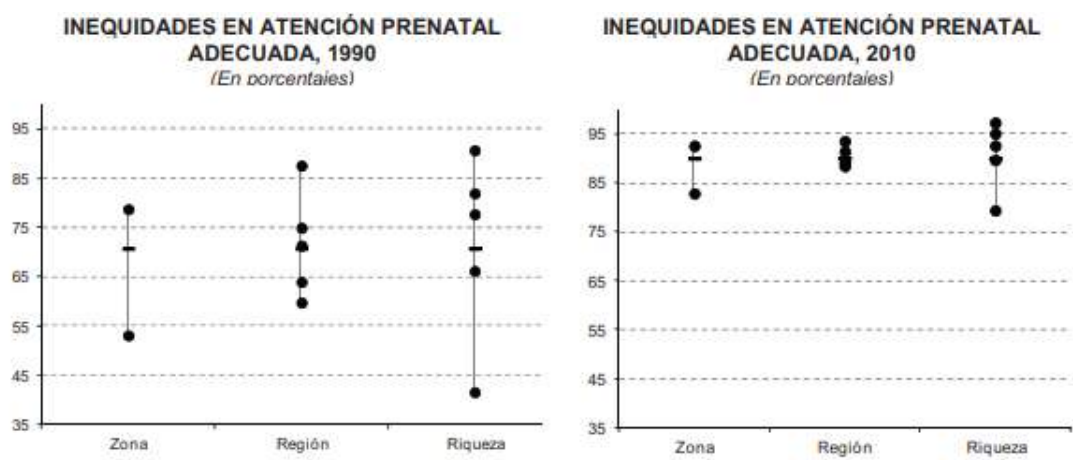


Figura 2 Reducción de inequidades en atención prenatal adecuada entre 1990 y 2020 en el SGSSS.

Fuente: Tomado de Camacho, A., & Flórez Nieto, C. E. Dos décadas de cambios en la equidad del sistema de salud colombiano: 1990-2010. 2012

Por su parte, Fedesarrollo muestra como el sector salud se diferencia significativamente de otras dimensiones sociales, precisamente por la equidad observada sectorial, lo que es especialmente relevante ante la desigualdad general del país, como se muestra en la figura 3, abajo.



Figura 3 Dominios sociales por quintiles de ingresos, 2020.

Fuente: Fedesarrollo

Ante esta evidencia, se concluye que cualquier reforma al sistema de salud, debe tener especial consideración a los avances sociales en el cierre de brechas de desigualdad por parte del SGSSS. Esto significa que las soluciones planteadas ante las fallas del sistema, deben contemplar arreglos institucionales que generen mayores capacidades en aquellos territorios que no las tienen, pero que catalice las que el sistema ha podido construir durante estas tres décadas, pues, como la evidencia lo muestra, han sido determinantes para los resultados observados en equidad.

2.2. Desempeño del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los sistemas de salud —desde la perspectiva de su desempeño— como “los recursos, actores e instituciones relacionadas con la financiación, regulación y provisión de acciones de salud, en donde estas acciones son un conjunto de actividades cuya intencionalidad primaria es promover o mantener la salud.¹⁴” En este sentido, este marco de análisis de desempeño, resulta útil para evaluar de forma, objetiva, estandarizada y comparable al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Para efectos comprensivos, la presente exposición de motivos utiliza, principalmente, dicho marco analítico, para identificar los logros, retos y fallas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en tres dimensiones compatibles con los objetivos fundamentales (ver más abajo). Seguidamente, aborda de forma somera algunos indicadores en un ejercicio de comparación internacional (ver sección 2.3, abajo). Sobre la base de este análisis técnico se justifica la necesidad de ajustes al sistema planteadas en el articulado del presente proyecto de Ley Estatutario (ver sección 3, abajo). La tabla 1 describe, de manera somera, las dimensiones y características del análisis planteado.

Tabla 1. Dimensiones para el análisis.

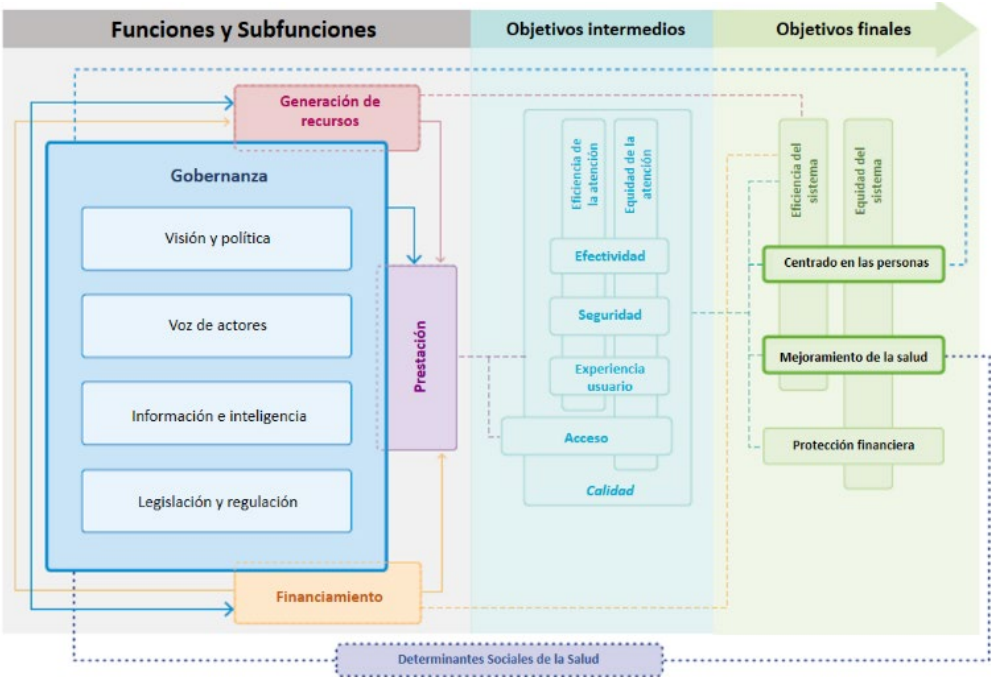
Dimensión de análisis	Descripción
Marco de desempeño de los sistemas de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS).	Realiza un análisis descriptivo de indicadores trazadores por cada uno de los objetivos fundamentales del marco de análisis y, a partir de allí, se generan reflexiones inferenciales.
Comparación de indicadores internacionales	Sitúa en perspectiva, algunos indicadores del sistema colombiano,

¹⁴ World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, Papanicolas, Irene, Rajan, Dheepa, Karanikolos, Marina. et al. Health system performance assessment: a framework for policy analysis. World Health Organization. 2022 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352686>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

	en relación con otros sistemas de salud.
--	--

2.2.1. Análisis del desempeño del SGSSS por objetivos fundamentales de los sistemas de salud

El mencionado marco de desempeño de los sistemas de salud de la OMS, base del presente análisis, evalúa el alcance de tres (3) objetivos fundamentales, a saber, i. el mejoramiento de la salud, ii. la respuesta a las expectativas de las personas —centrado en las personas— y iii. la protección financiera y la sostenibilidad fiscal del sistema. Estos tres objetivos se nutren de otros intermedios, los cuales están estrechamente relacionados con la calidad de la atención y, por último, estos últimos están apalancados por unas funciones y sub-funciones —vinculadas al ciclo de políticas públicas—. Esquemáticamente, esto se plasma así:



Esquema 1. Interacción de las funciones y objetivos fundamentales de los sistemas de salud

Fuente: Traducido de Health system performance assessment: a framework for policy analysis, OMS. 2022.

Es importante indicar que, tanto los objetivos intermedios, como los objetivos fundamentales se deben alcanzar bajo la lógica de equidad en toda la población y eficiencia de los recursos físicos, humanos, tecnológicos y financieros disponibles. Esta arista del análisis hace aún más relevante los logros del SGSSS, pues, no solo han sido

parte de principios que han direccionado el mismo, sino que se han materializado a lo largo de todo el país, a pesar de las brechas históricas, sociales y económicas que dificultan esta tarea.

Por otro lado, y de manera muy importante, todo el marco de desempeño tiene una relación e interacción con factores externos pero determinantes para el mismo: los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Esto es relevante, por ejemplo, al examinar los indicadores de salud pública, pues muchos de ellos están modulados e impactados en su causalidad y resultado por estos DSS.

2.2.1.1. Objetivo Fundamental 1: Mejorar y Mantener la Salud

Los sistemas de salud inciden en los resultados en salud de toda la población, a través de intervenciones en el continuo de la atención: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación, buen morir.

En este orden de ideas y bajo la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la establece como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades,”¹⁵ queda de manifiesto que los sistemas de salud son solo un componente para lograr dicho estado de bienestar —salud—, entre otros.

Por lo anterior, el análisis del alcance de este objetivo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se hace diferenciando los indicadores que mayormente están vinculados a los Determinantes Sociales de la Salud —Salud Pública— y otros, más directamente relacionados con la gestión clínica dentro de una red de servicios de salud.

2.2.1.1.1. Salud Pública

Uno de los instrumentos de política más poderosos que contiene el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para movilizar a la salud pública, en un enfoque intersectorial, es el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP). La evaluación del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 evidencia que su implementación general alcanzó un grado de avance “bueno y muy bueno” del 48,1% en sus metas.

Dos factores que deben tenerse en cuenta en el análisis de este indicador, son los hechos de que i. éste responde a un trabajo de múltiples sectores y ii. en su etapa final, donde la institucionalidad estaba más consolidada y pudo acelerarse gran parte del

¹⁵ Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. 1946

progreso, se interpuso la Pandemia por Covid-19, desviando las capacidades y atención de los distintos agentes al abordaje de tal reto de salud pública.

A manera general, a pesar de todas las consideraciones anteriores, queda claro que más del 30% de las metas del PDSP no mostraron avances, lo que denota una falla y o limitación del SGSSS en la coordinación de sus agentes, no solo aquellos encargados de la gestión individual del riesgo, sino también, de aquellos competentes para el abordaje comunitario de los Determinantes Sociales de la Salud. Esto es de vital importancia, para el diseño de soluciones que permitan una mejor interacción de los múltiples agentes públicos, privados o mixtos en esta materia, como se verá en el articulado planteado en el presente proyecto de Ley estatutario.

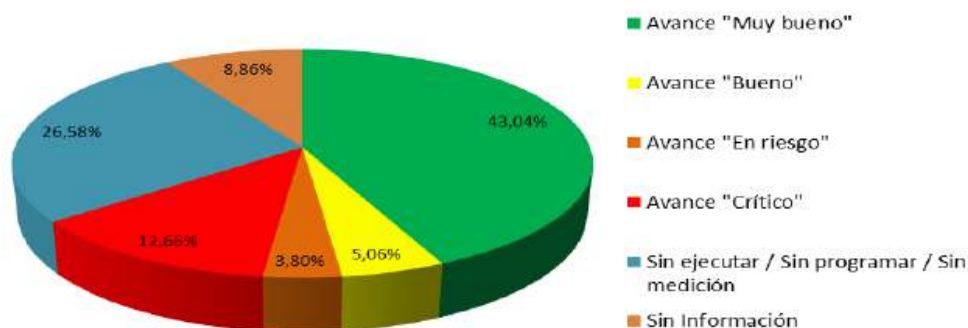


Figura 4 Rango de Avance Metas de Resultado del PDSP 2021-2021

Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

En cuanto a eventos específicos y, de acuerdo con los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), además de su impacto en materia de carga de la enfermedad para una sociedad, es imperativo analizar los **indicadores de mortalidad materna e infantil**. Estos, son un signo del nivel de Desarrollo de los países y, aunque se debe aclarar, una vez más, que son eventos que están relacionados con los Determinantes Sociales de la Salud y los sistemas de salud son solo un elemento más dentro de un cúmulo de intervenciones de diferentes sectores, hacen parte del espectro de medición del desempeño de los primeros.

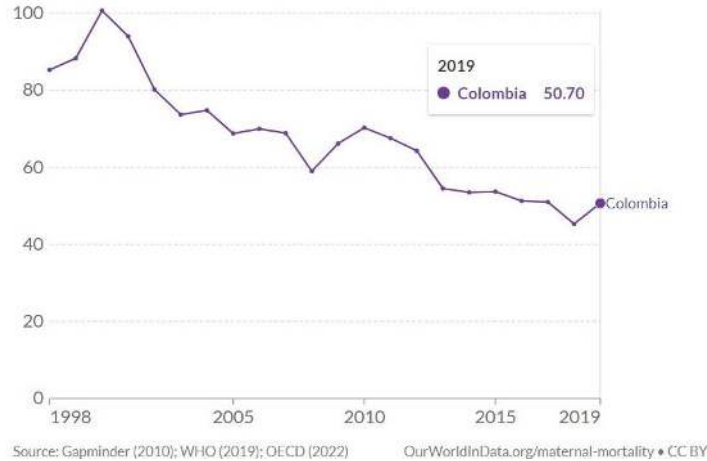


Figura 1. Mortalidad Materna entre 1998 y 2019 (Periodo pre Pandémico).

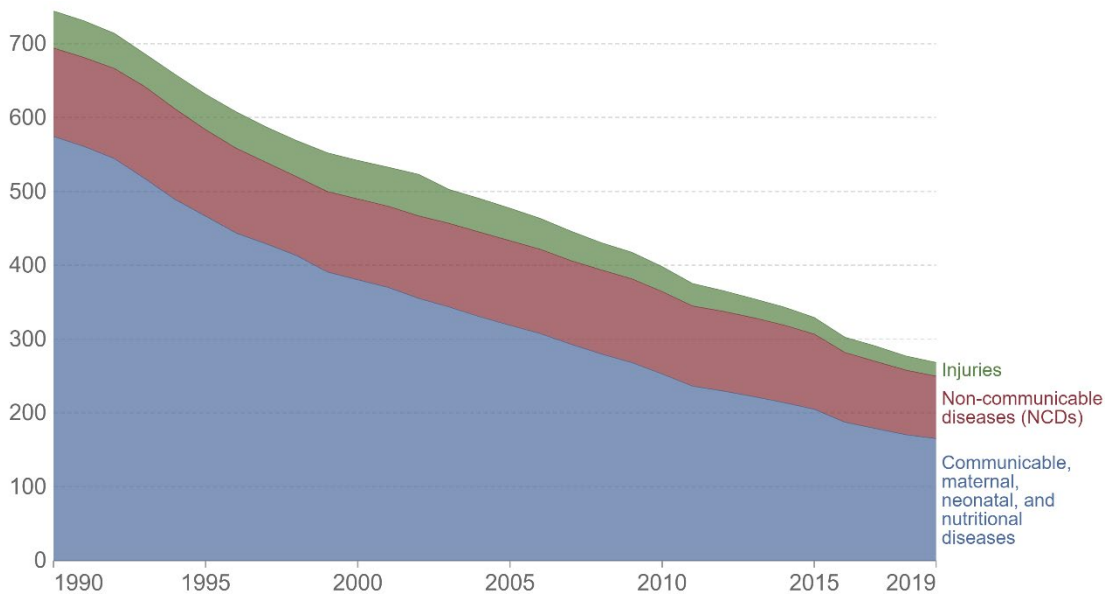
Fuente: Our World in Data. Consultado: Ene. 2023

Colombia ha registrado un descenso constante y significativo de la mortalidad materna en las últimas décadas pasando de 100 a 50 por cada 100.000 nacimientos, entre 2000 y 2019 —periodo pre-pandémico—. Sin embargo, datos preliminares sugieren un empeoramiento significativo de este indicador a partir de la llegada de la Pandemia por Covid-19. Este comportamiento, por supuesto, está determinado fuertemente por factores externos al desempeño específico del SGSSS, por ejemplo, los cierres económicos y confinamientos, no obstante, también demuestra una fragilidad de adaptación a situaciones como éstas por parte del propio sistema, en especial para grupos de altísima criticidad como el de las maternas.

Otro evento que es necesario revisar y hace parte de la agenda internacional de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es la mortalidad infantil. Ésta presenta un descenso incluso más pronunciado que el de la mortalidad materna, pasando de 744 por 100.000 niños y niñas menores de 5 años en 1990 a 268 por 100.000 niños y niñas menores de 5 años en el año 2019, es decir, una reducción de casi 300% (ver figura 5, abajo). Sin duda, este es uno de los indicadores que mejor comportamiento presenta en el panorama de la salud pública, pero en aras de la ponderación del análisis, también hay que decir que está fuertemente influenciado por Determinantes Sociales de la Salud como agua potable, vivienda digna, entre otros, que son externos al sistema de salud y que han venido mejorando en las últimas décadas en el país.

De igual forma, la tasa de mortalidad neonatal muestra una reducción sostenida de 2005 a 2017, pasando de 9,9 por cada 1.000 nacidos vivos a 6,9 por cada 1.000 nacidos vivos, de acuerdo al Ministerio de Salud y Protección Social.¹⁶

¹⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021. Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá D.C. 2020



Source: IHME, Global Burden of Disease (2019)

CC BY

Figura 5 Mortalidad infantil entre 1990 y 2019 (periodo Pre Pandémico)

Fuente: Our World in Data. Consultado: Ene. 2023

En cuanto a la desnutrición infantil, fuertemente relacionada con los indicadores anteriores, la mejor medición se obtiene de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. Esta muestra una franca reducción de la Prevalencia de desnutrición crónica. Colombia entre 2005 y 2015 (ver figura 6, abajo), sin embargo, desafortunadamente, el país no cuenta con una nueva evaluación en el presente quinquenio. De nuevo, datos preliminares muestran un empeoramiento de su comportamiento, circunscrito al periodo pandémico reciente, por lo que aplican las mismas consideraciones tanto externas como intrínsecas acerca del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

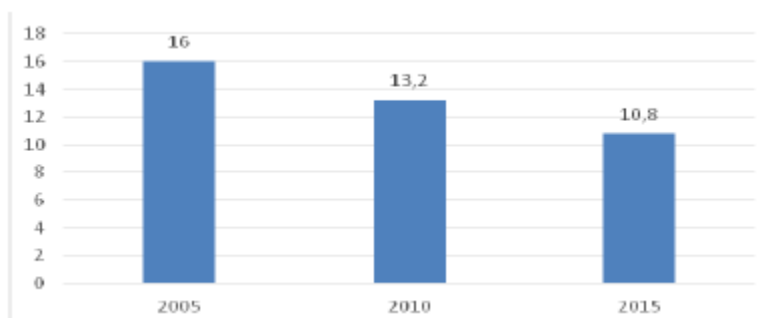


Figura 6 Tasa de Desnutrición Infantil Crónica en Colombia, entre 2005 - 2015.

Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

Ahora, pasando al espectro de las enfermedades infecciosas y, debido a nuestra geografía y condiciones climáticas, un evento que representa una gran carga de la enfermedad por su incidencia y prevalencia, sobre todo en comunidades vulnerables socio-económicamente, por ejemplo, aquellas acentuadas en el litoral Pacífico, es la Malaria. “En los últimos años el evento malarial ha mantenido una tendencia al descenso, pasando de 171.960 casos en el 2000 a 50.301 casos en el 2017 y en las primeras 48 semanas de 2018 se han notificado 54.545 casos, lo que demuestra una reducción cercana al 70% en el número de casos.”¹⁷ Además, es significativa la reducción de su tasa de mortalidad como se observa en la figura 7:

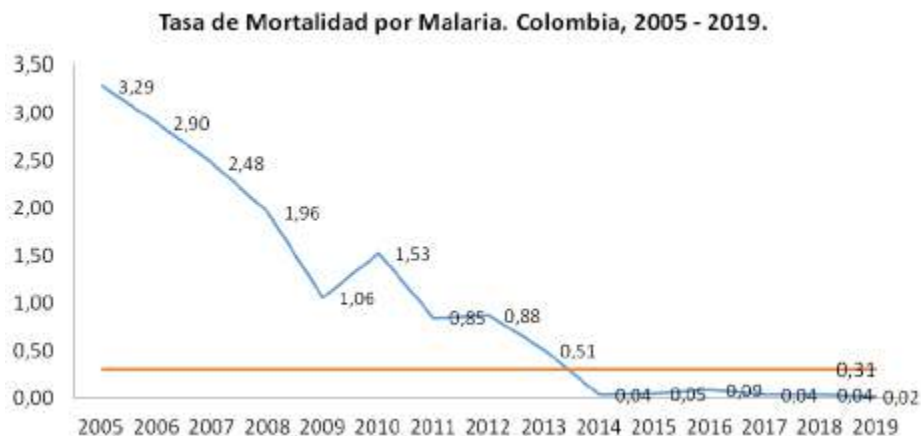


Figura 7. Tasa de mortalidad por Malaria en Colombia, 2005-2019.

Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

De otra parte, la Enfermedad de Chagas, un evento que está vinculado con poblaciones rurales y condiciones de vivienda, muestra una reducción sostenida de su incidencia entre 2012 y 2018 (ver figura 8, abajo). Esto se debe a un esfuerzo conjunto con las EPS, las Entidades Territoriales, las IPS y Empresas Sociales del Estado (ESE), el Instituto Nacional de Salud (INS) y la cooperación técnica internacional.

¹⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Tomado el 30/ene/2023 de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/malaria.aspx>

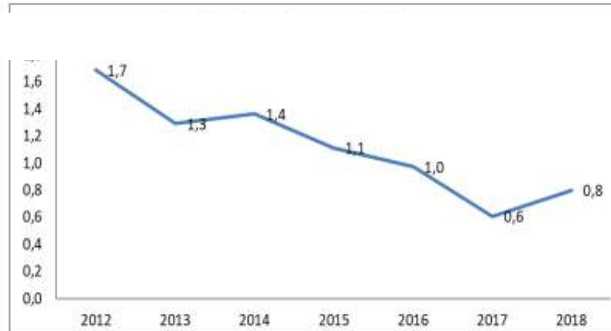


Figura 8. Incidencia de Chagas en Colombia, 2012-2018.

Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

Es importante resaltar que, previo a la Pandemia por Covid-19, el programa de vacunación regular del país, el Plan Ampliado de Inmunización, presentó tendencias sostenidas de coberturas por encima del 90% en su población objeto y uno de los esquemas más completos de toda la región de las Américas. Ahora, durante el periodo pandémico, ciertas coberturas descendieron por debajo de límites históricos. Aplican a este respecto, las mismas consideraciones descritas sobre factores externos e intrínsecos del SGSSS.

Ahora, en aras de la transparencia del análisis, es importante mencionar que existen otros indicadores que no muestran un comportamiento igualmente positivo, por ejemplo, la tasa de incidencia y mortalidad por Dengue (ver figura 9, abajo), la Tasa de Mortalidad por Deficiencias Nutricionales y Anemias Nutricionales (ver figura 10, abajo), el Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población (ver figura 11, abajo), la Prevalencia de Anemia en Mujeres de 13 a 49 años, entre otros.

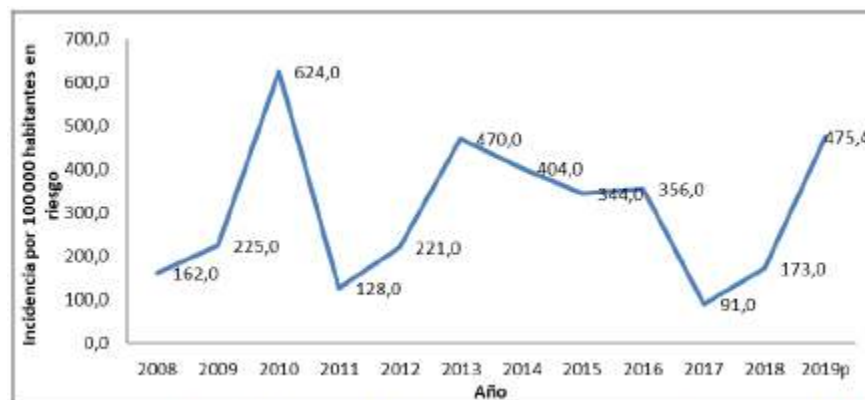


Figura 9. Tasa de incidencia de dengue. Colombia, 2008 -2019

Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

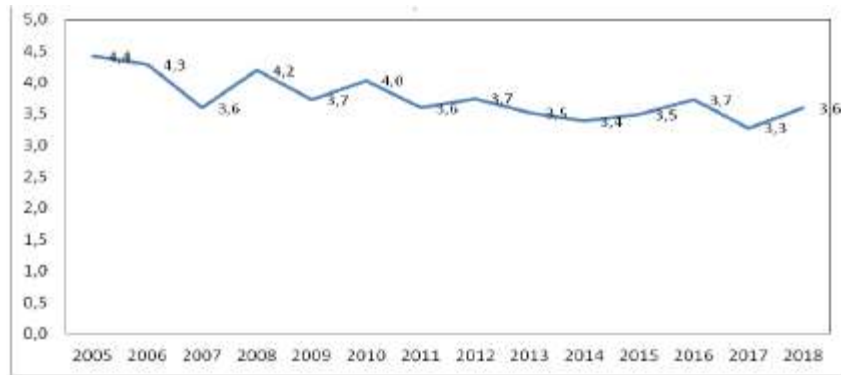


Figura 10. Tasa de Mortalidad por Deficiencias Nutricionales y Anemias Nutricionales. Colombia 2005 - 2018.

Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

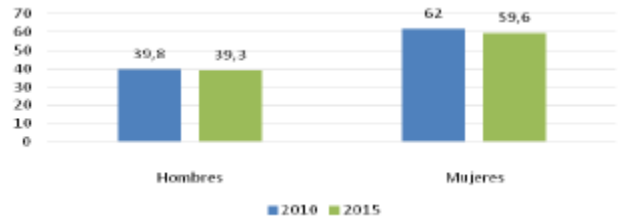


Figura 11. Prevalencia de obesidad abdominal. Colombia, 2010.

Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

Para el caso específico de la mortalidad por Dengue, es importante contemplar el hecho de que ésta es una enfermedad tratable y, siendo Colombia un país endémico, debería ser de relativa fácil identificación clínica. En este orden de ideas, aunque el control de su prevalencia y o eliminación obedecen a una intervención intersectorial, el accionar sanitario con oportunidad, es un fuerte predictor del comportamiento de este indicador. En consecuencia, se puede inferir que existen fallas tanto clínicas, como en la gestión de los casos por parte de distintos actores del SGSSS, lo que una vez más, denota un problema de articulación de agentes e intervenciones en salud pública.

A manera de conclusión de los hallazgos en la evidencia de esta subsección, puede decirse que el sistema de salud de Colombia ha contribuido con la mejora sustancial de indicadores de salud pública como la mortalidad materna, infantil, la desnutrición infantil, la mortalidad por Malaria, entre otros, al mismo tiempo que muestra fallas en el abordaje de problemáticas como la incidencia de Dengue y la prevalencia de obesidad, entre otros asuntos de salud pública. De igual forma, el Plan Decenal de Salud Pública, como instrumento orientador de las acciones en esta materia, logró un alcance medio de sus metas, llamando la atención el no logro de las mismas en más de un 30%.

2.2.1.1.2. Gestión del Riesgo en Salud

Aunque desde el punto de vista conceptual, la salud pública hace parte integral de la gestión del riesgo en salud, no obstante, para efectos de subdivisión de los indicadores que hacen parte de este análisis, esta sección contempla indicadores que están más directamente relacionados a la administración de dicho riesgo, a través de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y sus redes de prestación de servicios de salud.

Por otro lado, esta sección se enfoca en la gestión del componente puramente de salud o ‘técnico’ de la gestión del riesgo, postergando para el análisis del objetivo 2, “la protección financiera,” parte del componente financiero del mismo.

Para el análisis de la gestión del riesgo, se han tomado algunos indicadores trazadores, permitiendo la comprensión del panorama general, sin embargo, debe resaltarse el hecho de que el universo de indicadores en esta materia es supremamente amplio, lo que hace difícil su evaluación. Una alternativa técnica para ello es la generación de índices compuestos, sin embargo, el lado negativo de estos es que se pierde la especificidad de grupos de riesgo de especial relevancia para el contrato social de nuestro país, por ejemplo, por lo que se ha evitado su utilización en este documento de memoria justificativa.

Uno de los ejercicios de gestión del riesgo donde intervienen mayormente las Empresas Promotoras de Salud (EPS) desde la prevención secundaria y terciaria y tratamiento, es la Enfermedad Renal Crónica. Su adecuada gestión requiere del seguimiento de cohortes, prestación de servicios y monitoreo estrecho de la condición clínica, calidad y estilo de vida de los pacientes. Su comportamiento en el país en los últimos años es el siguiente:

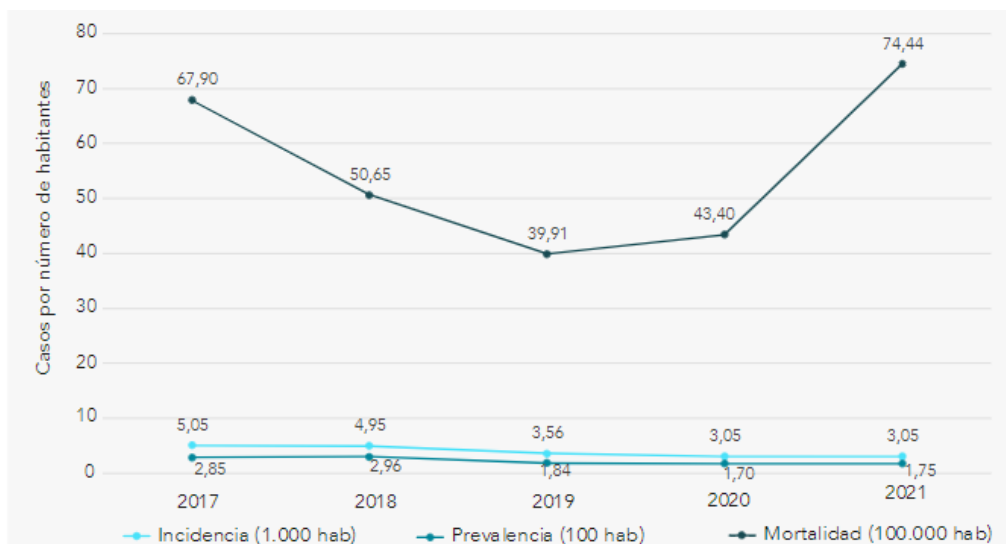


Figura 12. Incidencia, Prevalencia y Mortalidad de ERC en Colombia, 2017-2021.

Fuente: Cuenta de Alto Costo.

Como se observa en la figura 12, la mortalidad por Enfermedad Renal Crónica venía presentando una franca reducción con una pendiente muy pronunciada antes de la Pandemia por Covid-19, siendo innegable el impacto de esta última. Aquí se presenta una consideración diferencial a la presentada en la sección 2.2.1.1.1., pues, aunque ciertamente los factores externos al sistema de salud durante la pandemia tienen una incidencia general sobre el comportamiento de los indicadores de salud, el SGSSS debía adaptar sus estructuras para proteger a grupos de especial riesgo clínico como éste. **Queda de manifiesto, pues, que existen retos en profundizar los incentivos a la gestión y resultados en salud de los agentes del sistema de salud, en especial, aquellos encargados de la operación del aseguramiento.**

Un comportamiento más positivo se observa en el indicador de Oportunidad en el Tratamiento de Cáncer de Mama, la cual, a pesar de la mencionada Pandemia, mantiene cierta estabilidad en su decrecimiento, como se puede apreciar en la figura 13, abajo.

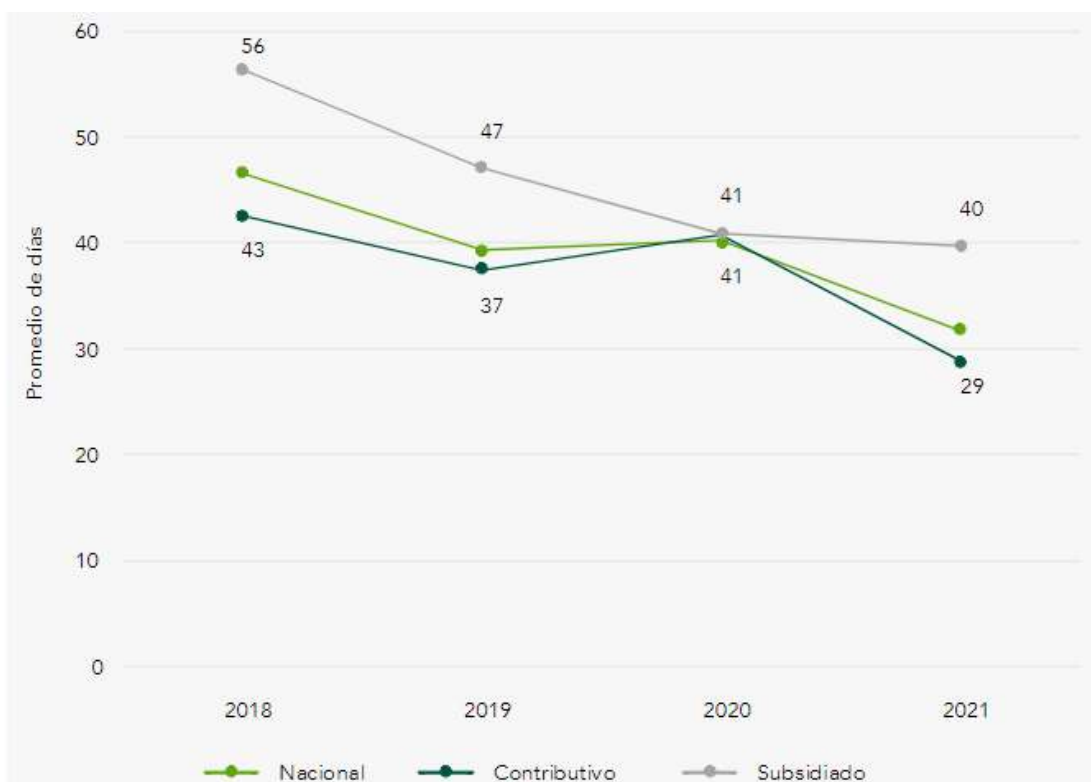


Figura 13. Oportunidad del tratamiento del cáncer de Mama en Colombia, 2018-2021.

Fuente: Cuenta de Alto Costo.

Sin embargo, a pesar del buen comportamiento del indicador previo, la Tasa de Mortalidad por Cáncer de Mama de la Mujer (ver figura 14, abajo) ha presentado un ascenso, igualmente sostenido, desde 2005. Esto, ciertamente, preocupa desde la lógica de la prevención primaria, secundaria y el tratamiento integral, oportuno y de calidad, todos estos aspectos intrínsecos de la gestión del riesgo en salud, a manos de las EPS, por medio de sus Redes de Prestación de Servicios de Salud. No existe plena

justificación para este comportamiento, con los avances médicos en diagnóstico y tratamiento y su plena disposición por parte del paquete de beneficios del SGSSS.

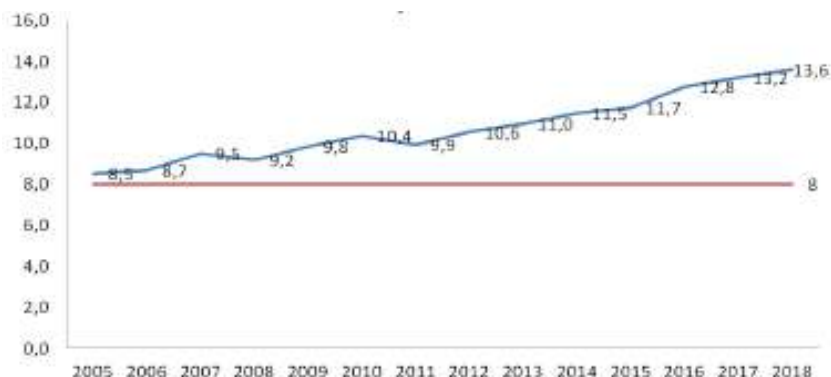


Figura 14. Tasa de mortalidad por cáncer de mama de la mujer en Colombia, 2005 a 2018.
Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

De otra parte, el indicador de Mortalidad por Cáncer de Próstata entre 2005 y 2018, tampoco muestra un comportamiento positivo, como se observa en la figura 15. Se atienden las mismas consideraciones arriba expuestas sobre las fallas del SGSSS y sus agentes.

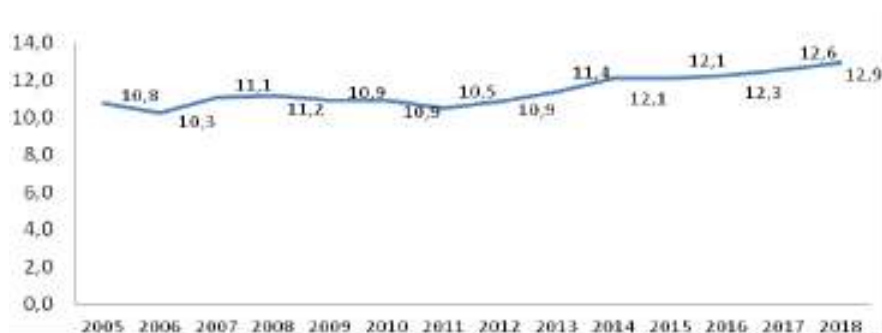


Figura 15. Tasa de mortalidad por cáncer de próstata (por 100.000 de 30 a 70 años) 2005-2018.
Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

De otra parte y siguiendo con la evidencia de contrastes en los comportamientos de indicadores trazadores de la gestión del riesgo en salud, la Mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino y Estómago muestran una tendencia discretamente positiva en los últimos años. Para el primero, se presenta una reducción de un punto porcentual entre 2005 y 2018 y para el de Estómago, el indicador pasa de una tasa de 14,3 muertes por 100.000 personas entre 30-70 años en 2005 a 13,0 muertes por 100.000 personas entre 30-70 años en 2018 (ver figuras 16 y 17, abajo).

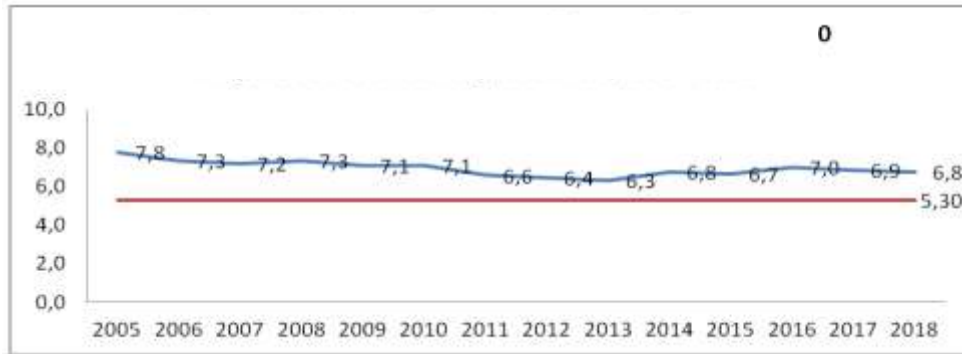


Figura 16. Tasa de mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino en Colombia, 2005-2018 (por 100.000 mujeres entre 30-70 años).

Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

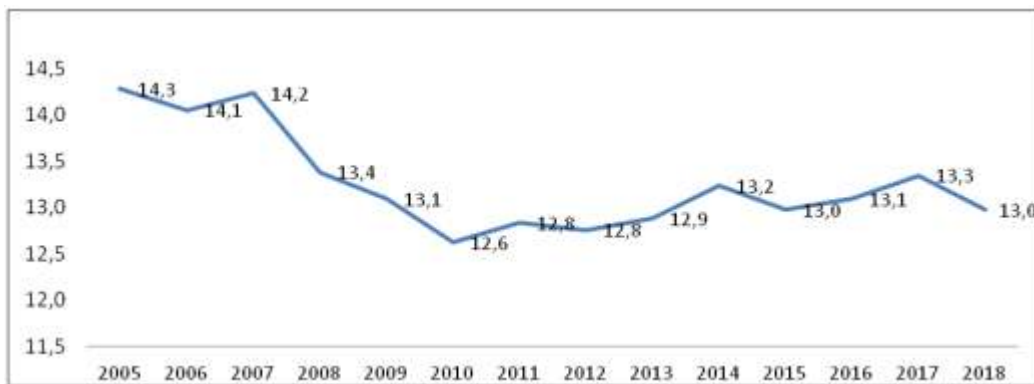
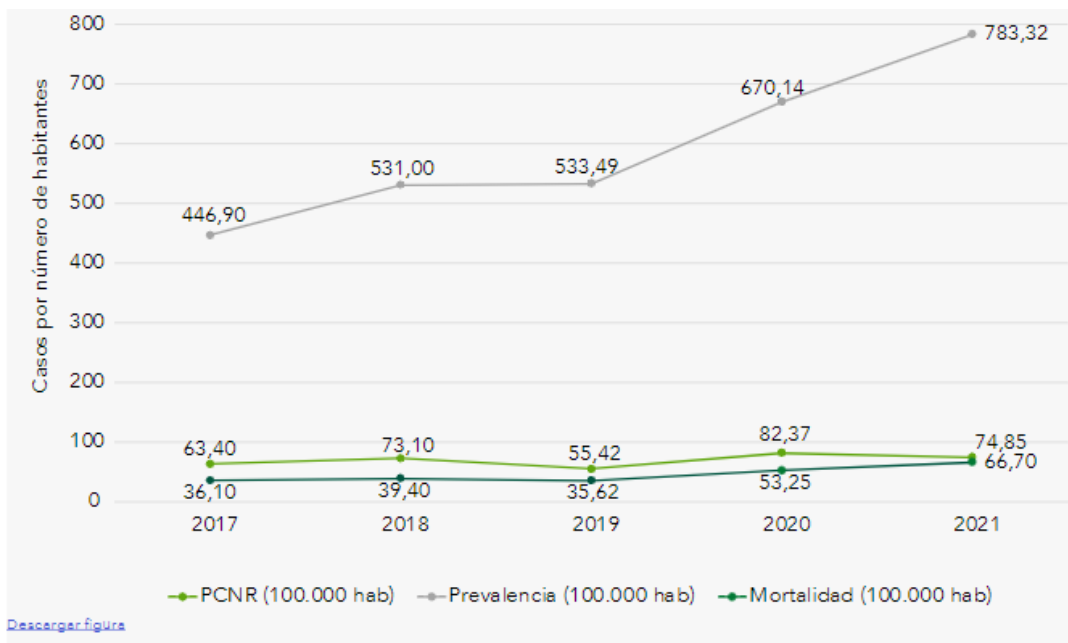


Figura 17. Tasa de mortalidad por Cáncer de Estómago en Colombia, 2005-2018 (por 100.000 personas entre 30-70 años)

Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

Ahora, al observar el comportamiento agregado del cáncer (todos los tipos En el periodo 2021, “la prevalencia del cáncer invasivo tuvo un incremento estadísticamente significativo del 17% en comparación con el 2020. Consistente con lo anterior, la mortalidad registró una tendencia similar¹⁸.” El análisis en perspectiva de esto, permite inferir que el manejo de los pacientes por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha contribuido al movimiento de esta enfermedad hacia la cronocidad (aumento de la prevalencia), no obstante, se requieren aun esfuerzos mayores para impactar de mejor manera la mortalidad, como se ha analizado arriba para cada indicador trazador.

¹⁸ Cuenta de Alto Costo. Magnitud, tendencia y acceso a los servicios de salud en las personas con enfermedades de alto costo. CAC. Bogotá, 2021



Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2021.

Las medidas presentadas son crudas. Incluye solo casos invasivos.

PCNR: Proporción de casos nuevos reportados.

Figura 18. Morbimortalidad del Cáncer en Colombia, 2017 - 2021.

Fuente: Cuenta de Alto Costo.

De otra parte, luego de haber analizado el bloque de cáncer, otro evento que reviste de importancia en la agenda de salud es el VIH-SIDA. De acuerdo a ONUSIDA, “40,1 millones [33,6 millones–48,6 millones] de personas han muerto de enfermedades relacionadas con el sida desde el comienzo de la epidemia”, más aún, “38,4 millones [33,9 millones–43,8 millones] de personas vivían con el VIH en todo el mundo en 2021 y 1,5 millones [1,1 millones–2,0 millones] de personas contrajeron la infección por el VIH en 2021”¹⁹.

En consecuencia, la agenda mundial de lucha contra esta enfermedad incluye como una de sus metas a 2030 que el Porcentaje de personas que conocen su estado serológico y tienen acceso a tratamiento antirretrovírico sea del 95%²⁰. De ahí la importancia de contar con una gestión integral del riesgo en salud, que conduzca a los pacientes a lo largo de la cadena de valor del sistema de salud, por ejemplo, desde los médicos hasta la dispensación de medicamentos, pasando por los proveedores de exámenes de laboratorio, de forma coordinada y oportuna.

En Colombia, se han hechos enormes progresos en la gestión de los pacientes con VIH, por ejemplo, en el acceso a medicamentos de última generación y con protección

¹⁹ <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet> Consultado el 02-02-2023.

²⁰ Organización Mundial de la Salud. Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual para el periodo 2022-2030. OMS. Ginebra, Suiza. 2022

financiera de un tratamiento que, por su costo, generaría empobrecimiento de no contarse con ella.

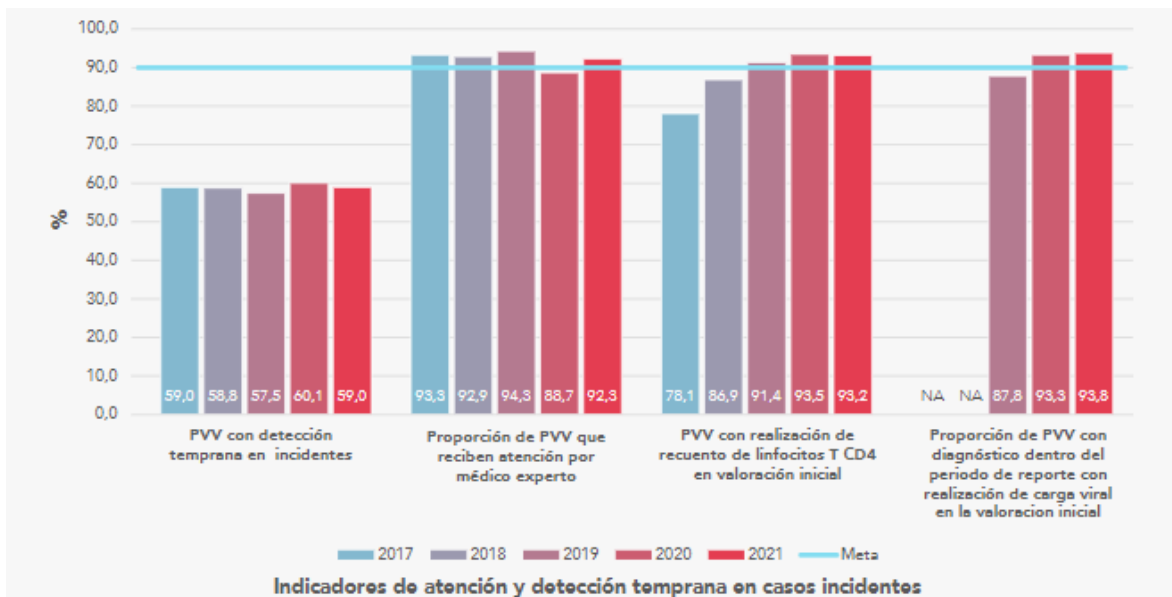


Figura 19. Atención y la detección temprana en los casos incidentes, Colombia 2017 – 2021.

Fuente: Cuenta de Alto Costo.

Como se observa en la figura 19, Colombia se encuentra a poco más de 2 puntos porcentuales de alcanzar el componente de acceso a terapia antirretroviral de la meta al 2030 de la estrategia mundial de lucha contra el VIH arriba mencionada. Dicho lo anterior, existe aún un trabajo importante para la detección temprana, algo que no solo corresponde al sistema de salud, sino que requiere de un trabajo intersectorial con otras instituciones del sector y de otros sectores, por ejemplo, los centros de educación superior.

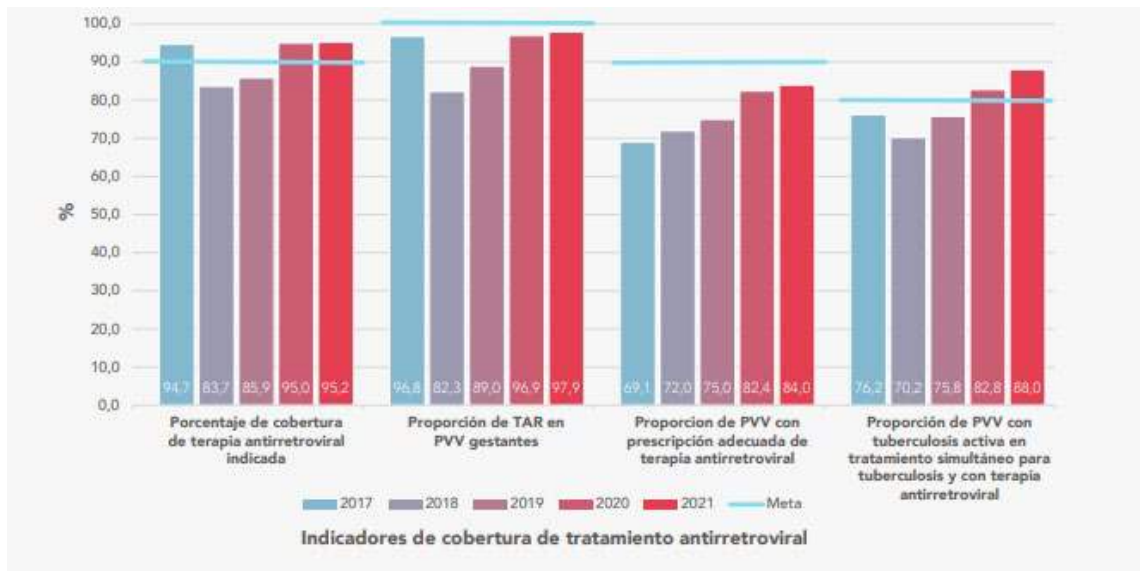


Figura 20. Cobertura del tratamiento antirretroviral, Colombia 2017 – 2021

Fuente: Cuenta de Alto Costo.

Complementando la descripción de los indicadores anteriores, en la figura 20 se evidencia que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha conseguido un nivel de cobertura de terapia antirretroviral indicada del 95,5%, por encima de la meta mundial a 2030 y del 97,9% en las gestantes, muy cerca de la meta del 100%. Una capa de análisis oculta, denota un alto grado de equidad, pues estos niveles de cobertura no serían posibles si existiese un “descreme” de poblaciones vulnerables, u otras.

Por último, otro evento que requiere de la colaboración coordinada de distintas especialidades médicas, es la Hemofilia. En Colombia, su manejo ha venido mostrando la conformación creciente de programas multidisciplinarios que se concentran en la gestión integral del riesgo y complicaciones de los pacientes, como se observa en la figura 21, abajo.

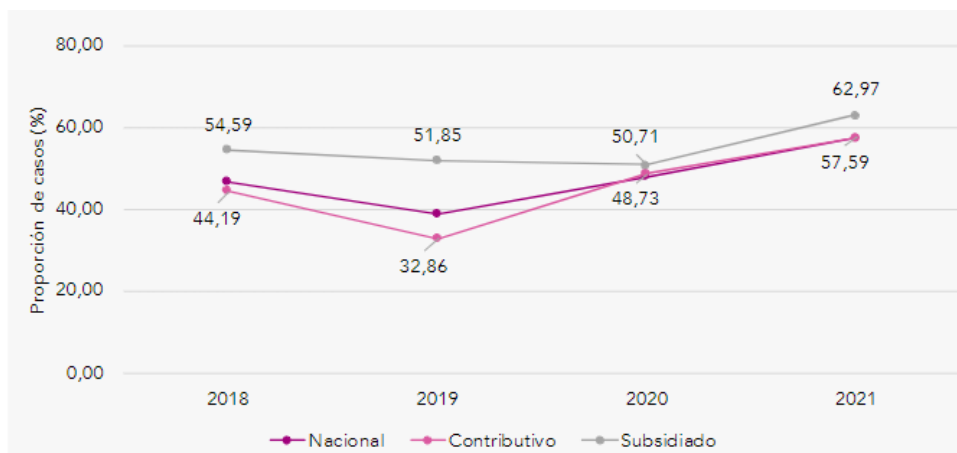


Figura 21. Proporción de personas con Hemofilia evaluadas por equipo interdisciplinario.

Fuente: Cuenta de Alto Costo.

Como conclusiones de esta subsección, el sistema de salud de Colombia muestra ejemplos interesantes y eficientes de la gestión del riesgo en salud de los pacientes, por ejemplo, en eventos como la Enfermedad Renal Crónica, en la cual, antes de la Pandemia se observaba una disminución muy pronunciada de la mortalidad o la Hemofilia. De igual forma, los resultados en acceso a terapias antirretrovirales indicadas de la población con VIH, por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), supera el 95%, consiguiendo anticipadamente la meta a 2030 de la agenda global en esta materia. Es importante mencionar que, **para estas patologías, existe un arreglo diferencial en los incentivos a la gestión de las EPS, pues hacen parte de los mecanismos de ajuste de riesgo financiero ex-post**, administrados por la Cuenta de Alto Costo y diseñados por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. **Estos mecanismos, han demostrado impactar positivamente en el manejo programático de los pacientes de cohortes de riesgo especiales, sus resultados en salud y la eficiencia general del sistema de salud. No obstante, es igualmente válido que esto es solo un elemento dentro un universo de incentivos que merece fortalecerse y extenderse en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).**

Por su parte, la gestión del riesgo de los pacientes con cáncer muestra resultados mixtos, con una mejora en la oportunidad para el inicio del tratamiento para cáncer de mama y de la tasa de mortalidad de cáncer de cuello uterino, no así en la mortalidad del primero y otros. De manera agregada, esta gestión para todos los tipos de cáncer muestra un movimiento hacia la cronicidad (aumento de la prevalencia), aunque no se observa una caída en la mortalidad según la expectativa que se tiene.

En definitiva, los resultados de algunos de estos indicadores trazadores evidencian que existen condiciones institucionales, regulatorias, técnicas y científicas para que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) realice una adecuada gestión del riesgo de los pacientes, mediante la coordinación de distintos actores y la eficiencia en el uso de los recursos; se debe, entonces, aprender de las experiencias positivas y masificarlas al grueso de los demás grupos de riesgo e intensificar los esfuerzos en los grupos, como el cáncer de mama, en donde no se ha logrado los objetivos propuestos.

2.2.1.2. Objetivo Fundamental 2: Equidad con protección financiera y sostenibilidad fiscal

Sin duda, este es uno de los objetivos que el SGSSS ha alcanzado en menor tiempo y con mejor desempeño. Colombia es un país de ingresos medios-altos, que ha afrontado varias crisis económicas desde 1993, lo que ha afectado los recursos, tanto por impuestos generales y rentas, como por contribuciones de los afiliados al Régimen Contributivo, destinados a financiar el sistema de salud. Sin embargo, a pesar de ello, el gasto total en salud supera el 7,7 % del PIB según el Banco Mundial²¹ con una clara distribución con principio de equidad.

Ahora, debido a que el país presenta un PIB modesto, en comparación con otros países, y por tanto la proporción destinada al gasto en salud lo es igualmente, resulta muy relevante que la protección al gasto de bolsillo del Sistema General de Seguridad Social en Salud sea una de las más elevadas del mundo, debido a que aproximadamente el 85% del gasto total en salud sea gasto público gubernamental. Es decir, que la proporción del gasto total en salud que las personas deben financiar con sus recursos propios es de menos del 15%, como se observa en la figura 22, a continuación.

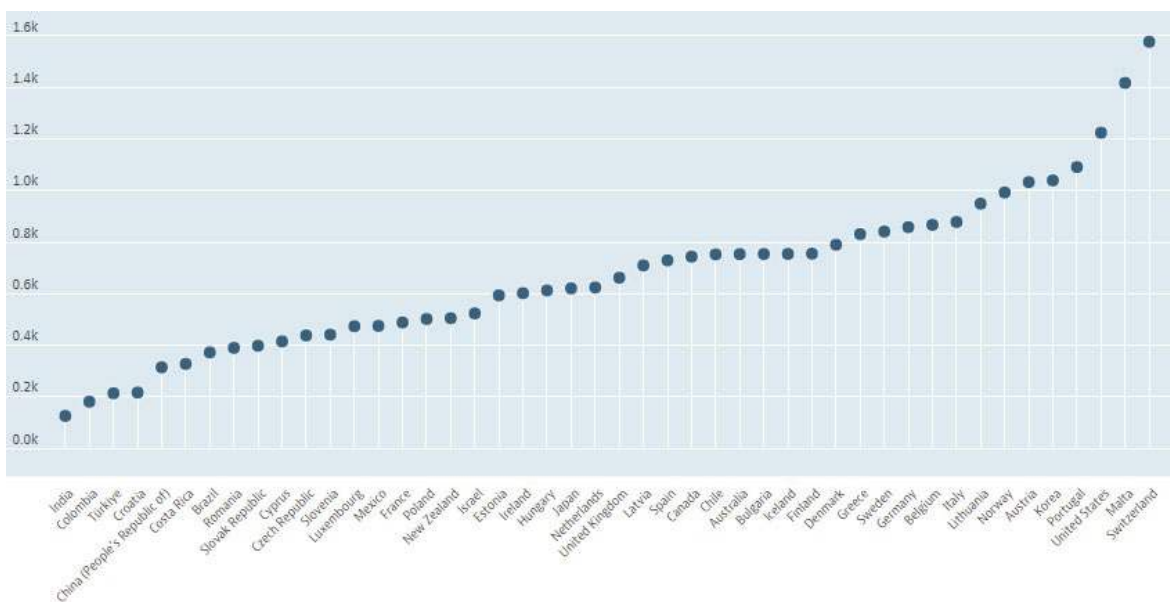


Figura 22. Gasto de bolsillo en salud comparativo por países.

Fuente: OECD (2022), Health Spending Indicators. Doi: 10.1987/8643de7e-en

²¹ El Banco Mundial. World Bank Data. 2022

Esta protección financiera se apalanca en la existencia de una cobertura universal en salud —más del 98% de la población— y ha permitido, además, ser uno de los aportes más importantes para la generación de la equidad en el país.

2.2.1.3. Objetivo Fundamental 3: Respuesta a las expectativas de los usuarios-centrado en las personas y el ejercicio del derecho fundamental a la Salud

La Encuesta de Satisfacción de Usuarios de las EPS, la cual cuenta con una serie de más de 6 años y es representativa estadísticamente a nivel nacional, departamental y por EPS, muestra que la satisfacción global de los usuarios sobre su atención “buena y muy buena” que se ha mantenido por encima del 70%, excepto en su última medición. De igual manera, el acceso a servicios percibido como “bueno y muy bueno,” presenta una tendencia de mejora desde 2014.

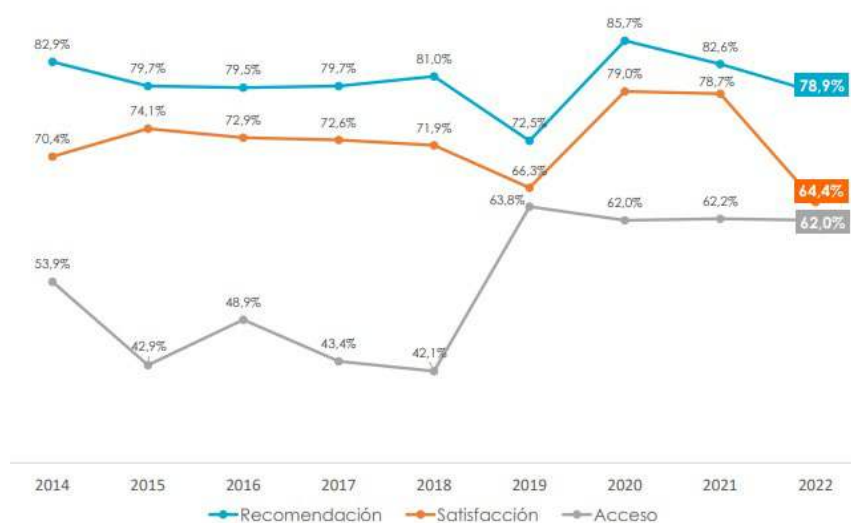


Figura 23. Percepción de la satisfacción global y acceso por parte de los usuarios del SGSSS entre 2014 -2022

Fuente: Estudio Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS-Régimen Contributivo y Subsidiado. Minsalud.

De otra parte, en el marco de la accesibilidad de los usuarios a servicios de salud mediante el uso de la acción judicial de Tutela, aunque se observa un ascenso en su número absoluto en los cinco (5) años pre-pandémicos, al analizarlas por la proporción de pacientes atendidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se evidencia un decrecimiento muy importante (ver figuras 24 y 25, abajo).

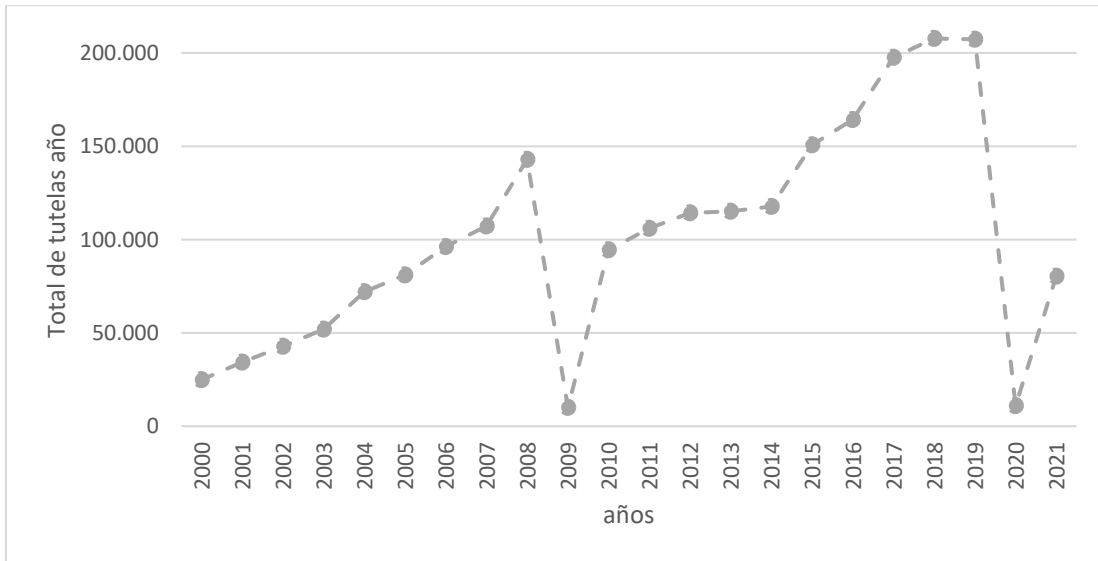


Figura 24. Comportamiento de tutelas en salud totales en Colombia, 2000-2020

Fuente: Informe Anual Acciones de Tutela en Salud - Vigencia 2021, orden 30 de la sentencia T-760 de 2008. Minsalud. 2022

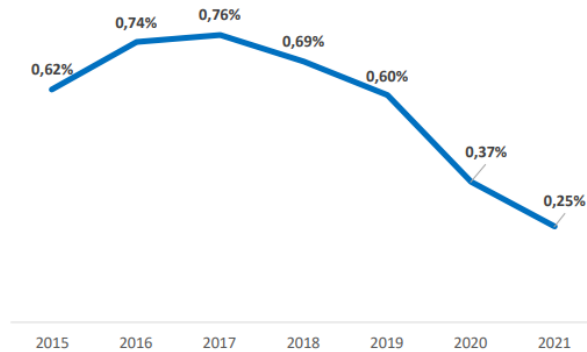


Figura 25. Tutelas como proporción del número total de personas atendidas por el SGSSS, 2015-2021.

Fuente: Informe Anual Acciones de Tutela en Salud - Vigencia 2021, orden 30 de la sentencia T-760 de 2008. Minsalud. 2022

2.2.2. Comparación Internacional del SGSSS

La Organización Mundial de la Salud (OMS), bajo el marco de evaluación del desempeño utilizado en este documento y con un cálculo exhaustivo y cuantitativo del alcance de los tres objetivos fundamentales, los objetivos intermedios y las funciones de los sistemas de salud, en su Reporte Mundial del año 2000, **posicionó al sistema de salud de Colombia en el puesto 22 dentro de sus más de 190 Estados Miembros.**²² Existen otros rankings, en literatura indexada, que muestran resultados disímiles entre sí, sin embargo, a manera de resumen de los que pueden considerarse los más serios, como aquellos realizados por la revista científica The Lancet, el sistema de salud colombiano ocupa lugares por encima del promedio mundial y se encuentra en los primeros 5 lugares regionales.

De otra parte, en la sección de gestión del riesgo, en el Objetivo Fundamental 1 relativo a mejorar la salud, se analizaron indicadores de cáncer, lo cuales muestran resultados mixtos. No obstante, de forma agregada (todos los cánceres), el comportamiento de Colombia respecto a la región y el mundo denota que la prevalencia del país (765,05 por 100.000) es más elevada que en la región y el mundo, sin embargo, la mortalidad es menor, siendo éstas de 65,70 por 100.000 para el país, 86,50 por 100.000 y 100,70 por 100.000 para la región y el mundo, respectivamente²³ (ver figura 26, abajo).

Sin duda, el estudio en detalle de este comportamiento requiere de la evaluación de múltiples variables, alguna de ella de resorte inherente a los sistemas sanitarios, como el acceso a tecnologías y la capacidad técnico científica y otras, con mayor relación a los mencionados Determinantes Sociales de Salud. No obstante, estos resultados comparativos permiten reaccionar con discreto positivismo sobre la atención en salud en el país. Claro está, esto no quiere decir que no haya grupos de riesgo, como el cáncer de mama o próstata, donde es necesario un ajuste importante en el sistema para cambiar las tendencias negativas en su mortalidad, como se ha analizado en las secciones previas.

²² Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo: 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud. 2000 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42357>

²³ Cuenta de Alto Costo. Magnitud, tendencia y acceso a los servicios de salud en las personas con enfermedades de alto costo. CAC. Bogotá, 2021

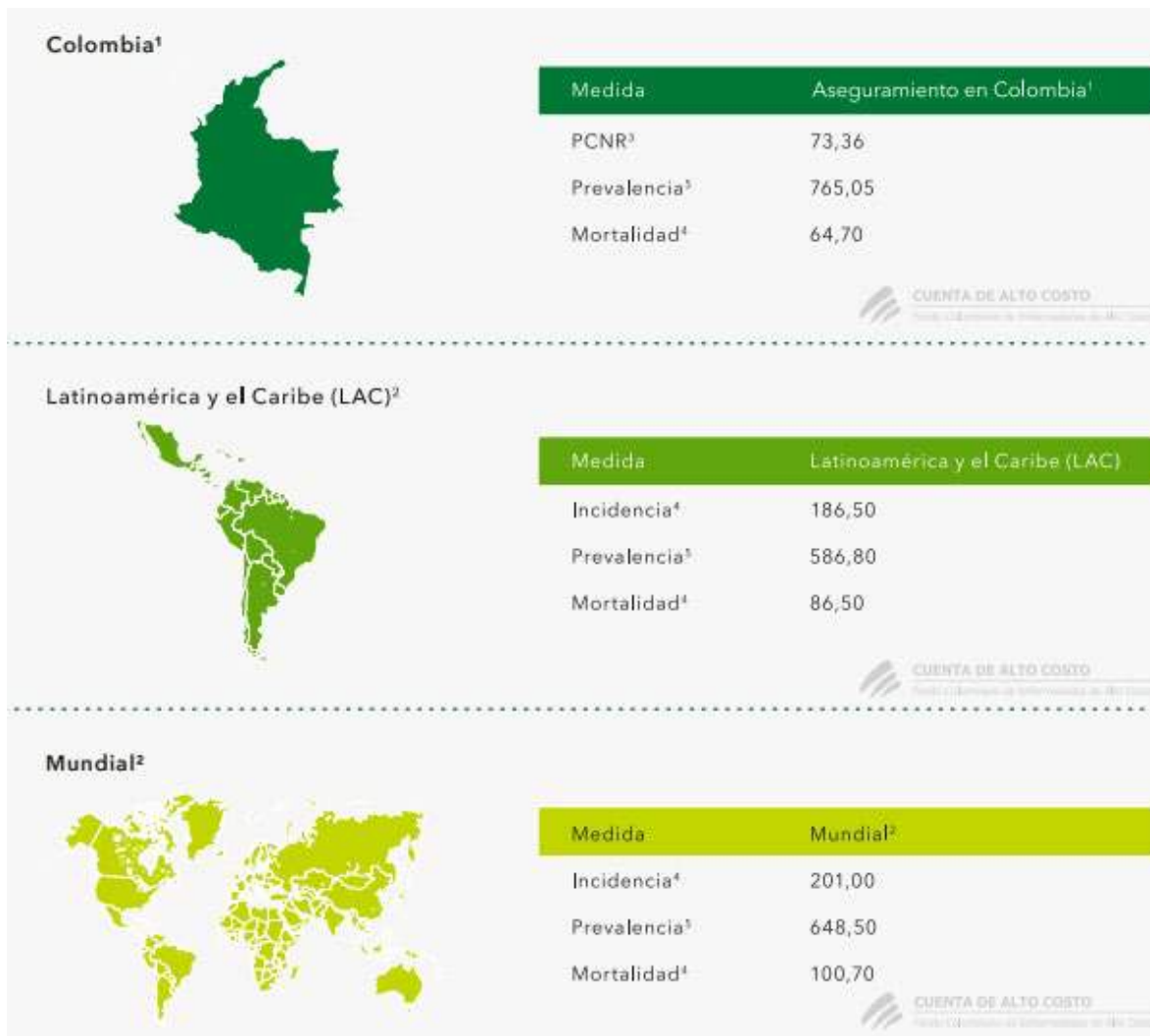


Figura 26. Comparativo de la magnitud del cáncer en el aseguramiento en Colombia, la región y el mundo

Fuente: Cuenta de Alto Costo.

Vale la pena mirar un indicador muy sensible para los usuarios de cualquier sistema de salud, desde la perspectiva de la experiencia de la atención, en la dimensión de calidad; se trata de la **oportunidad de la atención (listas de espera)**.

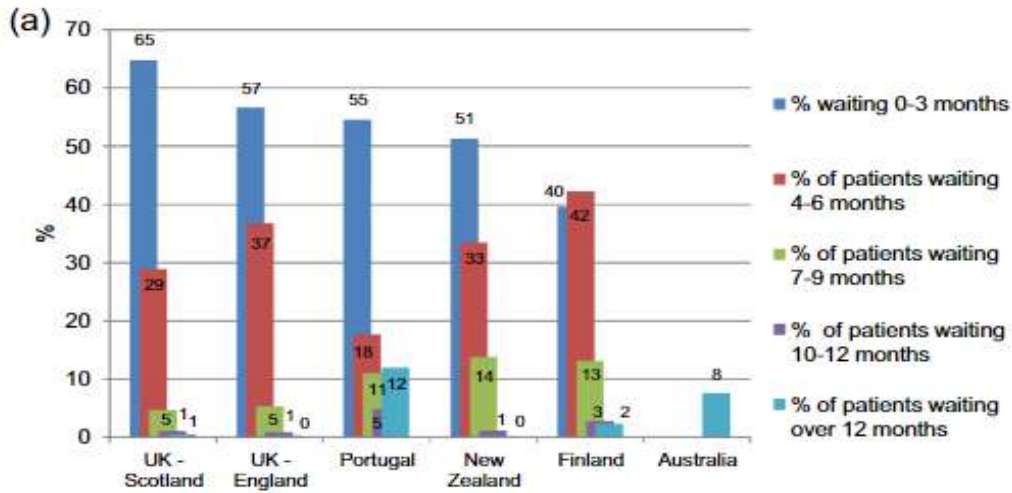


Figura 27. Tiempo de espera (listas de espera) para reemplazo de cadera en países de estudio.

Fuente: Siciliani L et al. 2014²⁴

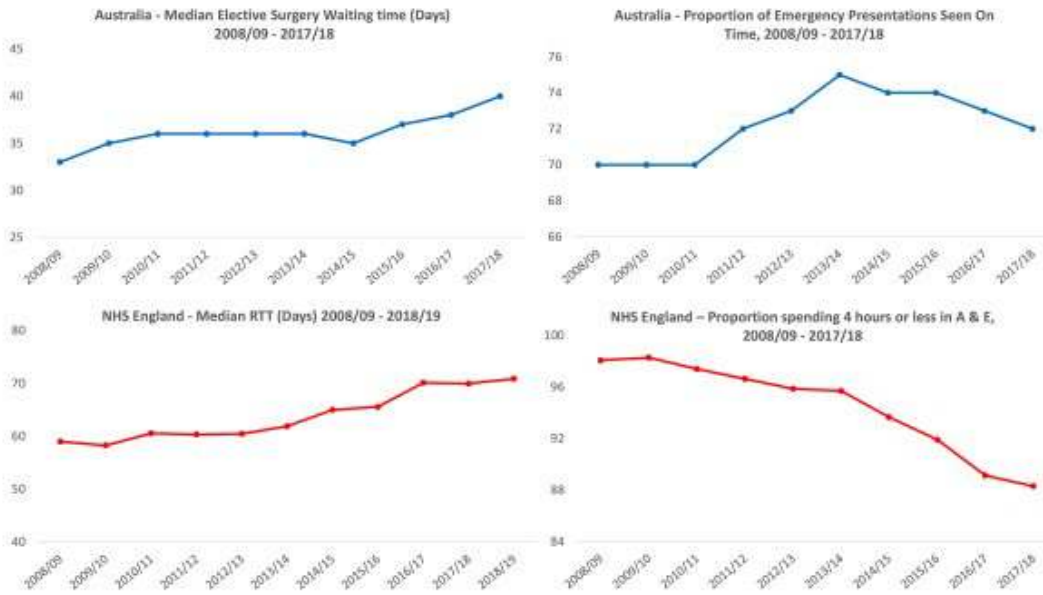


Figura 28. Tendencia en tiempos de espera para cirugía electiva y Urgencias en Australia e Inglaterra.

Fuente: McIntyre D & Chow C, 2020²⁵

²⁴ Siciliani L. et al. Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. Health Policy 118, 292-303. 2014

²⁵ McIntyre D & Chow C. Waiting Time as an Indicator for Health Services Under Strain: A Narrative Review. The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing Volume 57: 1-15. 2020

Como se evidencia en las figuras 21 y 22 arriba, el 65% de los pacientes en Inglaterra esperan un periodo de entre cero (0) hasta tres (3) para un reemplazo de cadera en y casi el 30% de entre cuatro (4) a seis (6) meses [24]. Adicionalmente, en cuanto a cirugía electiva, la mediana para el tiempo de espera en Inglaterra para el 2018 fue hasta de 70 días [25]. En Colombia, de acuerdo al Sistema de Evaluación y Calificación de Actores (SEA) del Ministerio de Salud y Protección Social, el tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de reemplazo de cadera y cirugía general es de 19,38 y 36,6 días, respectivamente, es decir, mucho menos que en Inglaterra, cuyo sistema nacional de salud ha sido ampliamente elogiado.

A pesar de contar con un menor número de camas hospitalarias y médicos, de forma general, Colombia presenta un nivel de provisión de servicios de salud mayor (ver datos, abajo).

Médicos por 1.000 personas (Dato más reciente)		Camas hospitalarias por 1.000 habitantes (Dato más reciente)	
Colombia	3,8	Colombia	1,7
Argentina	4,0	Argentina	5,0
Brasil	2,3	Brasil	2,1
México	4,8	México	1,0

Fuente: Banco Mundial <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS>

2.3. Análisis sobre abusos, falta de transparencia e integración vertical en el SGSSS

La Ley 100 creó un sistema de salud con cuatro actores principales: EPS como aseguradoras, IPS como prestadoras de servicios, un órgano de regulación en coordinación con el Ministerio del ramo y una superintendencia para el sector salud. El plan de salud para el régimen contributivo y para el régimen subsidiado era diferente, pero la ley fijó una fecha para cumplir progresivamente la meta expresa de superar esta desigualdad.

Leyes posteriores derogaron esta meta, mantuvieron las diferencias entre la cobertura del régimen subsidiado y del régimen contributivo, expandieron el Sisbén y crearon EPS especializadas en administrar el régimen subsidiado, respaldando institucionalmente la separación entre los dos regímenes. Esta reforma tuvo el beneficio de aumentar la cobertura, pero generó dos graves problemas.

Primero, convirtió en permanente la desigualdad entre los regímenes subsidiado y contributivo, con lo cual se estaba desconociendo el principio igualdad en el goce del derecho a la salud. Con razón, la Corte Constitucional le puso fin a esta discriminación en la Sentencia C-760 de 2008, y le ordenó al regulador adoptar medidas para lograr la igualdad en el derecho a la salud de manera financieramente sostenible, entre otras medidas que el regulador había descuidado. Desde entonces se ha avanzado significativamente en este objetivo.

No obstante, las EPS del régimen subsidiado continuaron y se han presentado casos en los que las personas han preferido seguir afiliadas a ellas, a pesar de los cambios en su vida laboral, porque obtienen servicios de buena calidad de forma subsidiada. Esto ha perjudicado la formalización laboral y ha limitado las fuentes de financiación del sistema; como se puede apreciar en la figura 23, abajo, para el año 2016 existían 384 mil inconsistencias en la base de datos del SISBEN (fuente de la afiliación al régimen subsidiado), de las cuales más de 135 mil correspondían a personas con altos ingresos. Además, los principales eventos de corrupción se han presentado en las EPS del régimen subsidiado. Este es el segundo gran problema que ha sido atacado tardíamente solo cuando explota el escándalo, sin que hubiera habido un seguimiento cuidadoso ni una intervención oportuna de la superintendencia de salud y las autoridades judiciales.



Figura 29. Panorama general del Sisben, con corte en 2016.

Fuente: DNP, disponible en <https://www.dnp.gov.co/Paginas/Aprobada-reforma-al-Sisb%C3%A9n-para-hacer-justicia-social-y-castigar-a-los-tramosos.aspx>

Paralelamente, se fue presentando un fenómeno de integración vertical. Esto le facilitó a las EPS controlar costos, pero llevó a una estructura oligopólica en el sistema con los efectos negativos que esto tiene. Además, restringe el derecho de los usuarios a escoger médico y hospital. A pesar de que una reforma posterior limitó la integración vertical, esta sigue siendo elevada, la estructura de oligopolio se mantiene y el derecho de los usuarios a escoger entidad prestadora o médico sigue siendo limitado.

Esta situación ha sido estudiada por la literatura indexada y se han encontrado efectos deletéreos, explicado a través del siguiente ejemplo teórico:

“por simplicidad, se considera que las empresas A11 y A12 del renglón de arriba se encuentran verticalmente integradas con las empresas A21 y A22, respectivamente. El supuesto formulado por Salinger (1988) para modelar el funcionamiento de este oligopolio bilateral con firmas verticalmente integradas, es el de suponer que las empresas A21 y A22 pueden adquirir los insumos producidos por las firmas A11 y A12, respectivamente, a un valor que tiende al costo marginal de producción de A21 y A22. Al contrario, las otras firmas del renglón de abajo que conforman este oligopolio bilateral y que no tienen integradas firmas del renglón de arriba compran los insumos a un precio de mercado. Salinger (1988) muestra que la integración vertical entre varias firmas aumenta el precio de mercado al cual se venden los insumos debido al aumento de concentración en el renglón de arriba. En este caso, no solo las empresas integradas obtienen los insumos a un valor que tiende al costo marginal, lo que les da una primera ventaja, sino que también su integración vertical aumenta el precio al cual las empresas no integradas del renglón de abajo adquieren los insumos. Cuando este incremento se vuelve agudo, la integración vertical puede impedir a las otras firmas competir en igualdad de condición²⁶.”

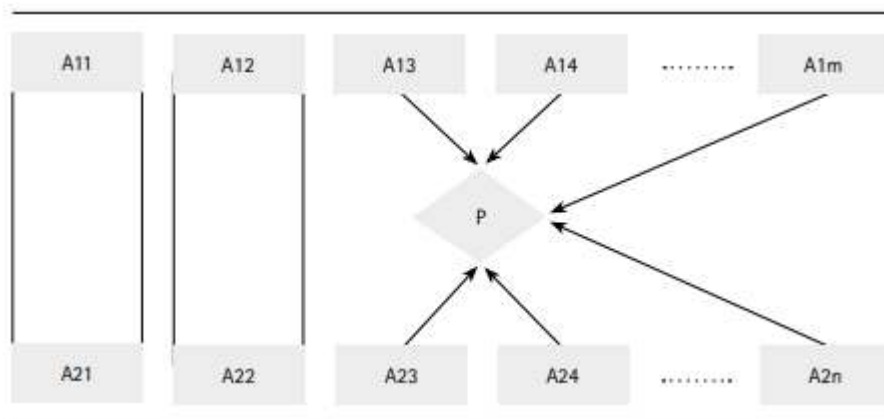


Figure 2. Oligopolio Bilateral con Integración Vertical.

Fuente: tomado de Bardey, D., & Buitrago, G., 2016

En la sección sobre reformas, se propone reducir gradualmente la integración vertical, aumentar las condiciones para el ejercicio de la libertad de escoger y diseñar una política específica para luchar contra la corrupción en salud.

²⁶ Bardey, D., & Buitrago, G. (2016). Integración vertical en el sector colombiano de la salud. *Desarrollo y Sociedad*, (77), 231-262.

3. ANÁLISIS JUSTIFICATORIO

Luego de evaluar el contexto jurídico y el desempeño del sistema de salud colombiano, se retoman de forma analítica sus principales conclusiones que justifican la presentación de este proyecto de Ley Estatutaria. En primera medida, desde la dimensión técnica, queda claro que existen fallas del Sistema General de Seguridad Social en Salud que se concentran en la articulación de agentes para las intervenciones de salud pública, tanto colectivas como individuales y, en segunda medida —y, tal vez más preocupante— en la adecuada gestión del riesgo en salud, sobre todo el riesgo técnico, por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), por medio de sus redes de servicios de salud. Ahora bien, la evidencia soporta, igualmente, el progreso en múltiples indicadores trazadores, en el marco de los objetivos fundamentales de los sistemas de salud, lo que refuerza la tesis de que el SGSSS es susceptible de ajustes, más no un cambio radical y completo de su arreglo institucional y estructura funcional.

Con base en lo anterior, se hacen necesarias modificaciones a la manera como se conforman las redes de servicios de salud; el rol del Estado frente a la operación del aseguramiento, en lo respectivo a las actuales Entidades Promotoras de Salud y el fortalecimiento de los incentivos que afecten positivamente la gestión de los distintos agentes del sistema de salud. Esto, implica una transformación del propio modelo de aseguramiento, generando un rol más protagónico por parte del Estado para supervisar, controlar, monitorizar y coordinar el papel de las actuales Entidades Promotoras de Salud. De igual manera, se requiere de una visión integradora de las intervenciones en salud pública, tanto individuales como colectivas; por una parte, desde una perspectiva regional que trascienda las divisiones político-administrativas del país, pues los individuos y poblaciones no están sujetos a tales fronteras en su quehacer diario, ni tampoco sus riesgos en salud y, por la otra, desde una interacción más precisa, territorial y operativa con otros sectores sociales, para abordar los Determinantes Sociales de la Salud.

Ahora bien, conectando los elementos de ajuste técnico al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con la dimensión jurídica, estudiada en el contexto en dicha materia, tales transformaciones modifican la arquitectura y funcionalidad del SGSSS como un todo y de sus agentes, lo que involucra los elementos intrínsecos del derecho fundamental a la salud, establecidos por la jurisprudencia de la Honorable Corte Constitucional y la Ley Estatutaria de salud 1751 de 2015, a saber: i. el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, por ejemplo, desde la accesibilidad y aceptabilidad de servicios de salud, ii. la libertad de elección de los usuarios del sistema y habitantes del territorio Nacional, iii. la materialización de la integralidad de los servicios de salud, mediante la adecuada gestión integral del riesgo por parte de los operadores del aseguramiento y sus redes de prestación de servicios de salud, entre otros.

Se asume pues, una postura de mayor rigor en el estudio y debate democrático de las transformaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud planteadas en este

proyecto de Ley, pues se reconoce su impacto sobre los elementos y características constitutivas del derecho fundamental a la salud. **Es lógico pensar que, ante nuevos arreglos institucionales, incentivos fuertes a los agentes del sistema de salud y operación misma del aseguramiento en salud, el derecho fundamental a la salud está directa y nuclearmente involucrado, por lo que estas materias no son susceptibles de legislación general y, mucho menos regulación administrativa.**

SECCIÓN II

DESCRIPCIÓN ANALÍTICA DE LOS COMPONENTES DEL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA

1. CAPÍTULO I: DISPOSICIONES GENERALES

Versan sobre transformaciones del arreglo institucional actual del SGSSS, comenzando por la regionalización en salud. Ésta busca que el aseguramiento y sus agentes involucrados, operen funcionalmente desde una perspectiva que trascienda las fronteras político-administrativas, conforme a las dinámicas de las personas y comunidades en los territorios.

De otra parte, como se estudió en la sección anterior, existen limitaciones y retos significativos en el SGSSS para fortalecer e implementar incentivos a la adecuada gestión del riesgo en salud, por lo que este capítulo incorpora el Sistema Integral de Calidad, cuyos componentes buscan el desarrollo de los mismos, contando con una activa participación comunitaria. Este sistema de calidad, está directamente relacionado con el arreglo financiero del sistema de salud, lo que le proveerá de herramientas con alto poder de impacto sobre la funcionalidad de los agentes del SGSSS.

Por último, en este capítulo se genera el Modelo de Atención en Salud, con dos componentes que permiten su enfoque diferencial y la transformación de un sistema de salud basado en la atención de la enfermedad a uno dirigido a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y predicción de cambios epidemiológicos de las personas y poblaciones.

2. CAPÍTULO II. ASEGURAMIENTO SOCIAL EN SALUD

Este capítulo transforma la arquitectura funcional de la operación del aseguramiento en salud, permitiendo una evolución del aseguramiento en salud. Esto se traduce en un mayor control por parte del Estado de las funciones de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y la posibilidad de que éste pueda operar directamente el aseguramiento en casos excepcionales de zonas rurales y con población dispersa donde los agentes existentes del SGSSS no pueda garantizar el derecho fundamental a la salud.

3. CAPÍTULO III. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Este capítulo corrige los problemas históricos en la conformación de las redes de servicios de salud, en donde las fuerzas puras de mercado podían distorsionar su diseño por parte de las Empresas Promotoras de Salud y, además, se generan mecanismos directos de control y coordinación de la gestión integral del riesgo en salud, por medio de estas redes, por parte del Estado; algo que está ausente en el sistema de salud actual y fue contemplado en la sección de justificación del presente proyecto.

4. CAPÍTULO IV. TALENTO HUMANO EN SALUD

Como se observó en la sección de comparación internacional, Colombia presenta un déficit de talento humano en salud, respecto a otros países. Este capítulo introduce correcciones a la magnitud del problema, mediante incentivos a la formación de más talento humano, pero también a la calidad del problema, mediante disposiciones para una formación adecuada y ajustada a las necesidades del país y los territorios. Por otro lado, dignifica la labora del talento humano en salud, estableciendo condiciones de trabajo acordes con su alto valor social y estratégico.

5. CAPÍTULO V. POLÍTICA FARMACÉUTICA Y DE INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD

Aquí se establece una visión estratégica y de soberanía sanitaria del país, necesaria para fortalecer la materialización del derecho fundamental a la salud y lo dispuesto por la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en lo relativo a las prestaciones de salud.

6. CAPÍTULO VI. FINANCIAMIENTO Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA

Como se analizó previamente, este capítulo debe entenderse estrecha e intrínsecamente relacionado con las disposiciones del capítulo de aseguramiento en salud, pues introduce un nuevo arreglo financiero que coloca principalmente la gestión del riesgo financiero en cabeza del Estado, pero solidaria y responsablemente, una porción de éste compartida en las futuras gestoras de salud. Por otro lado, modifica estructuralmente el cálculo de la UPC y su diseño, pues genera mecanismos de ajuste de riesgo ex – ante y ex – post.

7. CAPÍTULO VII. DISPOSICIONES FINALES Y RÉGIMEN DE TRANSICIÓN

Aquí se establecen los elementos necesarios para realizar fortalecer la justicia administrativa y crear un sistema interoperable y unificado de información que sea el

soporte tecnológico de todo el sistema de salud y las interacciones de sus agentes para la adecuada Gestión Integral del Riesgo en Salud de los individuos y la población.

Proyecto de Ley Estatutaria No _____

“Por medio del cual se reforma el sistema de salud para garantizar el derecho fundamental a la salud”

**CAPÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES**

ARTÍCULO 1°. Objeto. Por medio de la presente Ley se establecen disposiciones tendientes a fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el sistema de salud y el modelo de atención para mejorar el acceso efectivo a servicios de salud de forma universal, oportuna y con calidad, por parte de las personas, familias y la población, mediante el aseguramiento individual y colectivo, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud.

ARTÍCULO 2°. Gestión Integral del Riesgo en Salud. El sistema de salud, deberá gestionar los riesgos de salud, tanto colectivos como individuales, mediante el buen desempeño del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la coordinación de intervenciones sobre los Determinantes Sociales de la Salud con los diferentes sectores responsables. Se entiende a la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) como el proceso de identificación de los riesgos de presentar un evento en salud de las personas y las comunidades, a fin de promocionar estados saludables y realizar intervenciones y acciones prevención primaria individuales y poblacionales; cuando se materialicen tales riesgos, esta gestión implica la atención integral, oportuna y de calidad en salud desde la prevención secundaria y terciaria, el tratamiento, hasta la paliación y el buen morir con dignidad. La Gestión integral del riesgo en salud implica la tanto a la articulación y coordinación de los diferentes actores públicos, privados y mixtos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como de otros sectores sociales para disponer y garantizar servicios de salud, al tiempo que se abordan los Determinantes Sociales de la Salud. La GIRS implica, de manera intrínseca, la responsabilidad del Estado de evitar el empobrecimiento de las personas y comunidades por los gastos asociados a los eventos en salud, en el marco de su aseguramiento y protección social.

ARTÍCULO 3°. Modelo de Atención en Salud. Para lograr la Gestión Integral del Riesgo en Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social, definirá un Modelo de Atención en Salud que contendrá los lineamientos sobre los cuales los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) deberán definir y organizar sus procesos institucionales; el desarrollo de las interacciones y acuerdos de voluntades entre los distintos agentes, en especial para la conformación de Redes Integrales e Integradas de Atención en Salud (RIIS) para garantizar su adecuado desempeño, la suficiencia de

servicios de salud para las necesidades de las personas y la población, la calidad y oportunidad de los servicios de salud y la consolidación del aseguramiento y la protección financiera de los individuos, familias y comunidades. Así mismo, este Modelo establecerá los lineamientos para la articulación de los agentes del Sistema de Salud y los distintos sectores sociales para el abordaje coordinado de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), con enfoque diferencial (cultural, socioeconómico, étnico, de género, de derechos, entre otros) y bajo lo dispuesto por el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP).

El Modelo de Atención en Salud podrá contener planes o estrategias diferenciales para cohortes de especial riesgo, como los pacientes con cáncer o enfermedades raras. De igual manera, este Modelo deberá contemplar los siguientes componentes de implementación:

3.1. Componente Diferencial para Zonas Rurales y con Población Dispersa.

Con el propósito de avanzar en la equidad y acceso efectivo de toda la población a servicios de salud con calidad y oportunidad, bajo el aseguramiento y protección social de las personas y comunidades y la gestión integral de sus riesgos de salud el Modelo de Atención en Salud deberá establecer condiciones diferenciales para la operación de los distintos agentes del Sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS) y sus interacciones entre ellos y con los demás sectores sociales para el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud, en zonas territoriales que cuenten con cualquiera de las siguientes características: baja densidad o alta dispersión de la población; presencia de comunidades étnicas, reconocidas por el marco legal y normativo correspondiente; alta prevalencia de personas con discapacidad; limitada oferta de servicios de salud; difícil accesibilidad; bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada.

Este componente del Modelo de Atención en Salud se construirá con una activa participación de las comunidades y podrá definir planes, estrategias, acciones y esquemas asociativos diferenciales, públicos, privados o mixtos, para los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el Sistema de Salud. Además, este componente diferencial, contemplará las intervenciones positivas necesarias para el abordaje de los Determinantes Sociales en Salud y el cierre de brechas de desigualdad de las poblaciones objeto y la participación intersectorial de entidades del orden nacional y territorial en su construcción e implementación.

En los pueblos indígenas, se dará continuidad a la implementación y desarrollo total del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), manteniendo la indemnidad de las garantías y derechos consagrados en las normas y acuerdos existentes a la sanción de la presente Ley. Por su parte, en las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras del país, el Gobierno Nacional teniendo en cuenta la consulta y concertación previa se definirá y reglamentará un modelo diferencial de salud, que esté acorde con sus condiciones sociales, económicas, geográficas, y culturales, así como con sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

3.1. Componente de Atención Primaria en Salud con enfoque preventivo y predictivo. El Modelo de Atención en Salud deberá definir mecanismos, intervenciones y acciones específicas adoptando la estrategia de Atención Primaria en Salud, lo que implica el desarrollo de un componente primario altamente resolutivo dentro de las Redes Integrales e Integradas de Atención en Salud (RIIS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el abordaje intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud del Sistema de Salud y los diferentes sectores sociales.

Los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en especial los relacionados con la gestión de los riesgos individuales de las personas y las Direcciones Distritales, Departamentales y Municipales de Salud deberán utilizar la mejor evidencia disponible, modelos estadísticos e interoperabilidad de sistemas de información para proyectar la carga de la enfermedad futura, el comportamiento demográfico, epidemiológico y los hábitos de consumo de servicios de salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social y sus lineamientos para este componente del Modelo de Atención en Salud.

Parágrafo. El componente primario de las Redes Integrales e Integradas de Atención en Salud (RIIS) deberá planificarse, implementarse y desempeñarse con los enfoques y lineamientos tanto del Componente Diferencial para Zonas Rurales y con Población Dispersa como del Componente de Atención Primaria en Salud con enfoque preventivo y predictivo.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará en el siguiente año posterior a la sanción de esta Ley el Modelo de Atención en Salud.

ARTÍCULO 4°. Regiones de Gestión en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las Regiones de Gestión en Salud, las cuales serán áreas funcionales que abarquen varias Entidades político-administrativas, en las cuales los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) operarán e implementarán lo dispuesto por el Modelo de Atención en Salud para la Gestión Integral del Riesgo en Salud de las personas, familias y comunidades.

Parágrafo 2. Las Regiones de Gestión en Salud pueden acudir a esquemas asociativos territoriales como lo dispone la normatividad vigente.

ARTÍCULO 5°. Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA). Con el objetivo de garantizar el buen desempeño del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), por medio de los incentivos estructurales y adecuados, dirigidos a sus agentes y sus relaciones, en el marco de la garantía del derecho fundamental a la salud, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) se transformará en el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA) que deberá contener los siguientes componentes como mínimo:

5.1. Habilitación y Funcionamiento de los Agentes. Este componente define los criterios y estándares mínimos para operar de todos los actores del Sistema

General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el objetivo garantizar la efectividad, la seguridad y aceptabilidad de la atención en salud, así como los como elementos para otorgar y mantener la habilitación de operación. Este componente deberá tener un enfoque diferencial para las zonas rurales y con población dispersa, de manera articulada con el Modelo de Atención en Salud, en especial para la habilitación de la operación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y sus Equipos de Atención Primaria en Salud (EAPS).

5.2. Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud. Este componente desarrolla instrumentos para el mejoramiento de la calidad en salud de todos los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de forma diferencial, progresiva y sistemática, con un enfoque en resultados y reconocimientos del nivel de desempeño.

5.3. Relaciones funcionales entre los agentes del Sistema de Salud. Define los incentivos correctos en las relaciones y acuerdos de voluntades entre los distintos agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), buscando su modulación con una visión integral de sistema, enfoque diferencial territorial y social, enfoque en resultados en salud y mejores prácticas de gestión tanto institucional como de red, centrados en las necesidades de los usuarios, calidad de los servicios de salud y la sostenibilidad del sistema, entre otros.

5.4. Desarrollo de Capacidades Institucionales y de Talento Humano en Salud. Desarrolla, de forma dinámica, la generación de capacidades institucionales de gestión del riesgo en salud de las personas, familias y sus comunidades, desde los ámbitos clínicos hasta los propios del aseguramiento en salud. A su vez, promueve la adecuada formación, y entrenamiento del talento humano en salud, adecuado a las necesidades territoriales del país presentes y futuras, el trato digno y diferencial a los usuarios del sistema y armonizado con las políticas, planes y acciones del sector educación y otros, en esta materia.

5.5. Monitoreo y evaluación del desempeño del Sistema de Salud y sus agentes. Desarrolla un sistema integral de monitoreo y evaluación del desempeño de los distintos agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), armonizándose adecuadamente con las diferentes fuentes de información disponibles, el Sistema de Monitoreo de las Redes Integrales e Integradas de Atención en Salud (RIIS) y el Sistema Unificado e Interoperable de Información en Salud (SUIS), utilizando la interoperabilidad de sistemas, bajo el principio de eficiencia en el uso de la información. Este componente deberá desarrollar visualizaciones para los distintos agentes del sistema y los usuarios que den cuenta, de manera general y fácil de comprender, de sus hallazgos.

5.5. Innovación Social en Salud. Desarrolla políticas, planes, estrategias o acciones encaminadas a búsqueda de abordajes e intervenciones innovadoras a los problemas de salud tanto de los individuos, familias, como sus comunidades, fomentando el trabajo conjunto del Gobierno nacional, las Entidades Territoriales, los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), los

usuarios y pacientes del sistema y demás sectores que pueden requerirse. Está enfocado en el empoderamiento comunitario, permitiendo que la sociedad pueda promover abordajes, soluciones y transformaciones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y sus agentes a sus problemáticas de salud.

Parágrafo. El desarrollo de los componentes del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA) deberán guardar armonía entre sí, contar con un enfoque en resultados en salud y buscar el mejor desempeño del Sistema de Salud y de los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS).

ARTÍCULO 6°. Consejo Nacional de Salud. El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará la conformación del Consejo Nacional de Salud, el cual deberá contar, como mínimo, con la participación de representantes de los distintos actores del Sistema de Salud, entre ellos sus usuarios y pacientes, y las Entidades del Gobierno vinculadas al abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Este Consejo tendrá por objetivo el análisis de la política pública de salud, el desempeño del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), incluidos sus resultados y sostenibilidad, para emitir recomendaciones a las diferentes Entidades del Estado con respecto a sus hallazgos.

Parágrafo. Los miembros del Consejo Nacional de Salud no recibirán remuneración alguna por su participación, aunque sus gastos de desplazamiento deberán estar garantizados por el Gobierno Nacional.

CAPÍTULO II ASEGURAMIENTO EN SALUD

ARTÍCULO 7°. Aseguramiento en Salud. El Estado garantizará la gestión de los riesgos técnicos de salud y financieros, tanto individuales como colectivos, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual se apoyará en los demás sectores de forma articulada para el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS), en el marco de la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS). El Aseguramiento en Salud es la materialización del derecho universal de las personas que habitan en el país para acceder a servicios de salud, con oportunidad y calidad, por lo cual, éste será operado por actores de naturaleza pública, privada o mixta, siempre bajo la rectoría y supervisión del Estado.

Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) podrán ser públicas, privadas o mixtas, y continuarán siendo las principales responsables de la gestión técnica de los riesgos de salud de las personas y las comunidades, la representación del usuario y co-responsables de la gestión del riesgo financiero en salud de las personas, mediante la organización de las Redes Integrales e Integradas de Atención en Salud (RIIS); la adquisición inteligente de servicios y tecnologías en salud en función de las necesidades de los usuarios; la auditoria de los procesos de atención en salud basada en la mejor

evidencia disponible, la calidad de vida y el bienestar de las personas; la primera autorización para el giro de los recursos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud; según lo dispuesto por la presente Ley y la Ley Estatutaria de la Salud 1751 de 2015, el Modelo de Atención en Salud y el Sistema Integral para la Calidad en Salud (SICA).

Cuando no exista forma de garantizar la adecuada gestión del riesgo técnico de salud de las personas y comunidades y su acceso efectivo a servicios de salud por medio del aseguramiento operado por las Empresas Promotoras de Salud, en zonas rurales de difícil acceso o con población dispersa, en el marco del Modelo de Atención en Salud y su componente diferencial, el Estado podrá asumir directamente la gestión del riesgo técnico de salud de las personas y comunidades, bajo los mismos estándares de calidad y oportunidad que el resto del país.

Parágrafo 1. En caso de que el Estado decida operar directamente el Aseguramiento en Salud en zonas rurales de difícil acceso o con población dispersa, se deberá conformar una estructura funcional unificada con las capacidades necesarias para la adecuada gestión técnica del riesgo en salud y financiero de las personas y comunidades, en igualdad de condiciones técnicas que las Empresas Promotoras de Salud (EPS); además, esta estructura funcional tendrá las mismas condiciones de flujo, giro y gestión financiera que las EPS, por medio de los componentes fijos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y en ningún caso recibirán recursos calculados en el componente variable de la misma o incentivos al desempeño diferencial, distintos a aquellos dirigidos a profesionales de la salud de forma igualitaria para todos los que se desempeñen dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Parágrafo 2. Con el objetivo de garantizar el derecho fundamental a la salud, el Estado podrá asumir directa, temporal y transitoriamente la atención en salud de personas en las cuales exista inminencia o franca vulneración de este derecho, de acuerdo con la mejor evidencia científica disponible, los promedios en la oportunidad de la atención según la capacidad del país para ese momento, las demás disposiciones de esta Ley y la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, por medio de prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos, a los cuales se les reconocerá financieramente, por medio de giro directo, por los servicios y tecnologías prestados. Se diseñará un mecanismo de ajuste financiero de descuento de la UPC producto de los gastos generados en las atenciones requeridas ante esta situación a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) que tengan a cargo estas personas.

ARTÍCULO 8°. Régimen Único de Salud. Dentro del primer (1) año de vigencia de la presente ley, el Gobierno Nacional unificará técnica, financiera y jurídicamente, los Regímenes Contributivo y Subsidiado y se creará el Régimen Único de Salud.

Dentro del Régimen Único de Salud, las personas con capacidad de pago determinadas por el Gobierno Nacional, deberán contribuir al financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y tendrán derecho a recibir prestaciones económicas derivadas del seguro de salud.

Parágrafo. Toda mujer en Colombia recibirá prestaciones económicas por licencia de maternidad; aquellas mujeres que no son aportantes económicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrán derecho a un subsidio monetario equivalente a medio salario mínimo legal vigente durante los tres (3) meses siguientes al parto, siempre y cuando haya asistido a todos los controles prenatales respectivos durante el embarazo.

Parágrafo 2. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) habilitadas para operar el aseguramiento en cualquiera de los dos regímenes al momento de su unificación, la preservarán, sin perjuicio del cumplimiento de nuevas disposiciones una vez se reglamente el Sistema Integral para la Calidad en Salud (SICA). El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá las condiciones para la contratación con la red Pública Hospitalaria y las Empresas Sociales del Estado (ESE) por parte de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) que tengan a su cargo en su mayoría población sin capacidad de aporte financiero al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

ARTÍCULO 9°. Libre elección de los Usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tendrán derecho a elegir libremente la Empresa Promotora de Salud (EPS) de su preferencia, aun cuando el Estado decida asumir directamente el Aseguramiento en Salud en su zona de residencia y, dentro de la oferta disponible en su respectiva Región de Gestión en Salud, podrán elegir al profesional de la salud para atenciones en salud que requieran con necesidad, según la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 10°. Población a cargo de las Empresas Promotoras de Salud y Adscripción de las personas a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). Las Empresas Promotoras de Salud tendrán a su cargo a las personas que las seleccionen para gestionar adecuadamente su riesgo técnico en salud, ejerciendo el derecho a libre elección, sin discriminación de ninguna clase para aceptarlas. A su vez, las EPS deberán adscribir a cada persona a su cargo a un Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) cercano a su lugar de residencia o de trabajo, asignándosele dentro de éste un médico con enfoque familiar y comunitario.

Con el objetivo de promover la adecuada gestión técnica del riesgo en salud de las personas, conseguir los resultados en salud y mejorar la experiencia de la atención, las Empresas Promotoras de Salud (EPS) deberán disponer de perfiles de talento humano suficientes y debidamente entrenados, encargados de acompañar y apoyar la navegación y acceso efectivo a servicios de salud con oportunidad y calidad por parte de los pacientes dentro de sus Redes Integrales e Integradas de Atención en Salud (RIIS), desde el componente primario y los Centros de Atención Primaria en Salud (APS), hasta el componente complementario, en especial a aquellos que hacen parte de una cohorte de riesgo, con los recursos tecnológicos y logísticos requeridos para atender las necesidades de los pacientes.

La atención en salud de su población a cargo estará basada en los planes terapéuticos definidos por los profesionales de la salud o equipos de salud en el componente primario

de las RIIS, dentro de los CAPS, para aquellas cohortes y población que puedan manejar o en el componente complementario por los profesionales o equipos de salud especializados que corresponda. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS), deberán apoyar técnica y administrativamente estos planes terapéuticos para lograr su adecuada ejecución, en beneficio de los usuarios y pacientes y sus necesidades de salud.

Parágrafo 1. De acuerdo con el Modelo de Atención en Salud y, en especial, su Componente de Atención Primaria en Salud con enfoque preventivo y predictivo, las Empresas Promotoras de Salud (EPS) deberán facilitar administrativamente y apoyar la resolutivez clínica de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), mediante la definición y manejo integral de cohortes de riesgo; coordinación de servicios de salud para dicho manejo, disponiéndolos en el entorno cercano del paciente y su CAPS y acompañamiento de los usuarios y pacientes en sus rutas de atención a lo largo de toda la Red Integral e Integrada de Atención en Salud (RIIS) desde el componente primario hasta el complementario.

Parágrafo 2. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) no podrán imponer autorizaciones administrativas a los pacientes para su atención en salud en los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y todo el componente primario de las Redes Integrales e Integradas de Atención en Salud (RIIS), incluidos servicios imagenológicos, de laboratorio o dispensación de medicamentos, ni cuando su condición de cronicidad amerite prescripciones regulares sin cambios terapéuticos, sin perjuicio de su ejercicio de auditoría regular al desempeño, efectividad, seguridad y eficiencia de los CAPS.

Parágrafo 3. Las cohortes de pacientes con condiciones de salud que requieran del manejo a cargo de un profesional de la salud en un nivel de mayor complejidad, serán gestionadas en dichas instituciones prestadoras por sus respectivas Entidades Promotoras de Salud (EPS), coordinando su monitoreo o atenciones básicas en sus respectivos CAPS.

ARTÍCULO 11°. Información para la gestión técnica del riesgo en salud. El Estado deberá garantizar la implementación de la Historia Clínica Electrónica Interoperable, además de reglamentar e implementar la interoperabilidad de los sistemas de gestión, seguimiento y monitoreo de los usuarios y pacientes de las Empresas Promotoras de Salud, en el marco del Sistema Unificado e Interoperable de Información en Salud (SUIS).

ARTÍCULO 12°. Integración vertical de las Empresas Promotoras de Salud (EPS). Se prohíbe la integración vertical por parte de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) en el nivel complementario de las Redes Integrales e Integradas de Atención en Salud (RIIS), exceptuando para aquellos servicios de cuya disponibilidad por parte de esta figura dependa la garantía de su existencia en una Región de Gestión en Salud y, por tanto, el derecho fundamental a la salud de las personas.

CAPÍTULO III PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

ARTÍCULO 13°. Conformación y Funcionamiento de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). Con el propósito de lograr el acceso efectivo a servicios de salud por parte de todos los habitantes del territorio nacional, la equidad en salud y la resolutivez de las Redes Integrales e Integradas de Atención en Salud (RIIS) del Aseguramiento en Salud, éstas deberán contar con un componente primario, cuyo eje fundamental serán los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) que podrán ser de naturaleza pública, privada o mixta.

Las Empresas Sociales del Estado (ESE) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) con servicios habilitados de primer nivel de atención en salud, se constituirán como Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), según lo establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del Modelo de Atención en Salud y Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA).

Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) tendrán por función la atención clínica resolutivez de las personas con enfoque familiar y comunitario y por cohortes de riesgo, a partir de la debida identificación de estos. Para ello, contarán con equipos multidisciplinarios, entre ellos médicos con enfoque familiar y comunitario, que estarán dirigidos a definir planes terapéuticos, basados en la mejor evidencia disponible, para las cohortes de riesgo de su población adscrita, entre ellas y como mínimo, aquellas en el marco de las Rutas Integrales de Atención en Salud de Promoción y Mantenimiento de la Salud, Materno-perinatal, Riesgo Cardiovascular, Diabetes, Desnutrición y problemas de malnutrición, Salud Mental y Salud Oral.

Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), comenzando por aquellos que estén ubicados en zonas rurales y con población dispersa, en el marco del Modelo de Atención en Salud y sus dos componentes, dispondrán progresivamente de Equipos de Atención Primaria en Salud (EAPS), los cuales estarán conformados por talento humano en salud multidisciplinario, principalmente promotores de salud, optimizando los recursos disponibles, que tendrán las funciones de recolección de información de las personas y comunidades para la caracterización de sus riesgos en salud, atenciones básicas en salud, entre ellas la vacunación, apoyo en el seguimiento y monitoreo de los planes terapéuticos con enfoque familiar y comunitario y el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) de la comunidad.

Para abordar los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) de la comunidad, estos equipos deberán coordinarse y o conformarse con perfiles de talento humano financiados y gestionados en conjunto o por otros sectores sociales. Las intervenciones territoriales sobre los DSS de estos equipos serán coordinadas, monitorizadas y evaluadas por la instancia que así defina el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP).

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las características de infraestructura y técnica y servicios necesarios con los que deberán contar los CAPS

para atender las necesidades de su población adscrita, con un enfoque diferencial, según el Modelo de Atención en Salud y el Sistema Integral para la Calidad en Salud (SICA).

ARTÍCULO 14°. Redes Integrales e Integradas de Prestación de Atención en Salud (RIIS). Las Redes Integrales e Integradas de Atención en Salud (RIIS) tienen por objeto la articulación en una estructura funcional de las Empresas Promotoras de Salud, las Empresas Sociales del Estado (ESE), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), los gestores farmacéuticos y proveedores logísticos, entre otros agentes necesarios para la adecuada gestión técnica del riesgo en salud de las personas y comunidades, mediante su acceso organizado, efectivo, oportuno y de calidad a servicios de salud.

Las Redes Integrales e Integradas de Atención en Salud (RIIS) deberán estar conformadas por dos componentes articulados y, de cara al usuario, indivisibles: el componente primario y el componente complementario. El componente primario de las RIIS estará fundamentado principalmente en los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), mientras que el componente complementario en prestadores de salud con servicios habilitados especializados y de alta complejidad, todos de naturaleza pública, privada o mixta.

La disposición y ubicación de los servicios de salud para atender las necesidades de las personas y la población deberá estar basada, como uno de sus criterios principales, en el lugar de residencia de la población.

Los acuerdos de voluntades entre todos los integrantes de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIIS) deberán propender por resultados en salud, buen desempeño de los agentes y la propia red, oportunidad y calidad de la atención, en detrimento de esquemas de pago por atenciones de eventos de salud aislados, en el marco del Modelo de Atención en Salud y el Sistema Integral de la Calidad en Salud (SICA).

ARTÍCULO 15°. Conformación de las Redes Integrales e Integradas de Atención en Salud (RIIS). Las Redes Integrales e Integradas de Atención en Salud (RIIS) se conformarán en un proceso de cuatro pasos:

15.1. Generación del Plan Maestro de Red de Atención en Salud Territorial.

Las Direcciones Distritales y Departamentales formularán un Plan Maestro de Red de Atención en Salud Territorial para su jurisdicción tomando en consideración la Región de Gestión en Salud a la que pertenecen, cada cuatro años, el cual deberá evaluar las necesidades de la población presentes y futuras y determinar la suficiencia y características de la red de prestadores de salud de cualquier naturaleza jurídica para atenderlas.

Para el caso particular del componente primario de las Redes Integrales e Integradas de Atención en Salud (RIIS), el Plan Maestro de Red de Atención en Salud Territorial deberá definir el número y la ubicación geográfica de Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) que su población requiere, según los

lineamientos que para este propósito expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

15.2. Propuesta de Red de Servicios de Salud por parte de las Empresas Promotoras de Salud (EPS). De acuerdo con su población a cargo, cada Empresa Promotora de Salud (EPS) presentará a la Dirección Distrital o Departamental una propuesta de Red de Servicios de Salud para suplir y cumplir con lo identificado por el Plan Maestro de Red de Atención en Salud Territorial.

Para el caso particular de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), las Empresas Promotoras de Salud (EPS) podrán asociarse entre sí para suplir las necesidades del número y la ubicación de estos o podrán realizar integración vertical.

15.3. Aprobación por parte de la Dirección Distrital o Departamental de Salud. La Dirección Distrital o Departamental de Salud aprobará o solicitará ajustes a la propuesta de Red de Servicios de Salud presentada por cada Empresas Promotoras de Salud (EPS), de acuerdo al Plan Maestro de Red de Atención en Salud Territorial. En el caso de ser aprobada, se remitirá la propuesta de red de la EPS al Ministerio de Salud y Protección Social.

15.4. Habilitación de la Red Integral e Integrada de Atención en Salud de las Empresas Promotoras de Salud. Con base en las propuestas de redes de servicios de salud de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) aprobadas por las Direcciones Distritales y Departamentales, el ministerio de Salud y Protección Social consolidará la información para EPS con una lógica de Región de Gestión en Salud y podrá habilitar la Red Integral e Integrada de Atención en Salud para la Empresa Promotora de Salud (EPS) para dicha región o solicitar ajustes directamente.

Parágrafo. Para el caso en el que el Estado decida operar el Aseguramiento en Salud en una zona rural o con población dispersa, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá definir una Red Integral e Integrada de Atención en Salud (RIIS) con sus respectivos componentes primario y complementario y disponer esta información públicamente.

ARTÍCULO 16°. Sistema de Monitoreo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud generarán un sistema de monitoreo del desempeño y la calidad de las Redes Integrales e Integradas de Atención en Salud (RIIS) de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), el cual estará bajo el marco del Sistema Unificado Interoperable de Salud (SUIS).

El Sistema de Monitoreo de las RIIS deberá ser interoperable con los sistemas de información de la gestión integral del riesgo de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y prestará especial atención a los siguientes componentes:

16.1. Seguimiento a cohortes de riesgo.

16.2. Oportunidad de la atención en salud (servicios y procedimientos).

16.3. Efectividad de la Atención en Salud.

16.4. Cobertura de intervenciones de promoción y prevención de salud.

El Sistema de Monitoreo deberá generar alertas tempranas que permitan actuar oportunamente por parte de los distintos agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), evitando la vulneración del goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

ARTÍCULO 17°. Programa para el fortalecimiento hospitalario. El estado formulará un programa financiado con el Presupuesto General de la Nación de forma diferencial al presupuesto destinado para las atenciones en salud de la población, el cual tendrá por objetivo la sostenibilidad financiera de las Empresas Sociales del Estado (ESE). El Gobierno Nacional deberá garantizar la sostenibilidad financiera de aquellas ESE constituidas como Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) que, por su ubicación geográfica en zonas rurales o con población dispersa, no alcancen el balance financiero para cubrir su operación y la oferta mínima de servicios para atender las necesidades de la población adscrita, por medio de un subsidio a la oferta condicionado a resultados y otras variables que se puedan determinar.

Adicionalmente, este programa buscará la actualización tecnológica de las Empresas Sociales del Estado (ESE) de todos los niveles de complejidad y la garantía de una infraestructura digna.

CAPÍTULO IV TALENTO HUMANO EN SALUD

ARTÍCULO 18°. Política Nacional de Talento Humano en Salud (THS). El Gobierno Nacional, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, actualizará de manera integral e iniciará la implementación completa de la Política Nacional de Talento Humano en salud, la cual debe incluir como mínimo:

18.1. Las directrices para que los modelos de educación, formal y continuada, del Talento Humano en Salud, se ajusten al desarrollo de competencias requeridas para garantizar en forma progresiva el derecho a la salud previsto en la Ley Estatutaria.

18.2. Desarrollar modelos y programas de formación continuada del THS que garanticen el mantenimiento de la competencia del THS en el tiempo.

18.3. Establecer mecanismos de política pública para ajustar la oferta del THS a los cambios en la demanda de servicios de salud.

18.4. Determinar incentivos para el disminuir las inequidades de perfiles asistenciales en los territorios.

18.5. Establecer políticas de salud para reducir las brechas de Talento Humano en Salud capacitados y distribuidos de manera adecuada, para lograr la salud universal, de calidad y equitativa.

18.6. Limitación y eventualmente eliminar las relaciones laborales inestables y altamente intermediadas del Talento Humano en Salud.

ARTÍCULO 19°. Necesidades estratégicas del talento humano en salud. En el marco de la Política Nacional de Talento Humano en Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá las necesidades estratégicas de Talento Humano en Salud para el país, cada cuatro años, las cuales deberán ser abordadas de forma armónica y coordinada con el Ministerio de Educación Nacional y las instituciones de educación superior e instituciones de educación para el trabajo y las demás que correspondan.

Parágrafo. Dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley, se realizará el diagnóstico de las necesidades estratégicas de talento humano en salud que se requiere a nivel nacional.

ARTÍCULO 20°. Incentivos para la suficiencia y redistribución del Talento Humano en Salud. El Gobierno Nacional, dentro del año a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, y con base en el diagnóstico estratégico, formulará e implementará incentivos que contribuyan a incrementar la atracción, captación y retención de profesionales de salud necesarios, pertinentes y suficientes en las zonas rurales y remotas con población dispersa, con el propósito de reducir las brechas de desigualdad en salud, en el marco de la garantía al derecho fundamental a la salud, y aumentar la disponibilidad de talento humano en salud, adecuadamente capacitado y distribuido de forma eficiente, para lo cual podrán hacer uso de los subsidios de oferta.

Así mismo, estos incentivos buscarán el fortalecimiento de perfiles necesarios para la implementación del Modelo de Atención en Salud con sus dos componentes, especialmente aquellos de los Equipos de Atención Primaria en Salud (EAPS) y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), buscando el empoderamiento comunitario y la generación de capacidad humana, incluyendo aquellos grupos sociales de salud como las parteras y médicos (as) tradicionales.

El Ministerio de Salud y Protección Social deberá generar planes de acción contingentes para gestionar los problemas que surjan como consecuencia de eventos extraordinarios en los territorios, como desastres naturales, pandemias, epidemias u otros.

ARTÍCULO 21°. Formalización del Talento Humano en Salud. La formalización del THS corresponde a la vinculación de éste mediante contrato de trabajo o a través de relación legal y reglamentaria, según corresponda, garantizando condiciones laborales justas y dignas.

Está prohibida cualquier forma de vinculación del THS que permita, contenga o encubra prácticas o facilite figuras de intermediación o tercerización laboral a través de contratos civiles o comerciales, cooperativas o cualquier otra forma que afecte sus derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes para el sector privado o público, según sea el caso.

Se deberán respetar las jornadas máximas legales establecidas dentro de las diferentes modalidades de contratación vigentes en el ordenamiento jurídico colombiano; evitando jornadas extenuantes que puedan poner en peligro el correcto desarrollo del ejercicio, la calidad en el servicio, la seguridad, la salud, así como la dignidad del talento humano.

Parágrafo 1. Los prestadores de servicios de salud, dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley, elaborarán el estudio de cargas laborales en su institución, con base en el cual, podrán iniciar un proceso progresivo de formalización laboral que deberá tomar máximo tres (3) años, para lo cual podrán crear plantas temporales para la vinculación del personal que labora permanentemente en la institución, de acuerdo con las prioridades que identifiquen.

Parágrafo 2. El Estado dispondrá los recursos necesarios para la formalización de la planta misional de trabajadores de la salud de las Empresas Sociales del Estado (ESE) dentro de los siguientes doce (12) meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente Ley, priorizando las instituciones de los municipios categoría 4, 5 y 6.

Parágrafo 3. Las administradoras de riesgos laborales, en conjunto con los prestadores de servicios de salud y en general los empleadores del sector salud, deberán organizar como mínimo dos (2) veces al año actividades complementarias en promoción y prevención y deberán brindar acompañamiento en casos de violencia intrafamiliar, adicciones, burnout y demás condiciones en salud mental que afecten el desempeño laboral y social del personal de salud. Adicionalmente, contarán con programas especiales para las ocupaciones, profesiones y especialidades clasificadas como de riesgo alto. Se deberá informar al Ministerio de Trabajo y Ministerio de Salud sobre las actividades aquí dispuestas, y su implementación con las evidencias respectivas.

ARTÍCULO 22°. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud especialistas. La vinculación de los especialistas del área de conocimiento de ciencias de la salud podrá realizarse, tanto en el sector público, como el privado a través de las distintas modalidades que permita el ordenamiento jurídico colombiano para la contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas.

Dicha vinculación se realizará acorde a los siguientes criterios:

22.1. En la vinculación de especialistas en áreas de conocimiento de ciencias de la salud.

22.2. En aquellas situaciones que por las características del servicio de salud que se presta no pueda ser realizado por el personal de planta o requieran características intuito personas.

22.3. En la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera independiente.

ARTÍCULO 23°. Pago digno, justo y oportuno para los trabajadores de la salud. Los agentes del sistema de salud, independientemente de su naturaleza, tienen la obligación de girar de manera oportuna los valores por los servicios prestados a las instituciones prestadoras de servicios de salud, para que éstas efectúen el pago de las obligaciones, incluidas las laborales y/o contractuales al talento humano en salud, las cuales tendrán prioridad sobre cualquier otro pago, so pena de las sanciones por parte de las autoridades competentes.

En los casos del pago oportuno para especialistas en ciencias de la salud contratados bajo las modalidades que permita el ordenamiento jurídico colombiano, distintas a las establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, la remuneración correspondiente se realizará dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la presentación de la cuenta de cobro, factura o documento que haga las veces o equivalente.

CAPÍTULO V

POLÍTICA FARMACÉUTICA Y DE INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD

ARTÍCULO 24°. Política de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud. El Gobierno Nacional reglamentará una política con visión estratégica de largo plazo de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud, liderada conjuntamente por el Ministerio de Salud de Salud y Protección Social y el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, la cual deberá contemplar:

24.1. Desarrollo de capacidades científicas del país y el talento humano.

24.2. Desarrollo y fomento a la investigación en ciencias básicas y avanzadas, priorizando las primeras.

24.3. Generación de redes de conocimiento para la innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud.

24.4. Industrialización nacional en salud y transferencia de tecnología y conocimiento, con el objetivo de la producción a pequeña, mediana y gran escala de tecnologías en salud en el país, la cual deberá estar acorde con la mejor evidencia científica disponible

24.5. De acuerdo con la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 y la autonomía médica, El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) utilizará tecnologías de salud con la mejor evidencia científica disponible, el mayor perfil de seguridad posible para los pacientes, reconociendo el valor terapéutico de éstas y buscando el mayor beneficio para los pacientes.

24.6. Mecanismos de financiación sostenible para las tecnologías innovadoras y rutas diferenciales para el estudio de su evidencia, con enfoque en la evaluación y reconocimiento del valor terapéutico de las tecnologías innovadoras en salud con criterios diferenciales.

ARTÍCULO 25°. Interoperabilidad de sistemas para la trazabilidad de la prescripción médica. El Ministerio de Salud y Protección Social buscará la eficiencia y transparencia en el gasto público de tecnologías en salud financiadas con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), para lo cual, implementará un sistema de información que garantice la trazabilidad nominal de las prescripciones por parte de los profesionales de la salud, el cual deberá ser interoperable con el Sistema Unificado Interoperable de Salud (SUIS) Igualmente, deberá ser unificado e interoperable con los sistemas propios de información de los actores del SGSSS.

Parágrafo. El Gobierno Nacional dispondrá de los recursos financieros necesarios para el desarrollo de este sistema, el cual podrá ser operado por agentes especializados en la materia.

ARTÍCULO 26°. Instituto Nacional de Desarrollo y Producción de Tecnologías de Salud (INSALUD). El Estado podrá crear el Instituto Nacional de Desarrollo y Producción de Tecnologías de Salud (INSALUD), como organismo autónomo con personería jurídica propia, que se regirá por estatutos constitutivos que reglamentarán su funcionamiento, del orden nacional, vinculado al Ministerio de Salud y Protección Social, el cual tendrá como su domicilio principal la ciudad de Bogotá, D.C., y podrá establecer subsidiarias, sucursales y agencias en el territorio nacional y en el exterior.

El INSALUD tendrá por objetivo la investigación, el desarrollo, la producción en sus distintas fases y la distribución de tecnologías de salud estratégicas para la soberanía sanitaria del país, especialmente vacunas y medicamentos genéricos, en el marco de la Política de Innovación y Desarrollo de Ciencia y Tecnología en Salud.

Se faculta al Presidente de la República para reglamentar la constitución del INSALUD con participación de la Nación y de capital privado nacional o extranjero. En caso de no obtenerse la integración de capital privado, el INSALUD podrá constituirse solamente con aportes de la Nación.

Parágrafo. Independientemente del capital de constitución, el INSALUD podrá realizar alianzas estratégicas con el sector público, privado o mixto, académico, de la industria farmacéutica u otro sector, para el logro y cumplimiento de sus objetivos. De igual manera, propenderá por los más altos estándares técnico-científicos para la investigación y manufactura, además de la eficiencia administrativa conforme con las mejores prácticas de gobierno corporativo.

CAPÍTULO VI FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA

ARTÍCULO 27°. Sistema de referencia de precios. El Ministerio de Salud y Protección Social construirá un Sistema de referencia de precios de servicios y tecnologías en salud, el cual contendrá un piso y techo, y orientará la contratación, compra y venta de servicios y tecnologías en salud, como herramienta facilitadora de la gestión integral del riesgo entre los actores del Sistema. El sistema considerará variables relacionadas con estructura organizacional, infraestructura, oferta de talento humano en salud, tecnología y calidad de los prestadores de bienes y servicios de la salud.

ARTÍCULO 28°. Unidad de Pago por Capitación (UPC). El Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y, tomando en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud, definirá el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), la cual será calculada en función de la composición poblacional y epidemiológica de cada Empresa Promotora de Salud (EPS) por cada una de las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La UPC tendrá dos componentes fijos para cubrir la atención en salud de la población asegurada, sus prestaciones sociales y los gastos administrativos necesarios para la gestión de la Gestora de Salud y un componente variable como reconocimiento a la adecuada gestión de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), evidenciado en indicadores de resultados en salud, entre otros.

El Estado tiene la responsabilidad de calcular una Unidad de Pago por Capitación (UPC) suficiente para financiar adecuadamente las tecnologías y servicios de salud que requiere la población, ajustada a sus riesgos de salud y otras condiciones de acuerdo con lo establecido en la presente Ley.

Parágrafo 1. En casos de una situación extraordinaria sobreviniente y no previsible en salud, como la declaratoria de una Emergencia Sanitaria o un desastre natural, entre otras, el Estado deberá concurrir con recursos financieros para asumir el riesgo financiero derivado de la misma.

Parágrafo 2. Para el caso en el que el Estado asuma la operación directa del Aseguramiento en Salud en zonas rurales o con población dispersa, se reconocerá solamente el componente fijo de la UPC a la estructura que para este propósito se cree y en ningún caso el componente variable.

ARTÍCULO 29°. Cálculo del componente fijo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la atención en salud y las prestaciones sociales. Está destinado a la atención en salud y las prestaciones sociales; corresponde a los valores mínimos necesarios por cada usuario para garantizar los servicios y tecnologías en salud a que tienen derecho en el Sistema. Se sustentará en estudios técnicos, considerando

ajustadores de riesgo para cada Empresa Promotora de Salud (EPS), en función de la edad, el sexo, la ubicación geográfica, la densidad poblacional, las condiciones epidemiológicas, de riesgo en salud y socioeconómicas de la población, el costo de las tecnologías en salud, el comportamiento de la inflación, la referenciación internacional del gasto en salud, entre otros. El Ministerio de Salud y Protección Social estará encargado de presentar al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud los factores de ajuste de la UPC antes de finalizar cada año y éste recomendará al Gobierno Nacional su aplicación para la siguiente vigencia y la proyección estimada para los próximos a tres años.

ARTÍCULO 30°. Componente fijo de la Unidad de Pago por Capitación para los gastos administrativos de las Empresas Promotoras de Salud (EPS). Se destinará un porcentaje del valor total calculado de la UPC para los gastos administrativos necesarios para la adecuada gestión del riesgo técnico de salud de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual será girado a cada Empresa Promotora de Salud (EPS), de acuerdo con su población a cargo, según corresponda. Este porcentaje será calculado a partir de un estudio hecho por el Ministerio de Salud y Protección Social y en ningún caso sobrepasará el 10% del valor total de la UPC.

ARTÍCULO 31°. Cálculo del componente variable de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). El componente variable de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), corresponde al valor que se reconocerá a cada Empresa Promotora de Salud (EPS) por la adecuada gestión del riesgo técnico de cada uno de los afiliados Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a su cargo para libre destinación.

El Componente Variable de la UPC alcanzará hasta el 5% del valor total calculado de la UPC, teniendo en cuenta como mínimo los siguientes criterios: (i) Satisfacción de los Usuarios, (ii) el cumplimiento de indicadores de resultados en salud, (iii) la estabilidad y eficiencia en el manejo de las Redes Integrales e Integradas de Atención en Salud (RIIS), (iv) agilidad y oportunidad en la auditoría y o autorización para la realización de giros por parte de la ADRES, (v). eficiencia en el gasto en salud de la población a su cargo.

El Ministerio de Salud y Protección Social formulará una metodología de cálculo y reconocimiento del Componente Variable de la UPC, con base en la evolución de cada criterio y sus indicadores, el cual reconocerá un mayor valor a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) que presentan mejores resultados en dichos criterios y sus indicadores, frente a un menor valor para aquellas que presenten los resultados más bajos.

El Ministerio de Salud y Protección Social presentará el resultado de la aplicación de la metodología de cálculo del Componente Variable de la UPC para cada Empresa Promotora de Salud (EPS) al Consejo Nacional de Salud antes de finalizar el año y éste recomendará al Gobierno Nacional su aplicación para la vigencia siguiente.

ARTÍCULO 32°. Flujo de los recursos financieros del Aseguramiento en Salud. La ADRES efectuará directamente el giro de los recursos para la prestación de los servicios y tecnologías en salud contratados por las Empresas Promotoras de Salud (EPS), a las

Empresas Sociales del Estado o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos y gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, en los casos en que se realice la provisión directa.

Para la realización de los giros, la ADRES en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, deberá establecer un sistema de información interoperable, en el marco del Sistema Unificado e Interoperable De Información en Salud (SUIS), con la factura electrónica de venta para el sector salud, donde se tendrá en cuenta, entre otras variables, las fechas de expedición, radicación y aceptación de la factura, para contribuir a mejorar los indicadores de cartera.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la metodología y los mecanismos de auditoría financiera al giro de los recursos del sistema, bajo los principios de transparencia, eficiencia, y oportunidad. Para estos mecanismos de auditoría de los recursos de la salud, las Gestoras de Salud concurrirán con la validación de la información, facturas y pagos a efectuar.

ARTÍCULO 33°. Sobre los excedentes y suficiencia del componente fijo de la UPC. Los excedentes anuales, si los hubiere, de la cuenta individual de cada Empresa Promotora de Salud (EPS), del componente fijo de la unidad de pago por capitación (UPC) para la atención en salud y las prestaciones sociales, se mantendrán para la siguiente vigencia fiscal la misma destinación para garantizar a los usuarios los beneficios definidos por el sistema. En ningún caso estos recursos remanentes pertenecerán o serán girados a las EPS.

ARTÍCULO 34°. Reserva Técnica del Estado para garantizar el giro directo. Con el objetivo de garantizar el adecuado flujo de recursos por posibles gastos por servicios de salud no previstos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la ADRES constituirá las reservas técnicas que calcule necesarias, a partir de lo reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

ARTÍCULO 35°. Suficiencia Patrimonial de las Empresas Promotoras de Salud (EPS). Con el objetivo de asegurar la adecuada gestión en salud de su población afiliada, las Empresas Promotoras de Salud (EPS) deberán contar con una suficiencia patrimonial para respaldar el gasto en salud frente a un eventual exceso de siniestralidad, cuando se supere una ejecución del 100% de la UPC calculada suficientemente y dicha sobrejecución resulte de una inadecuada gestión de la población, de conformidad con los indicadores definidos por el MSPS. Dicha suficiencia deberá calcularse razonablemente conforme al tamaño patrimonial y la cantidad de población a cargo de la EPS.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público elaborarán, dentro de los siguientes dieciocho (18) meses posteriores a la sanción de la presente Ley, un estudio técnico para definir la suficiencia patrimonial de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), articuladamente con el estudio de cálculo de la UPC con criterios aquí contenidos y reglamentará el cálculo y lineamientos para la

constitución de los recursos líquidos que estas entidades deberán mantener en sus activos. El cálculo de este patrimonio podrá alcanzar hasta el 3% de los recursos de la UPC establecidos para cada Gestora de Salud.

ARTÍCULO 36°. De los Servicios Sociales Complementarios en Salud. El Gobierno Nacional determinará una fuente para financiar los servicios sociales complementarios en salud, la cual será administrada de la Administradora de los Recursos del Sistema general de Seguridad Social en Salud (ADRES). Para tales efectos, el Ministerio de Salud y Protección Social formulará un listado de estos servicios, el cual deberá ser actualizado permanentemente.

CAPÍTULO VII DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 37°. Resolución administrativa de las necesidades de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La Superintendencia Nacional de Salud generará un mecanismo de resolución administrativa de solicitudes de los usuarios del Sistema de Salud, el cual contará con un sistema interoperable con los canales de Peticiones, Quejas y Reclamos de las Gestoras de Salud y canales propios de la Entidad Nacionales y territoriales para acceso a este mecanismo por parte de los ciudadanos.

El mecanismo deberá contemplar las capacidades de los territorios para responder a estas solicitudes y la oportunidad de respuesta razonable por parte del Sistema de Salud, siempre anteponiendo la garantía del derecho fundamental a la salud y en ninguna circunstancia colocando en riesgo la vida de ninguna persona. Este mecanismo deberá resolver las peticiones, quejas y reclamos en un término no mayor a 5 días calendario desde su interposición por parte del usuario.

La Superintendencia Nacional de Salud generará una evaluación anual de lo atendido durante cada vigencia por este mecanismo, la cual debe evidenciar la suficiencia de capacidades en cada territorio para responder ante las necesidades de los usuarios.

Este mecanismo será el principal recurso que tendrán los usuarios para dirimir sus solicitudes al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) cuando perciban alguna insatisfacción, fomentando su uso previo a otros instrumentos, sin perjuicio de la acción de tutela, de acuerdo con su derecho constitucional.

ARTÍCULO 38°. Sistema Unificado e Interoperable De Información en Salud (SUIS). Con el objetivos de garantizar la Gestión Integral del Riesgo en Salud, la transparencia en la utilización de los recursos de salud, la eficiencia por parte de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la generación de políticas, planes, estrategias y acciones informadas, se creará el Sistema Unificado e Interoperable De Información en Salud (SUIS), el cual buscará la interoperabilidad entre las diferentes fuentes de información, bases de datos, Entidades y organizaciones públicas, privadas y mixtas del Sistema de Salud. El Estado dispondrá de los recursos necesarios para la

generación y mantenimiento de este sistema, el cual será un componente del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), para lo cual, podrá disponer de operadores privados.

Así mismo, el Estado dispondrá de canales oportunos y de fácil acceso a los datos por parte de la población, bajo las normas aplicables de manejo de información sensible.

ARTÍCULO 39°. Vigencia y derogatoria. La presente Ley entra en vigor a partir de la fecha su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.