



**Al contestar por favor cite estos datos:**

Radicado No.: **201710001629831**

Fecha: **18-08-2017**

Página 1 de 1

Bogotá D.C.,

Doctor

**JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO**

Secretario General

Cámara de Representantes

Congreso de la República

Capitolio Nacional, Primer Piso

Ciudad.

Cámara de Representantes  
Secretaría General  
CORRESPONDENCIA

**23 AGO 2017**

Radicado No.

Recibido Por:

2215  
14:26 H

**ASUNTO:** Solicitud de información. Proposición 075 de 2017. Radicados internos 201742301764232 y 201742301773152.

Respetado Doctor:

De manera atenta, en el documento adjunto se da respuesta a la Proposición No.075 sobre "La situación del sistema general de seguridad social en salud y el impacto que ha tenido la implementación de la Ley estatutaria que regula el derecho fundamental a la salud – Ley 1751 de 2015", presentada por los Honorables Representantes Oscar Ospina Quintero, Inti Raúl Asprilla Reyes y Angelica Lozano Correa.

Estaré atento a resolver cualquier inquietud que usted considere.

Cordial Saludo,

  
**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**  
Ministro Salud y Protección Social

Anexo. Lo enunciado en ( ) folios.

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)



## Proposición 075 de 2017

### Documento Anexo

1. Mantener la ley 100 de 1993 es contrario a la Ley Estatutaria de Salud y la garantía del derecho fundamental a la salud (sic) ¿por qué postergar una reforma a fondo del sistema de salud?

#### **Respuesta:**

El 19 de marzo de 2013 el Gobierno Nacional presentó ante el Congreso de la República dos proyectos de ley así:

- Proyecto de ley No. 209 de 2013 Senado, 267 de 2013 Cámara *"Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"*
- Proyecto ley No. 210 de 2013 Senado, 147 de 2013 Cámara *"Por la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"*.

La primera de las iniciativas terminó con la expedición de la Ley 1751 de 2015, mientras la segunda fue archivada por no haber culminado su trámite legislativo durante el periodo legislativo 2014 -2015.

Para el Ministerio expedición de la Ley 1751 de 2015 representa un importa avance en el reconocimiento de la salud como derecho fundamental. Sin embargo, no puede afirmarse que la misma conlleva a declarar la Ley 100 de 1993, y sus modificaciones, contrarias a la Ley Estatutaria. Por el alcance de cada una de ellas, mal puede inferirse que las dos contengan postulados opuestos o limitantes en la garantía del derecho fundamental a la salud.

Sobre el particular, es preciso señalar que la Ley 1751 de 2015 dispuso:

*"Artículo 4°. Definición de Sistema de Salud. Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud."*

El contenido de la disposición transcrita conlleva a reconocer que la Ley Estatutaria en Salud no contempla ningún modelo en particular de sistema de salud, toda vez que en ella se incorporan unos postulados básicos a ser observados por el legislador ordinario en la definición del sistema desde sus diferentes ámbitos. Así, el análisis de constitucionalidad adelantado por la Corte Constitucional a la disposición transcrita, conllevó a que a través de la Sentencia C - 313 de 2014 se señalara:

*"Para la Sala, este mandado podía ser del resorte del legislador ordinario, pues, no establece prerrogativas básicas, ni principios que guíen el derecho, así como tampoco excepciones o limitaciones de orden general del mismo. No obstante, ello no es óbice para validar la posibilidad de su incorporación en una ley como la examinada, por su evidente conexión con el asunto tratado".*



Al encontrarse vigente la Ley 100 de 1993 y sus modificaciones, el Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS ha buscado articular las disposiciones contenidas en ésta con los principios y disposiciones de la Ley 1751 de 2015. Así, en las respuestas a los interrogantes que se presentan en el cuestionario adjunto a la Proposición 075, se explica en forma detallada los ajustes normativos que se han adoptado, sin perjuicio de las modificaciones que se encuentran limitadas a la reserva de ley.

**2. Las EPS han demostrado su imposibilidad e incapacidad para mantenerse con viabilidad y sostenibilidad. ¿Por qué mantener la intermediación financiera en el servicio de salud?**

**Respuesta:**

Las EPS no ejercen función de intermediación financiera. Operan dentro de un sistema de aseguramiento administrando los riesgos en salud de la población afiliada y administrando los recursos representados fundamentalmente en la Unidad de Pago por Capitación - UPC que reconoce el sistema para la atención de la población. Al ser un sistema de aseguramiento, deben manejar el riesgo financiero para lo cual es su obligación garantizar la atención de la población y utilizar modelos de atención enfocados a detectar los problemas de salud en los primeros niveles de complejidad de tal forma que la población no llegue a sufrir de enfermedades de alto costo.

Para lograr el equilibrio las EPS deben contratar adecuadamente los servicios de salud y guardar el equilibrio entre los recursos que reciben y la atención que tienen la obligación de prestar.

Durante la última década las atenciones por fuera del Plan de Beneficios - PB incrementaron sustancialmente y las EPS las han asumido por vía administrativa o por fallos de tutela para el trámite posterior de recobros ante el FOSYGA (hoy ADRES) y los fondos departamentales de salud. Estos recobros han crecido de manera desbordada afectando los patrimonios de las EPS que a su vez no tuvieron por muchos años la obligación de constituir un régimen de solvencia similar al de las compañías de seguros.

De otro lado, existieron algunos casos en que las EPS no tuvieron buena gestión y no realizaron en debida forma su función y, por lo tanto, el Gobierno Nacional ha tenido que tomar decisiones de intervenir y liquidar estas instituciones. Así mismo, se generaron reglas para que en el mediano plazo las EPS adelanten procesos de reorganización empresarial o de recuperación, que permita recomponer los patrimonios y generar las reservas necesarias para soportar la operación del sistema, generando un proceso de depuración del sector donde deberán permanecer las EPS que puedan garantizar plenamente sus funciones.

En todo caso, el sistema de aseguramiento garantiza la protección financiera de 45 millones de personas y genera atenciones en todos los niveles de complejidad del orden de 500 millones al año.

No existe hasta la fecha otra propuesta que permita mantener los logros obtenidos hasta el momento actual, particularmente la cobertura y los beneficios para la población que, sin duda, deben mejorar.

**3. ¿Existen los recursos apropiados para garantizar el cumplimiento de la LES'?**  
**a. ¿Cuántos recursos faltan?**



**Respuesta:**

En la discusión presupuestal que actualmente se adelanta se requieren recursos adicionales por \$2.5 billones para garantizar el aseguramiento en salud de la vigencia 2018. En la mencionada discusión se está revisando con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público los supuestos planteados para determinar la cuantía definitiva.

Así, en el marco de lo dispuesto por la Sentencia C – 313 de 2014, considera el MSPS que los recursos para el sector salud deben apropiarse en un monto que permita hacer efectivo el derecho fundamental a la salud, por lo cual deben adelantarse los ajustes necesarios en el Proyecto de Ley de Presupuesto que hoy se encuentra en trámite legislativo, garantizándose el cierre financiero de las necesidades del sector con recursos Nación.

- 4. ¿Qué ha hecho el Ministerio de Salud y Protección Social para que las personas no se vean obligadas a acudir a la acción de tutela para exigir sus derechos en salud, cuando los mismos deberían ser prestados sin estas dilaciones?**

**Respuesta:**

Son múltiples las medidas adoptadas por el MSPS tendientes a prevenir que los colombianos tengan que acudir a la Acción de Tutela como mecanismo que les permita amparar su derecho fundamental a la salud y garantice el acceso a los servicios que ampara el estado Colombiano.

Para el efecto, en la respuesta al interrogante 6 del presente cuestionario, se adelanta una descripción de los Decretos, Resoluciones y demás actos administrativos proferidos, los cuales a su vez se acompañan de iniciativas de carácter legal, como las contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo, que buscan eliminar las barreras que pueda encontrar las personas para acceder en forma oportuna a sus servicios de salud.

Con la claridad brindada a través de las medidas referidas, corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud, en el marco de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control que le asigna la Ley, velar por su cumplimiento.

- 5. Ni la Ley 100 de 1993, ni la Ley Estatutaria de Salud han resuelto el desequilibrio financiero del sistema de salud. ¿Qué propuesta urgente y sostenible tiene el ministerio de salud y el gobierno nacional para resolverlo?**

**Respuesta:**

Evidentemente el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS requiere mayores fuentes de financiamiento. Por lo anterior, el Gobierno Nacional propuso, entre otras, la alternativa de los impuestos a las bebidas azucaradas. A su vez, es necesario fortalecer los controles a los recaudos, el gasto no necesario y hay un reto de prevenir los riesgos de corrupción que amenazan permanentemente el sistema de salud.

Aunque en los últimos años el SGSSS, ha mantenido una estructura de fuentes y se han logrado otras, sin embargo, nos enfrentamos a la necesidad de incorporar nuevas tecnologías y nuevos



medicamentos, aunado a un incremento en la demanda de servicios; el aumento en los beneficios de las prestaciones económicas, como es el aumento en las semanas de licencia de maternidad (las cuales pasaron de 14 a 18);, y el aumento de los costos de las incapacidades de enfermedad general los cuales han ido aumentando año tras año, máxime cuando ahora el sistema debe reconocer las incapacidades superiores a los 540 días continuos en virtud del segundo literal a) de la Ley 1753 de 2015.

**6. ¿Cuáles han sido las ganancias y los progresos que ha generado la implementación de la Ley estatutaria de salud en la garantía efectiva del derecho fundamental de salud?**

**Respuesta:**

Para la implementación de la Ley Estatutaria se han tomado por parte del MSPS una serie de medidas dirigidas a la definición y unificación de aspectos que contribuyen a garantizar el derecho fundamental a la salud y a materializarlo progresivamente.

En ese sentido, cabe tener en cuenta que a través de mecanismos operativos eficientes se posibilita el acceso a los servicios de salud con la consecuente salvaguarda del derecho, tal es el caso de las reglas de afiliación, la articulación de los prestadores de diferentes niveles de complejidad, las rutas integrales de atención en salud, la política de atención integral en salud, el modelo integral de atención en salud, la superación de barreras de acción a los servicios no prestados por el PB, el respaldo al flujo de recursos que permiten la sostenibilidad del sistema, entre otros preceptos que hacen parte del ordenamiento jurídico y dentro de lo cual los siguientes actos administrativos ejemplifican a modo ilustrativo:

- Decreto 2353 de 2015: "Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud". Incorporado en el Decreto 780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social".
- Decreto 1184 de 2016: "Por el cual se adiciona el Capítulo 5 al Título 10, Parte 1, Libro 2, del Decreto 780 de 2016: "Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social".
- Resolución 3166 de 2015: "Por medio de la cual se define e implementa el estándar de datos para medicamentos de uso humano en Colombia".
- Resolución 5596 de 2015: "Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias «Triage»".
- Resolución 429 de 2016: "Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud".
- Resolución 6408 de 2016: "Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)".
- Resolución 1441 de 2016: "Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones".



- Resolución 3202 de 2016: "Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS y se dictan otras disposiciones".
- Resolución 5975 de 2016: "Por la cual se modifica la Resolución 4678 de 2015, que adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS- en su Anexo Técnico No. 1 y se sustituye el Anexo Técnico No. 2".
- Circular Externa No. 60: "Desarrollo de la estrategia de participación ciudadana. Artículo 15 de la ley 1751 de 2015 y artículo 2 de la ley 1757 de 2015".

Sin perjuicio de lo anterior, vale la pena puntualizar que a través del Decreto 2353 de 2015, compilado en el Decreto 780 de 2016, se señalaron las "reglas de afiliación" estipulando medidas y mecanismos tendientes a la garantía del acceso de toda la población y de la continuidad de su afiliación dado que las condiciones y requisitos en el momento de inscribirse o trasladarse a una EPS se ajustan a favor del usuario, en concordancia con la jurisprudencia de la Corte Constitucional. Es más, los menores de edad, las gestantes y pensionados gozan de protección especial.

Adicionalmente, otra de las innovaciones desarrolladas, fue la dirigida a mejorar el acceso a los servicios de salud en *zonas con población dispersa*. El MSPS ha reconocido en distintas ocasiones que en ciertas regiones del país se debe avanzar en el desenvolvimiento e implementación de modelos de aseguramiento que se adecuen a las características de dispersión poblacional. Por esta razón, en desarrollo de lo establecido en el artículo 65 de la Ley 1753 de 2015 "Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018 "Todos por un nuevo país"", la definición de la política integral en salud se ha enfocado en: i) la atención primaria en salud, ii) la salud familiar y comunitaria, iii) la articulación de actividades individuales y colectivas y iv) la dimensión poblacional y diferencial. La expedición del Decreto 2561 de 2014<sup>1</sup>, ha permitido avanzar en el progreso de un proyecto piloto en el Departamento de Guainía, proceso que permite evidenciar avances en la superación de problemas de acceso y de integralidad en la atención.

Esta experiencia se tomó para la expedición de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS, mediante Resolución 429 de 2016 del MSPS, la cual atiende el contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud y de la seguridad social en salud a la garantía de dicho derecho, generando un cambio de prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades e intereses de los integrantes a los objetivos de la regulación, que centra el sistema en el ciudadano.

Los lineamientos de dicha política que son de obligatorio cumplimiento para todos los agentes de salud, en el marco de sus competencias, al tenor del artículo 65 de la Ley 1753 de 2015, involucra herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema, en una visión centrada en las personas, familias y

---

<sup>1</sup> "Por el cual se definen los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud a la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS y fortalecer el aseguramiento en el Departamento de Guainía y se dictan otras disposiciones"



comunidades, que están expuestos a riesgos para su salud, por lo cual deben ser abordados mediante la Gestión Integral del Riesgo en Salud, en una mancomunación de acciones individuales e intervenciones colectivas.

A todo esto, no hay que pasar por alto que actualmente el Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS se encuentra en proceso de implementación en todo el territorio nacional, el cual es gradual y continuo, comenzando por las zonas dispersas y rurales del país<sup>2</sup>.

Por último, vale la pena mencionar que en la respuesta al interrogante 8 se adelantará una explicación exhaustiva de los mecanismos dispuestos hoy por este ministerio para garantizar la prestación de las tecnologías de salud no excluidas en el marco de lo dispuesto en el artículo 15 de la mencionada Ley 1751.

**7. ¿Qué hace el Ministerio de Salud y Protección Social para defender y garantizar la autonomía médica establecida en la Ley Estatutaria de Salud?**

**Respuesta:**

El MSPS en la implementación de la Ley Estatutaria ha orientado sus esfuerzos para garantizar el derecho fundamental a la salud sobre una concepción integral de la misma, lo cual incluye la prestación de servicios para promover la salud, prevenir la enfermedad y atenderla, rehabilitar las secuelas y propender por la paliación en los casos en los que se requiera. En este sentido, como se verá ampliamente en la respuesta a los interrogantes subsiguientes, el acceso y la prestación de los servicios se ha garantizado a través de dos mecanismos de protección: i) mecanismo de protección colectiva, a través del aseguramiento social que corresponde al PB con cargo a la UPC (Resolución 6408 de 2016) y ii) mecanismo de protección individual mediante el cual se garantiza el acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control y pago de servicios y tecnologías en salud no cubiertas mediante el mecanismo de protección colectiva, lo cual se estableció en las Resoluciones 3951 y 5884 de 2016 y Resolución 532 de 2017 para el Régimen Contributivo y Resolución 1479 de 2015 para el Régimen Subsidiado.

De acuerdo con lo mencionado, una de las iniciativas de este Ministerio para propender por la garantía del acceso oportuno a los servicios y tecnologías en salud no cubiertos con cargo a la UPC, en donde se observó la mayor dificultad relacionada con la autonomía médica, toda vez que para acceder a dichos servicios se debía contar con la autorización de un Comité Técnico Científico-CTC que evaluaba la pertinencia de las mencionadas solicitudes, mediante la expedición de las Resoluciones 3951 y 5884 de 2016 y la Resolución 532 de 2017 estableció un nuevo procedimiento para reportar la prescripción de los servicios no cubiertos por el PB con cargo a la UPC mediante una herramienta tecnológica en la cual se registra la información de las prescripciones realizadas por los profesionales de la salud tratantes denominada Mipres, con la cual se elimina el trámite ante el CTC, se busca alcanzar un manejo veraz, oportuno y transparente de la información y se optimiza el procedimiento que deben seguir las entidades recobrantes para presentar las solicitudes de reconocimiento cuando las mismas deban ser pagadas por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES.

---

<sup>2</sup> El documento Técnico del PAIS estima que los territorios considerados como ámbitos territoriales de alta ruralidad (5.402.735) y los de zonas dispersas (3.658.702); asciende a 9.061.437 habitantes, es decir, cerca de una quinta parte del total de la población del país. Resolución 429 de 2016 del MSPS.



La herramienta tecnológica Mipres fundamenta su desarrollo en el artículo 19 de la Ley 1751 de 2015, ya que a través de ésta se tiene información en tiempo real y permite la trazabilidad desde el momento de la prescripción hasta finalizar la etapa de pago, de tal manera que se garantiza que los recursos en salud dispuestos para servicios y tecnologías no cubiertas por la UPC provengan de una orden de un profesional de la salud y, por lo tanto, que su suministro y facturación serán coincidentes, favoreciendo la transparencia en el destino de los recursos dispuestos para tal fin.

Por otra parte, como parte del avance en desarrollo de la Ley 1751 de 2015, se garantiza la autonomía profesional establecida en el artículo 17, ya que en el modelo propuesto desaparecen las autorizaciones de terceros, lo cual significa que siempre y cuando las solicitudes correspondan a tecnologías en salud propiamente dichas, solo es necesaria la orden médica para que el asegurador garantice el goce efectivo de la prescripción efectuada. No obstante lo anterior, es necesario mencionar que para aquellos servicios complementarios, medicamentos que hagan parte del reporte de las Sociedades Científicas y en consecuencia correspondan al análisis de la Dirección de Medicamentos de este Ministerio para conformar la lista UNIRS, así como aquellas prescripciones de soporte nutricional realizadas en el tipo de atención ambulatoria deberán analizarse por parte una Junta de Profesionales de la Salud, bajo criterios de pertinencia médica únicamente.

Con lo mencionado, se pretende reducir las barreras de acceso y analizar de manera excepcional aquellos servicios que la misma Ley Estatutaria ha indicado tienen una vía de financiación distinta a los recursos de salud, sin desconocer tal y como la Honorable Corte Constitucional lo ha expuesto en la Sentencia T-160 de 2014, que en el tema de servicios excluidos o excepcionales debe analizarse cada caso en particular.

**8. Sin POS y con exclusiones el pronóstico es de mayores barreras. ¿Qué propone el ministerio de salud para evitar agravar el acceso a medicamentos y procedimientos?**

**Respuesta:**

La garantía de las prestaciones de salud hace parte del disfrute del más alto nivel posible de salud. Para este fin, la Ley Estatutaria estableció que el sistema de salud debe garantizar la prestación integral de los servicios en todas las fases de atención. A partir de dicho mandato, el sistema de salud garantiza, para todas las patologías, un conjunto de servicios y tecnologías que incluyen actividades, intervenciones, procedimientos, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, sistemas organizativos y de soporte utilizados con excepción de lo previsto en el régimen taxativo de exclusiones.

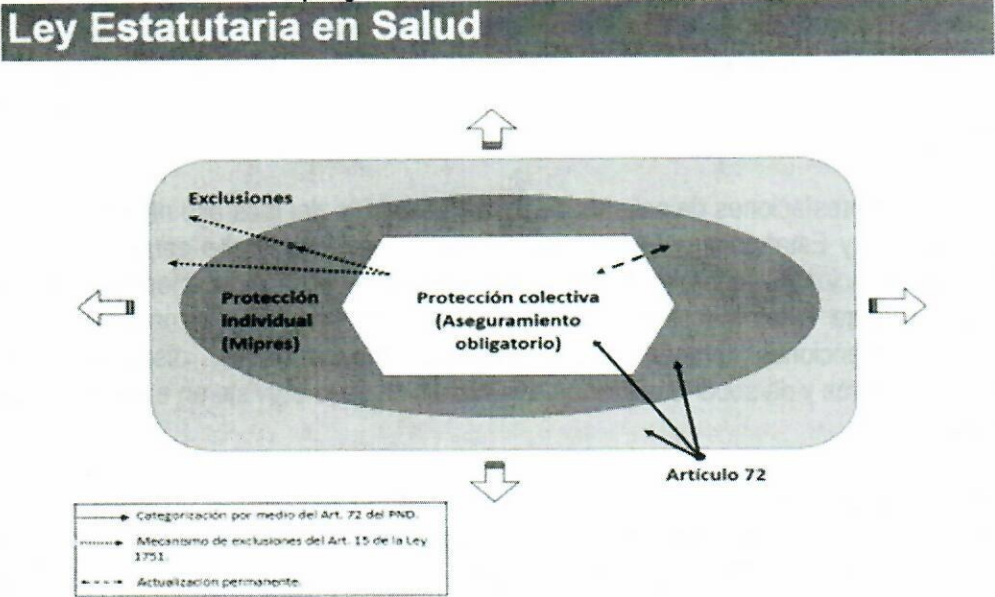
Así, siguiendo el mandato de la Ley Estatutaria, los servicios y tecnologías en salud a ser financiadas con recursos del Sistema se dividieron en dos grupos. En un primer grupo están los servicios y tecnologías con cargo a la UPC, como mecanismo de protección colectivo. En el segundo grupo se encuentran los servicios y tecnologías no incluidos en el primer grupo y que corresponden a aquellos de carácter excepcional (enfermedades raras, los nuevos medicamentos y algunos servicios sociales complementarios) garantizados a través de un mecanismo de protección individual, ordenados y autorizados directamente mediante el aplicativo Mipres. El primer grupo se remunera *ex - ante* mediante el UPC. El segundo *ex - post* desde un fondo centralizado.



En esta discusión es importante resaltar las características de los dos mecanismos de protección: La protección colectiva tiene un énfasis utilitarista, está basada en el mayor beneficio posible para la población en su conjunto o para un grupo de pacientes o personas especificado de antemano. La protección colectiva tiene en cuenta los datos epidemiológicos, las características de la población, esto es, está basada en un examen a priori de las necesidades de la población. La protección individual se centra, por el contrario, en las necesidades de un individuo particular, no en las necesidades previstas de la población, sino en las carencias observadas de una persona en concreto<sup>3 4 5 6</sup>. La protección colectiva e individual a los derechos pueden entrar en tensión cuando existen recursos escasos. Un Sistema centrado meramente en la protección individual de los derechos corre el riesgo de entregarle todo a muy pocos y muy poco a casi todos.

Por supuesto, algunas tecnologías pueden pasar de la protección individual a la colectiva o viceversa, en el marco de la actualización al PB. Para cumplir con la Ley Estatutaria, este esquema debe complementarse con un mecanismo técnico-científico y participativo que permita determinar las exclusiones, esto es, las prestaciones de salud no cubiertas. Las exclusiones deben obedecer a los criterios establecidos en la ley y seguir el procedimiento determinado por la mencionada Resolución 330. Finalmente, como el universo de prestaciones y tecnologías es dinámico, crece todos los años, el esquema propuesto necesita un mecanismo ordenado de evaluación e incorporación de las nuevas tecnologías, este mecanismo está dado por el artículo 72 de la mencionada Ley 1753. La explicación de lo anterior se encuentra en la siguiente gráfica:

**Gráfica No. 1**  
**Coberturas de protección y procedimientos de ampliación progresiva y exclusiones de los beneficios que garantizan el derecho a la salud**



**Fuente:** Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS

<sup>3</sup> Salazar Ligia (2009) Efectividad en Promoción de la Salud y Salud Pública. Reflexiones sobre la práctica en América Latina y propuestas de cambio. Universidad del Valle - Programa Editorial Pag 39-41

<sup>4</sup> Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, de 4 de abril de 1997: "Artículo 3.

<sup>5</sup> Brena, Ingrid (2007) El derecho a la salud. Biblioteca Jurídica del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM

<sup>6</sup> Mittelmark, M. (2001), "Promoting social responsibility for health: health impact assessment and healthy public policy at the community level", en Health Promotion International, vol. 16, núm. 3, Pág: 269-274.



En el marco de lo indicado anteriormente el MSPS ha desarrollado las siguientes estrategias para el cumplimiento de la garantía del derecho a la salud: i) Protección de las prestaciones colectivas; ii) Protección de las prestaciones individuales- Mipres; iii) Resolución que fija el mecanismo de exclusiones y iv) Fortalecimiento de la puerta de entrada.

#### **i. Protección colectivas – Aseguramiento obligatorio**

Esta protección colectiva, como se señaló previamente, hace parte del aseguramiento en salud, por lo que hay una definición de coberturas y un promedio definido de atenciones en un PB, que son reconocidas a través de un pago *ex – ante*, en un valor per cápita. En el aseguramiento la protección es universal, colectiva y se transfieren los recursos a un tercer pagador con el objeto de que garantice las atenciones integrales de las coberturas incluidas. Estas prestaciones de servicios en salud colectivas cubren aquellos servicios y tecnologías en salud en donde es posible mancomunar los riesgos individuales asociados al uso de las mismas.

Como se le ha señalado a la Corte en diferentes oportunidades, la universalización se alcanzó en el 2010<sup>7</sup> y se ha venido consolidando a la fecha. Por su parte, la unificación de los planes de beneficios<sup>8</sup> se realizó por el ciclo de vida del individuo obedeciendo a criterios de vulnerabilidad y se inició con los menores de 1 año y embarazadas en 1995, los niños de 1 a 12 años en el 2009,<sup>9</sup> se siguió con los adolescentes de 13 a 17 años en el 2010<sup>10</sup> y los adultos mayores de 60 años en el 2011<sup>11</sup> y se finalizó con los adultos entre los 18 y 59 años en el 2012.<sup>12</sup>

Una de las principales críticas al aseguramiento y, especialmente, al PB se concentraba en la incertidumbre generada frente a la inclusión o no de algunos servicios y tecnologías en salud, con el fin de subsanar dicha circunstancia y en cumplimiento de los artículos 2, 5 y 15 de la Ley Estatutaria, se expidió la Resolución 5592 de 2015<sup>13</sup> que inició el proceso de un PB más implícito frente a los 647 medicamentos<sup>14</sup> incluidos en éste, 581 pertenecientes al listado general, 54 a salud pública y 12 agrupaciones. Los ajustes realizados fueron los siguientes: i) Se incluyeron 229 aclaraciones de concentración de formas farmacéuticas líquidas o sólidas estériles de administración parenteral con 74 concentraciones nuevas y 27 aclaraciones de cobertura, es decir, el 40% de los medicamentos están disponibles en todas las concentraciones, ii) Se establecieron 12 coberturas por subgrupos de medicamentos, 6 de ellos<sup>15</sup> sin Valor Máximo de Reconocimiento - VMR<sup>16</sup>; los concentrados para

<sup>7</sup> Orden vigésimo novena de la Sentencia T-760 de 2008

<sup>8</sup> Órdenes vigésimo primera y vigésimo segunda de la Sentencia T-760 de 2008

<sup>9</sup> Acuerdo 04 de 2009 de la CRES

<sup>10</sup> Acuerdo 011 de 2010 de la CRES

<sup>11</sup> Acuerdo 027 de 2011 de la CRES

<sup>12</sup> Acuerdo 032 de 2012 de la CRES

<sup>13</sup> "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones".

<sup>14</sup> Resultados del estudio de concentraciones y/o formas farmacéuticas de medicamentos incluidos en el POS, aclaración de cobertura y definición de valores de reconocimiento para cálculo en la UPC. Informe Técnico. II Fase: formas farmacéuticas sólidas y líquidas estériles para administración parenteral – MSPS 2015.

Definición de subgrupos de medicamentos por clasificación terapéutica, farmacológica o química y cálculo de valor de reconocimiento. II fase – MSPS 2015.

<sup>15</sup> Es el valor máximo que sirve para definir la orientación de la financiación pública hacia un valor de referencia a reconocer por cualquier medicamento del grupo que se conforme. El valor máximo de reconocimiento se calcula considerando el valor promedio ponderado anual, estadísticas de posición de los valores y frecuencias reportadas en el Sistema de Información de Precios de Medicamentos-SISMED; dicho valor se ajusta teniendo en cuenta, de ser necesario, por dosis promedio de prescripción y manteniendo las frecuencias reportadas en la base de prestación de servicios de salud que se utiliza para el cálculo de la UPC. La



hemodiálisis, corticosteroides, monofármacos, grupo de las heparinas, insulinas y análogos, sales de rehidratación oral formulaciones y soluciones isotónicas; y las otras 6<sup>17</sup>: con valor máximo de reconocimiento: agentes beta bloqueantes no selectivos, antagonistas del receptor h2, bloqueantes selectivos de canales de calcio con efectos principalmente vasculares, inhibidores de bomba de protones, Inhibidores de la ECA, monofármacos e Inhibidores de la HMG CoA reductasa, y iii) Se incluyeron los estereoisómeros de principios activos<sup>18</sup> contemplados en el plan siempre que compartan el mismo efecto farmacológico de la mezcla racémica del principio activo del cual se extraen con un VMR.

En el 2016 con la Resolución 6408 de 2016 se profundizó en el PB implícito para los medicamentos con la eliminación de la forma farmacéutica y la concentración, dejando 470 ítems de medicamentos distribuidos así: 420 del listado general, 38 de salud pública y 12 agrupaciones. Los avances fueron: i) Se aclararon 135 cobertura de otras formas farmacéuticas (cremas, ungüento, jarabes, suspensión, gotas, entre otros) con 66 concentraciones y/o formas farmacéuticas nuevas y 6 aclaraciones de cobertura por Artículo 134 de la Resolución 5592 de 2015, ii) Se realizaron 9 agrupaciones de medicamentos con VRM<sup>19</sup>, estas son: -corticosteroides, monofármacos, insulinas y análogos, sales de rehidratación oral, agentes beta bloqueantes no selectivos, antagonistas del receptor h2, bloqueantes selectivos de canales de calcio con efectos principalmente vasculares, inhibidores de bomba de protones, monofármacos, inhibidores de la ECA, monofármacos. E inhibidores de la HMG CoA reductasa; y 3 agrupaciones de medicamentos sin VMR, estas son: soluciones para hemodiálisis, soluciones para diálisis peritoneal y grupo de las heparinas, monofármacos<sup>20</sup> y <sup>21</sup> iii) Se incluyeron los estereoisómeros de principios activos contemplados en el plan siempre que compartan el mismo efecto farmacológico de la mezcla racémica del principio activo del cual se extraen con un VMR para cálculo en la prima establecido para el principio activo de origen<sup>22</sup>.

Los resultados generales de las actualizaciones del PB en salud de los años 2015 y 2016 se centraron en profundizar los aspectos relacionados con aclarar la cobertura de procedimientos y servicios, inclusión de tecnologías para el diagnóstico de enfermedades huérfanas, agrupación de medicamentos, con el fin de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y desarrollar, en particular, los principios de equidad, eficiencia, integralidad y participación ciudadana.

---

expresión del valor puede establecerse bien sea como un total o una expresión per cápita según el número de expuestos." Numeral 40 del artículo 8, Resolución 6408 de 2016 del MSPS.

<sup>16</sup> Anexo de la Resolución 5592 de 2015.

<sup>17</sup> Anexo de la Resolución 5592 de 2015.

<sup>18</sup> Artículo 39 de la Resolución 5592 de 2015.

<sup>19</sup> Con cobertura por subgrupo con valor máximo de reconocimiento: atc s01ba-corticosteroides, monofármacos, atc a10a- insulinas y análogos, a07ca sales de rehidratación oral, atc c07aa -agentes beta bloqueantes no selectivos, atc a02ba - antagonistas del receptor (no se cubren combinaciones con medicamentos no pos), atc c08c - bloqueantes selectivos de canales de calcio con efectos principalmente vasculares, atc a02bc - inhibidores de bomba de protones, monofármacos (no se cubren combinaciones con medicamentos no POS), atc c09aa - inhibidores de la eca, monofármacos y atc c10aa -inhibidores de la HMG CoAa reductasa. Anexo de la Resolución 6408 de 2016.

<sup>20</sup> Con cobertura por subgrupo sin valor máximo de reconocimiento: atc b05za soluciones para hemodiálisis, b05d soluciones para diálisis peritoneal y atc b01ab - grupo de las heparinas, monofármacos (no se cubren combinaciones con medicamentos no pos). Anexo de la Resolución 6408 de 2016.

<sup>21</sup> Valores Máximo de Reconocimiento para cálculo en la prima por expuestos y grupo de medicamentos: Estudio técnico para la vigencia 2017 - MSPS (2016)

<sup>22</sup> Artículo 38 - Resolución 6408 de 2016 del MSPS.



Como se puede observar se ha garantizado el derecho en el mecanismo de protección colectivo, las coberturas del PB para el 2017 incluyen: i) El 85% de los procedimientos realizados en el país, ii) El 50% de los medicamentos disponibles en Colombia y el 100% de los medicamentos esenciales fijados por la Organización Mundial de la Salud – OMS, de acuerdo con el perfil epidemiológico de la población y la carga de enfermedad, excepto aquellos que están asociados a enfermedades no existentes en el país, y iii) el 100% de los dispositivos e insumos que son necesarios e insustituibles para la realización de algún procedimiento.

## **ii. Protección de prestaciones individuales - Mipres**

Para garantizar la protección de las prestaciones individuales, esto es, aquellas a las que acceden los usuarios una vez se han agotado las opciones previstas en el aseguramiento obligatorio o se ha identificado por parte del profesional de la salud, que resulta pertinente la prescripción de una tecnología o servicio no financiado con cargo a la UPC, el MSPS expidió la Resolución 3951 de 2016<sup>23</sup> con fundamento en los artículos 6, 15, 17 y 19 de la Ley Estatutaria.

Las prestaciones individuales de los afiliados al Régimen Contributivo se reconocen y pagan con cargo a los recursos del FOSYGA y las de los afiliados al Régimen Subsidiado con los recursos del Sistema General de Participaciones – Componente de prestación de servicios a la población pobre no afiliada y las demás rentas que destinen las entidades territoriales certificadas para este propósito.

En el Régimen Contributivo la operación del mecanismo tendiente a garantizar dichas prestaciones operó hasta el 2016 conforme a lo previsto en la Resolución 5395 de 2013, en la que se define que las EPS son las responsables de garantizar la prestación de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC y, posteriormente, cobrarlas al FOSYGA previa acreditación de los requisitos establecidos.

En el marco de lo previsto en la Ley Estatutaria se expidió la mencionada Resolución 3951 que reformó el procedimiento de acceso a las prestaciones individuales para los afiliados del Régimen Contributivo, particularmente porque suprimió el trámite que debía hacerse por los profesionales de la salud ante los Comités Técnico Científicos - CTC, instancia que operaba en las EPS y que se encargaba de aprobar los servicios y tecnologías no incluidas en el PB.

El nuevo procedimiento define que los profesionales de la salud reporten la prescripción de los servicios y tecnologías no cubiertas por el PB con cargo a la UPC, en la herramienta tecnológica Mipres, con la cual se optimiza el trámite que deben seguir las EPS para garantizar el suministro de dichas prestaciones así como para presentar las solicitudes de reconocimiento cuando las mismas deban ser reconocidas por el FOSYGA o quien haga sus veces.

A través de Mipres se obtiene información en tiempo real y se realiza la trazabilidad de cada prestación, desde su prescripción hasta el pago por el FOSYGA, de tal manera que se garantiza que los recursos en salud dispuestos para las prestaciones individuales, se destinen a financiar las

---

<sup>23</sup> "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones"



órdenes de los profesionales de la salud y por lo tanto, que su suministro y facturación sean consistentes, favoreciendo la transparencia en la administración de estos recursos.

El aplicativo Mipres también permite registrar las prestaciones de servicios complementarios, soporte nutricional y prescripción excepcional de medicamentos del listado UNIRS (uso no indicado en el registro sanitario) que requieren ser empleados en indicaciones y/o grupos de pacientes diferentes a los consignados en el registro sanitario otorgado por el INVIMA. Para estas prestaciones, se prevé que con el fin de analizar la pertinencia y la necesidad de los mismos, una vez sean prescritos por el profesional de la salud, serán analizados por una Junta de Profesionales de la Salud.

De acuerdo a lo señalado, las principales ventajas de la implementación de la Resolución 3951 de 2016 son las siguientes:

- Elimina la autorización ante el CTC, toda vez que la prescripción efectuada mediante el aplicativo Mipres que no requiera concepto de Junta de Profesionales de la Salud, se suministra sin mediar autorización ni concepto de terceros.
- Disminuye los tiempos de entrega de los servicios y tecnologías no incluidas en el PB con cargo a la UPC, con lo cual se espera que los servicios se brinden con mayor oportunidad a los afiliados.
- Avanza en el desarrollo de la Ley Estatutaria, dado que el acto administrativo en mención, garantiza la autonomía profesional establecida en el Artículo 17.
- Permite conocer en tiempo real los servicios y tecnologías que están siendo demandados por los usuarios del Régimen Contributivo.

En atención a lo descrito, a partir del 1 de diciembre de 2016 se ha implementado la citada Resolución y el aplicativo Mipres de forma gradual, obteniendo a la fecha los siguientes resultados: i) 48.806 prescripciones efectuadas en el aplicativo para 40.427 pacientes, ii) 2.838 Profesionales de Salud prescriben en el aplicativo, iii) 278 sedes de IPS activas en el proceso con 21 EPS y v) prescripciones efectuadas en 81 municipios de 23 departamentos.

Para los afiliados del Régimen Subsidiado, las entidades territoriales podrán adoptar el mecanismo definido en la señalada Resolución 3951. Su aplicación no es de carácter obligatoria, toda vez que cada entidad territorial en el marco de su autonomía, debe evaluar su capacidad técnica y administrativa y definir si resulta viable adoptar Mipres e implementarlo. Es pertinente señalar que la Ley 1797 de 2016<sup>24</sup> permite aportes de la Nación para este propósito, sin embargo, algunas dificultades han impedido este desarrollo.

### **iii. Mecanismo de exclusiones de servicios y tecnologías en salud – Procedimiento Técnico- Científico y Participativo**

Para implementar lo señalado en el mencionado artículo 15 de la Ley Estatutaria, es decir, aquellos servicios y tecnologías que no serán cubiertas con recursos del sistema<sup>25</sup>, el MSPS expidió la

---

<sup>24</sup> "Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".



Resolución 330 de 2017, en el cual establece el mecanismo técnico-científico de carácter público, colectivo, participativo y transparente (procedimiento técnico – científico y participativo) para excluir servicios o tecnologías de salud de manera legítima. El procedimiento descrito en la Resolución 330 de 2017 tiene varias etapas:

- **Fase de nominación y priorización.** Esta fase consiste en la identificación de las tecnologías y servicios en salud previa asociación a uno de los criterios de exclusión por parte de los actores del sistema; la divulgación y comunicación para objeciones, observaciones o aportes, análisis; y la priorización de las nominaciones.
- **Fase de análisis técnico-científico.** Esta fase inicia con la revisión de la evidencia y emisión de concepto técnico por parte del IETS, luego el Grupo de Análisis Técnico-Científico conformado por los expertos de las asociaciones de profesionales, analizarán la evidencia y, a través de un consenso, realizarán un concepto y recomendación técnica para declarar una tecnología candidata a exclusión o no.
- **Fase de consulta a pacientes potencialmente afectados.** Esta fase incluye una participación directa y representativa para consultar la opinión de los pacientes potencialmente afectados y de la ciudadanía, acerca de la conveniencia de declarar la tecnología nominada como una exclusión, a fin de garantizar la transparencia serán garantes del proceso las veedurías ciudadanas en salud y la Defensoría del Pueblo
- **Fase de adopción y publicación de la decisión.** Esta fase se realiza con base en el consolidado de las opiniones de las asociaciones de usuarios y pacientes potencialmente afectados y los conceptos y las recomendaciones del Grupo de Análisis Técnico Científico y estará a cargo del MSPS.

Es importante señalar que el mencionado procedimiento fue construido con el aporte de los diferentes actores del sistema. Para el efecto, se realizaron encuentros regionales en los años 2015 y 2016 en las ciudades de: Barranquilla, Bucaramanga, Cali, Medellín, Pasto, Pereira, Valledupar, Bogotá y Mitú en las cuales participaron cerca de 1.730 personas<sup>26</sup>. También se puso a disposición una encuesta virtual en donde participaron 266 personas. De igual forma, se realizaron entrevistas a líderes del sector durante el año 2015. La metodología utilizada (world café, encuestas, seis por seis y entrevistas) permitió que los actores aportaran sus conocimientos y preferencias. El proceso se desarrolló así:

- En el 2015 se obtuvieron insumos para construir el mecanismo de exclusión. En forma general se indagó a los participantes que entendían conforme a lo señalado en la ley, por cada una de las características del procedimiento técnico- científico y participativo.
- En 2016 se presentaron los resultados anteriores. Se realizó una encuesta y en consultas regionales se definió sobre las fases que debía contener el procedimiento técnico-científico y participativo, y sus respectivos participantes.
- Por último, se realizó la presentación de los resultados, se recogieron las observaciones y con ello se estructuró el proyecto de resolución que se concretó en el acto administrativo que regirá este tema. Este proyecto se envió a todos los actores y se publicó para observaciones en la página web del MSPS.

---

<sup>26</sup> En la consulta regional participan pacientes representantes de las diferentes asociaciones, comunidad médica (universidades y asociaciones) y otros actores principalmente delegados de IPS e EPS.



#### iv. Fortalecimiento de la puerta de entrada de medicamentos y dispositivos médicos – Artículos 71 y 72 del PND

En el marco de la Ley Estatutaria, el sistema de salud debe fortalecerse institucionalmente para lograr altos niveles de eficiencia técnica - lograr iguales o mejores resultados en salud invirtiendo la menor cantidad de recursos necesarios- y distributiva -privilegiar la disponibilidad de recursos en aquellas prestaciones y tecnologías que generen los mejores réditos en salud para la población. Para esto y en consideración con lo establecido en los artículos 71 y 72 de la Ley 1753 de 2015 - Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018<sup>27</sup> se plantea fortalecer la puerta de entrada de medicamentos y dispositivos médicos.

Fortalecer la puerta de entrada de medicamentos y dispositivos médicos significa establecer un mecanismo “inteligente” que permita al Gobierno y demás pagadores de tecnologías en salud con recursos públicos discernir sobre cuáles de ellas representan mayor valor terapéutico para los pacientes, y con base en esto poder informar condiciones deseables de precio al momento del ingreso al mercado y apoyar posibles negociaciones o compras centralizadas de tecnologías. En el siguiente Gráfico se ilustra a modo de resumen los componentes de esta estrategia que busca que el sistema de salud sea más eficiente y pueda financiar las prestaciones y tecnologías que los pacientes necesitan de manera sostenible.

---

<sup>27</sup> **Artículo 71. Negociación centralizada de medicamentos, insumos y dispositivos.** El artículo 88 de la Ley 1438 quedará así: “Artículo 88. Negociación centralizada de medicamentos, insumos y dispositivos. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) establecerá los mecanismos para adelantar negociaciones centralizadas de precios de medicamentos, insumos y dispositivos. Los precios resultantes de las negociaciones centralizadas serán obligatorios para los proveedores y compradores de medicamentos, insumos y dispositivos de servicios de salud y estos no podrán transarlos por encima de aquellos precios. El Gobierno Nacional podrá acudir subsidiariamente a la compra directa de medicamentos, insumos y dispositivos”.

**Artículo 72. Registros sanitarios de medicamentos y dispositivos médicos.** La evaluación que realice el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) a los medicamentos y dispositivos médicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y el precio que este ministerio determine con base en esa evaluación, serán requisitos para la expedición del correspondiente registro sanitario y/o su renovación por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima). El proceso de determinación del precio de que trata este artículo se hará en forma simultánea con el trámite de registro sanitario ante el Invima. Para tal efecto, el MSPS establecerá el procedimiento que incluya los criterios para determinar las tecnologías que estarán sujetas a este mecanismo y los términos para el mismo, los cuales no podrán superar los fijados en la normatividad vigente para la expedición del correspondiente registro sanitario. Corresponderá a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos o Dispositivos, cuando así lo delegue el Gobierno Nacional, la definición de la metodología y los mecanismos de regulación de precios de medicamentos, así como la regulación de los márgenes de distribución y comercialización de los mismos. Para lo previsto en el inciso primero, créase una tasa administrada por el MSPS, a cargo de personas naturales y/o jurídicas que comercialicen en el país medicamentos y dispositivos médicos. De acuerdo con el inciso segundo del artículo 338 de la Constitución Política, el MSPS fijará la tarifa de la tasa, la cual incluirá el valor por el servicio prestado. El sistema para definir la tarifa de esta tasa es un sistema de costos estandarizables, cuyas valoraciones y ponderaciones de los factores que intervienen en su definición se realizan por procedimientos técnicamente aceptados de costeo. El método seguirá las siguientes pautas técnicas:

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

El Invima podrá modificar a solicitud del MSPS, las indicaciones, contraindicaciones e interacciones de un medicamento, con base en la evidencia científica y por salud pública.

Parágrafo. En todo caso, la evaluación de que trata el presente artículo no será exigida cuando los medicamentos y dispositivos médicos sean producidos con fines de exportación exclusivamente.



**Gráfico No.2**  
**Fortalecimiento de Puerta de Entrada de Medicamentos y Dispositivos Médicos**

**¿ QUE SIGNIFICA FORTALECER LA PUERTA DE ENTRADA?**



**Fuente:** Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS

El fortalecimiento de la puerta de entrada se fundamenta en la intención decidida de contar con un sistema de regulación y rectoría robusto, dinámico y moderno; y se soporta en datos respecto al desempeño de las tecnologías en salud en las fases pre y post-comercialización.

La primera fase de la estrategia consiste en revisar periódicamente cuales tecnologías innovadoras están próximas a entrar al país (escaneo de horizonte), de tal manera que pueda a través de un dialogo temprano con la industria farmacéutica y previo al ingreso al país, alinearse los trámites correspondientes y así el MSPS con el apoyo del INVIMA y el IETS definir el grado de aporte terapéutico de dichas tecnologías. Así las cosas, una tecnología pudiera ser superior, igual o inferior a las alternativas ya existentes en el mercado y con base en ese hallazgo se determinaría el precio de ingreso al país de manera temprana.

El segundo componente de la estrategia de fortalecimiento de puerta de entrada de medicamentos y dispositivos médicos consiste en hacer una gestión más eficiente de la nueva tecnología (prestaciones y tecnologías no UPC) a través de mecanismos de negociación y compra centralizada. Agregando la demanda esperada y con mayor conocimiento del aporte terapéutico de las nuevas metodologías podrían obtenerse descuentos, negociaciones precio volumen, entre otras que beneficiarían a un mayor número de pacientes. A través de nueva reglamentación se están garantizando mecanismos para que la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES pueda negociar condiciones de precio que apliquen a todo el sistema y hacer giro directo a los productores de las tecnologías o a centros de referencia para algunas patologías de interés.

En el mismo sentido se está tramitando una reglamentación que tiene por finalidad facultar a la ADRES para desarrollar negociaciones y compras centralizadas de tecnologías en salud destinadas a atender las necesidades de sujetos de especial protección, como aquellos que padecen de enfermedades huérfanas y otras patologías de interés.



9. ¿Qué adelantos ha tenido la política farmacéutica nacional desde la expedición de la ley estatutaria de salud en punto a garantizar la transparencia de dicha oferta médica, la calidad de los medicamentos e insumos y la regulación de precios (Sic) en función de garantizar la eficiencia económica de este servicio en salud?

**Respuesta:**

Con el objetivo de contribuir al logro de los resultados en salud de la población colombiana a través del acceso equitativo a medicamentos efectivos y la prestación de servicios farmacéuticos de calidad, bajo el principio de corresponsabilidad de los sectores y agentes que inciden en su cumplimiento. La Política Farmacéutica Nacional - PFN, ha planteado 10 estrategias a través de las cuales se busca mejorar el acceso, oportunidad de dispensación, calidad y uso adecuado en función de las necesidades de la población independientemente de su capacidad de pago.

En este sentido desde su expedición la PFN y en el marco de la Ley Estatutaria ha permitido el desarrollo de instrumentos regulatorios basados en la referenciación internacional de precios, la eliminación de algunas barreras de entrada innecesarias a la comercialización de medicamentos biosimilares, la promoción del uso racional de medicamentos y el fortalecimiento de la capacidad técnica para la evaluación de tecnologías en salud con el fin de discernir el valor terapéutico de las nuevas tecnologías.

En cumplimiento de dichas estrategias el MSPS desde la expedición de la Ley Estatutaria ha realizado las siguientes actividades y acciones:

- **REGULACIÓN DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS:**

En desarrollo de la PFN y de las facultades de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, se han proferido desde la expedición de la Ley Estatutaria, las Circulares que se relacionan a continuación en materia de medicamentos:

**Circular 01 de 2016** "Por la cual se autoriza el ajuste por la variación del índice de precios al consumidor – IPC para los precios regulados de medicamentos en la Resolución 0718 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social".

**Circular 02 de 2016** "Por la cual se autoriza el ajuste por variación del índice de precios al consumidor - IPC de los precios de los estents coronarios medicados regulados a través de la Circular 01 de 2015 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos".

**Circular 03 de 2016** "Por la cual se establece una metodología que regule precios de medicamentos en situaciones excepcionales en las que se haya declarado el interés público".

**Circular 04 de 2016** "Por la cual se incorpora un medicamento al control directo de precio con base en la metodología establecida en la circular 03 de 2016 y se fija su precio máximo de venta".

**Circular 01 de 2017** "Por la cual se autoriza el ajuste por la variación del índice de Precios al Consumidor -IPC para los precios de los medicamentos regulados en la Circular 01 de 2016, de la

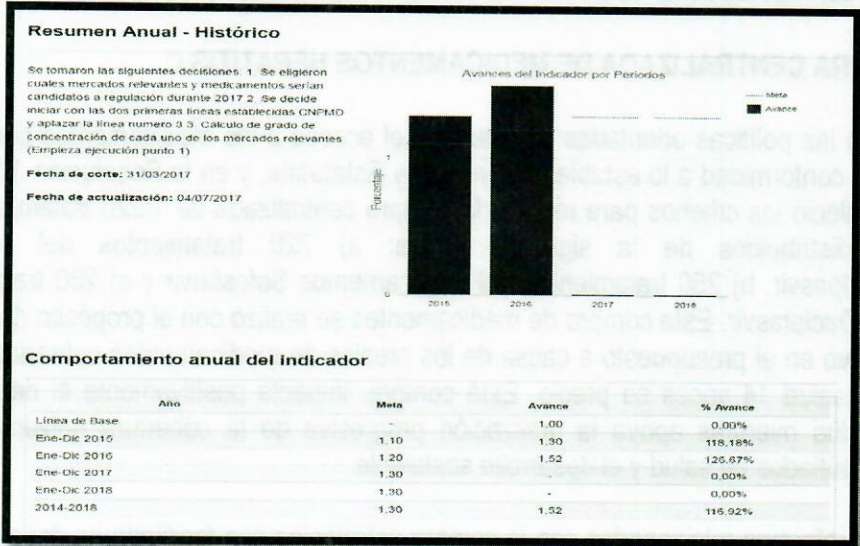


Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médico y se dictan otras disposiciones".

Cabe resaltar que se ha realizado control directo a 863 medicamentos; 585 de estos incluidos en el Pan de Beneficios y 278 No POS, traducándose en una reducción aproximada del 42% en los precios que tenía cada medicamento y un ahorro acumulado al sistema de salud Colombiano estimado de 1,52 billones de pesos para el periodo de la regulación, lo que evidencia que la regulación de precios de medicamentos se ha convertido en una estrategia esencial para la contención del gasto y para la sostenibilidad financiera del Sistema.

Adicionalmente, se estima que con la expedición de la nueva circular en la presente anualidad se obtengan ahorros cercanos de 0.3 billones de pesos, caracterizados por una intervención proactiva al incorporar mercados relevantes de nuevas moléculas que ingresaron al mercado en los últimos 10 años. La regulación de precios de medicamentos se puede consultar a través de siguiente link: <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/medicamentos-regulacion-precios.aspx>

**Ilustración 1**  
**Resultados Indicador Ahorros al sistema de salud por control de precios de tecnologías en salud**



Actualmente, la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos se encuentra en proceso de regulación para la incorporación de cerca de 220 nuevos medicamentos al régimen de control directo de precios.

• **REGULACIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS:**

Así mismo, en desarrollo de la PFN y de las facultades de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, se han expedidos desde la expedición de la Ley Estatutaria, las circulares que se relacionan a continuación en materia de dispositivos médicos:



**Circular 01 de 2015** “Por la cual se interviene en los mercados de dispositivos médicos, se establece un régimen de libertad vigilada para estos productos y se someten unos estents coronarios a control directo”.

**Circular 02 de 2015** “Por la cual se hacen unas modificaciones y aclaración a la Circular 01 de 2015”.

**Circular 02 de 2016** “Por la cual se autoriza el ajuste por variación del índice de Precios al Consumidor – IPC de los precios de los estents coronarios medicados regulados a través de la Circular 01 de 2015 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos”.

**Circular 02 de 2017** “Por la cual se incorpora al Régimen de Libertad Vigilada los dispositivos médicos anticonceptivos, se sustituye el Anexo Técnico No. 1 contenido en la Circular 01 de 2015 y se dictan otras disposiciones”

- **FORTALECIMIENTO PUERTA DE ENTRADA DE MEDICAMENTOS EN COLOMBIA.**

El Ministerio ha venido trabajando en la reglamentación de dos artículos mencionados de la Ley 1753 de 2015 del Plan Nacional de Desarrollo, como se explicó en la anterior respuesta.

- **COMPRA CENTRALIZADA DE MEDICAMENTOS HEPATITIS C.**

Como parte de las políticas orientadas a garantizar el acceso a los medicamentos por parte de la población y de conformidad a lo establecido en la Ley Estatutaria, y en la Resolución 1692 de 2017, el MSPS estableció los criterios para realizar la compra centralizada de 1.220 tratamientos para la Hepatitis C distribuidos de la siguiente forma: a) 720 tratamientos del medicamento Sofosbuvir/Ledipasvir, b) 250 tratamientos del medicamento Sofosbuvir y c) 250 tratamientos del medicamento Daclatasvir. Esta compra de medicamentos se realizó con el propósito de subsanar el impacto negativo en el presupuesto a causa de los precios de medicamentos cobrados/recobrados al sistema de salud 14 veces su precio. Está compra, impacta positivamente el desempeño del sistema de salud mientras apoya la realización progresiva de la cobertura universal en salud, optimiza los resultados en salud y el desarrollo sostenible.

Así mismo las reformas relacionadas con la compra estratégica son facilitadoras del cambio para el sector: i) mejora la equidad, ii) promueve la eficiencia técnica y en la distribución de los recursos y iii) asegura la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Cabe resaltar que la compra de dichos medicamentos se realizó a través del Fondo Rotatorio Regional de la OPS con quien este Ministerio tiene un acuerdo de participación desde el año 2010 convenio desde para la adquisición de productos estratégicos de salud pública. Cabe resaltar que con esta compra el ahorro estimado para el 2017 es de 292 mil millones de pesos, que mejoraran la eficiencia y contribuirán con asegurar la sostenibilidad del sistema. Proceso que se puede consultar en el link: <https://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/negociacion-y-compra-centralizada-de-medicamentos.aspx>

- **MEDICAMENTOS A UN CLIC: Lanzamiento de herramienta web**



Herramienta desarrollada en el marco de la PNF la cual contó con el apoyo del proyecto Anti-Corrupción y Transparencia de la Unión Europea - ACTUE para Colombia. Proporciona a los prescriptores, profesionales de la salud, jueces y agentes del SGSS, como a la comunidad en general, información actualizada y de calidad sobre los medicamentos. Esta estrategia ha tenido gran impacto y ha sido caracterizada como una de las iniciativas de transparencia emprendidas por el sector salud. Publicada en la página [www.medicamentosauunclic.gov.co](http://www.medicamentosauunclic.gov.co). El lanzamiento de la mencionada herramienta se realizó el 16 de noviembre de 2016.

- **REGLAMENTACION DECRETO 1782 DE 2014**

En el marco de la reglamentación del mencionado decreto que regula los medicamentos de origen biológico y biotecnológico y de la política farmacéutica nacional, se han expedido las siguientes guías: Resolución 3690 de 2016<sup>28</sup>, Resolución 4490 de 2016<sup>29</sup>, y la Resolución 553 de 2017<sup>30</sup>. El precitado decreto y su reglamentación son un componente importante de la política de medicamentos de Colombia, ya que establece estándares de calidad protegiendo así la salud pública y fortaleciendo la promoción de la competencia en cumplimiento de los principios y metas de la Política Farmacéutica Nacional. Publicadas en la página [www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/biologicos-biotecnologicos.aspx](http://www.minsalud.gov.co/salud/MT/Paginas/biologicos-biotecnologicos.aspx)

- **SUEROS ANTIOFIDICOS.**

Como parte de las estrategias de acceso y disponibilidad de medicamentos planteadas en el CONPES 155 de PFN se expidió el Decreto 821 de 2017<sup>31</sup>. Lo que permite a la población Colombiana que afronta la problemática de ofidiotoxicosis tener acceso a este tipo de medicamentos en función de sus necesidades.

- **PRODUCTOS FITOTERAPEUTICOS**

En atención que la PFN contempla los productos a base de plantas y recursos naturales, el MSPS se encuentra trabajando en el proyecto normativo para la obtención del registro sanitario de productos fitoterapéuticos, para lo cual se han realizado socializaciones del proyecto de decreto que ya ha surtido la etapa de consulta pública nacional. Esta reglamentación surge de la revisión del marco normativo relacionado con el registro sanitario de los productos fitoterapéuticos y pretende impulsar el desarrollo de la industria fitoterapéutica en aras de asegurar el acceso efectivo a los productos fitoterapéuticos a través de mecanismos de simplificación de los trámites de autorización de comercialización de estos productos, brindando celeridad en la obtención, renovación y modificación de los registros sanitarios, sin sacrificar las exigencias de inocuidad y calidad. Así mismo, se pretende con este proyecto normativo viabilizar la fabricación y comercialización de preparaciones farmacéuticas con base en plantas medicinales que contengan en su formulación metabolitos o principios activos con actividad psicoactiva, esto en respuesta a los recientes avances regulatorios en materia del uso médico del cannabis.

---

<sup>28</sup> "Por la cual se expide la Guía de Estabilidad de Medicamentos Biológicos".

<sup>29</sup> "Por la cual se expide la "Guía de Evaluación de la Inmunogenicidad para los Medicamentos Biológicos".

<sup>30</sup> "Por la cual se modifica la Resolución 4490 de 2016 que expide la Guía de Evaluación de la Inmunogenicidad para los Medicamentos Biológicos".

<sup>31</sup> "Por el cual se establece el reglamento técnico de emergencia para la obtención del registro sanitario de antivenenos y se adopta la Guía de Buenas Prácticas de Manufactura para su fabricación"



En materia del uso médico del cannabis, cuyo marco legal se encuentra enmarcado en la Ley 1787 de 2016, es menester resaltar la regulación que ha sido expedida durante el año en curso, a saber, Decreto 613 de 2017<sup>32</sup> y Resoluciones 2891 de 2017<sup>33</sup> y 2892 de 2017<sup>34</sup>. Con esta reglamentación se ha avanzado en el establecimiento de medidas tendientes a facilitar el acceso seguro de los pacientes actuales a productos medicinales con cannabis, cuya calidad, seguridad y eficacia se encuentre garantizada. En este sentido, las citadas normas facultan a este Ministerio como autoridad competente para expedir la licencia de fabricación de derivados de cannabis y para realizar a través del Fondo Nacional de Estupefacientes, el control administrativo y operativo a las actividades relacionadas con el manejo de cannabis y sus derivados una vez expedidas las licencias. A la fecha, ya se encuentran abiertos los trámites de licenciamiento ante este Ministerio, regidos por el marco regulatorio expuesto, en el que prima el interés público y un enfoque de salud pública.

**10. ¿Qué actividades ha adelantado el ministerio a su cargo para que se implemente la Política de Innovación, Ciencia y Tecnología en Salud ordenada en la Ley Estatutaria de Salud?**

**A. ¿Qué avances ha tenido la Política de Innovación, Ciencia y Tecnología en Salud desde la expedición de la ley estatutaria de salud?**

**Respuesta:**

La Ley Estatutaria define en el artículo 22 la política de Innovación, Ciencia y Tecnologías en Salud los siguientes términos:

**“Política de Innovación, Ciencia y Tecnología en Salud.** El Estado deberá establecer una política de Innovación, Ciencia y Tecnológica en Salud, orientada a la investigación y generación de nuevos conocimientos en salud, la adquisición y producción de las tecnologías, equipos y herramientas necesarias para prestar un servicio de salud de alta calidad que permita el mejoramiento de la calidad de vida de la población”.

Esta norma se complementa con otras normas expedidas como: a) La Ley 1286 de 2009 de Ciencia, Tecnología e Innovación, en la cual define que el Departamento Administrativo De Ciencia, Tecnología E Innovación – COLCIENCIAS, es la entidad rectora del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación - SNCT+I, encargada de dirigir, articular y fomentar el desarrollo científico, tecnológico y la innovación en el país, b) El Decreto 4107/2011, que define los **“objetivos y la estructura MSPS”**, especifica que al Ministerio le corresponde: ...i) *“Promover, orientar y dirigir la elaboración de estudios de impacto, pronóstico y seguimiento de la Salud Pública en los componentes epidemiológico, demográfico y de servicios de salud, así como proponer, desarrollar, ejecutar y apoyar actividades de investigación para problemas de Salud Pública y promoción social,*”ii) Promover e impartir directrices encaminadas a fortalecer la investigación, indagación, consecución, difusión y aplicación de los avances nacionales e internacionales, c) La Resolución 1831 de 2013, que define el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, el cual indica las metas y

<sup>32</sup> “Por el cual se reglamenta la Ley 1787 de 2016 y se subroga el Título 11 de la Parte 8 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en relación con el acceso seguro e informado al uso médico y científico del cannabis”

<sup>33</sup> “Por la cual se establece el manual tarifario de evaluación y seguimiento y control aplicable a las licencias de fabricación de derivados de cannabis para uso medicinal y científico”

<sup>34</sup> “Por medio de la cual se expide reglamentación técnica asociada al otorgamiento de la licencia para la producción y fabricación de derivados de cannabis”



estrategias de salud pública, así como los objetivos intersectoriales para abordar de manera transectorial los determinantes sociales de la salud, d) La Ley 1753 de 2015 que corresponde al Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018 el cual establece la Política de Atención Integral en Salud y profundiza la Política Farmacéutica e) La Resolución 429 de 2016, que define la Política de Atención Integral en Salud y el Modelo Integral de Atención en Salud y f) La mega meta plantada para el 2018 en disminuir el 8% la mortalidad por enfermedades crónicas en la población entre 30 y 70 años.

En cumplimiento del anterior conjunto de normas y teniendo en cuenta las necesidades y problemas que aquejan la población Colombiana, el MSPS y Colciencias en un trabajo coordinado y articulado definió las líneas de investigación, innovación y desarrollo tecnológico para desarrollar en el 2017 (ver Tabla 1: Líneas Temáticas de Investigación 2017).

Con el fin de operativizar las líneas de investigación definidas, se realizó la convocatoria 777 de 2017, realizada por COLCIENCIAS, con una asignación de \$ 28.976.000.000, de recursos provenientes del Fondo Investigación en salud -FIS. En la actualidad se presentaron 516 proyectos que se encuentran en proceso de evaluación por pares académicos, está previsto que la contratación de dichos proyectos se realice en el mes de Septiembre de 2017 (Tabla 2. Proyectos de investigación presentados en la convocatoria 777 de 2017)



Tabla 1: Líneas Temáticas de Investigación. 2017	
TEMÁTICA	SUBTEMÁTICAS
1. Condiciones crónicas no transmisibles	a. Cáncer, (cuello uterino, seno, próstata, pulmón, gástrico, colon, colorrectal, tiroides, leucemias y linfomas en menores de edad). b. Cardio-cerebro-vasculares. c. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). d. Alteraciones metabólicas (Diabetes y obesidad).
2. Condiciones transmisibles e infecciosas	a. Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETVs) en zonas endémicas y/o asociadas al conflicto armado colombiano. b. Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). c. Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) y resistencia antimicrobiana. d. Zoonosis.
3. Salud mental	Trastornos psicosociales, mentales y del comportamiento manifestados debido al uso de sustancias psicoactivas, adicciones, postconflicto y estrés.
4. Salud materna y perinatal	a. Mortalidad materna e infantil. b. Bajo peso al nacer. c. Transmisión materna e infantil del VIH. d. Sífilis congénita.
5. Discapacidad, habilitación, rehabilitación y muerte por causas externas	Asociadas a violencia, lesiones accidentales y conflicto armado.
6. Salud ambiental	Problemas de salud asociados a la calidad del agua y saneamiento básico, a la calidad del aire, a sustancias, productos químicos y residuos peligrosos, y al cambio climático.
7. Enfermedades huérfanas, autoinmunes y neurodegenerativas	a. Enfermedades huérfanas (incluidas en la Resolución 2048 de 2015, Ley 1392 de 2010, Artículo 11). b. Implicaciones de las enfermedades huérfanas en la sostenibilidad del SGSSS y en la garantía del derecho a la salud de los pacientes. c. La efectividad en la utilización de pruebas de mapa genético como mecanismo de disminución de incidencia de enfermedades huérfanas hereditarias. d. Lupus, Artritis reumatoide, Esclerosis múltiple, Síndrome de Sjögren, Parkinson, Alzheimer.
8. Sistemas y servicios de atención en salud	a. <i>Procesos innovadores de prestación de servicios en salud:</i> Implantación y evaluación de procesos innovadores de atención o prestación de servicios, en especial desde prestadores o redes integradas del nivel primario, para la resolución de la demanda de atención en servicios o redes de urgencias. b. <i>Esquemas</i> innovadores de atención primaria para la resolución de problemas específicos de salud. c. Técnicas innovadoras de tamizaje, clasificación o ponderación para la gestión del riesgo individual en salud, desde el aseguramiento o la prestación de servicios de salud. d. <i>Innovación tecnológica:</i> Implantación y validación de estrategias y tecnologías novedosas para la atención y resolución de problemas de salud en ámbitos de atención primaria en salud para entornos de territoriales de alta ruralidad o de zonas territoriales dispersas, aplicados en entorno territoriales específicos en Colombia.
9. Toxinología clínica y Nuevos medicamentos	a. Epidemiología de accidentes causados por animales ponzoñosos y venenosos. b. Caracterización de toxinas. c. Desarrollo y evaluación de nuevas antitoxinas y antivenenos para accidentes causados por animales ponzoñosos y venenosos endémicos del territorio nacional. d. Búsqueda, desarrollo y evaluación de nuevas moléculas o principios activos con actividad antimicrobiana a partir de especies biológicas para el desarrollo de nuevos medicamentos enfocados a: Microorganismos de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud debidas a bacterias multirresistentes ( <i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Enterococcus faecium</i> , <i>Acinetobacter spp</i> , <i>Pseudomona aeruginosa</i> ) e infecciones micóticas. <i>Mycobacterium tuberculosis</i> multidrogo resistente y extremadamente resistente.



TABLA 2. PROYECTOS DE CTel PRESENTADOS A LA CONVOCATORIA 777 DE 2014	
Temática (Tipología)	Propuestas cumplen requisitos
<b>CONDICIONES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES.</b>	<b>142</b>
DESARROLLO EXPERIMENTAL	11
DESARROLLO TECNOLÓGICO	17
INNOVACIÓN	6
INVESTIGACIÓN APLICADA	83
INVESTIGACIÓN BÁSICA	25
<b>CONDICIONES TRANSMISIBLES E INFECCIOSAS.</b>	<b>105</b>
DESARROLLO EXPERIMENTAL	5
DESARROLLO TECNOLÓGICO	7
INNOVACIÓN	7
INVESTIGACIÓN APLICADA	50
INVESTIGACIÓN BÁSICA	36
<b>DISCAPACIDAD, HABILITACIÓN, REHABILITACIÓN Y MUERTE POR CAUSAS EXTERNAS</b>	<b>24</b>
DESARROLLO EXPERIMENTAL	3
DESARROLLO TECNOLÓGICO	8
INVESTIGACIÓN APLICADA	13
<b>ENFERMEDADES HUÉRFANAS, AUTOINMUNES Y NEURODEGENERATIVAS.</b>	<b>46</b>
DESARROLLO EXPERIMENTAL	3
DESARROLLO TECNOLÓGICO	6
INNOVACIÓN	3
INVESTIGACIÓN APLICADA	25
INVESTIGACIÓN BÁSICA	9
<b>SALUD AMBIENTAL</b>	<b>43</b>
DESARROLLO EXPERIMENTAL	5
DESARROLLO TECNOLÓGICO	6
INNOVACIÓN	2
INVESTIGACIÓN APLICADA	21
INVESTIGACIÓN BÁSICA	9
<b>SALUD MATERNA Y PERINATAL</b>	<b>35</b>
DESARROLLO EXPERIMENTAL	1
DESARROLLO TECNOLÓGICO	1
INNOVACIÓN	2
INVESTIGACIÓN APLICADA	28
INVESTIGACIÓN BÁSICA	3
<b>SALUD MENTAL Y CONSTRUCCIÓN DE PAZ</b>	<b>29</b>
DESARROLLO TECNOLÓGICO	2
INVESTIGACIÓN APLICADA	25
INVESTIGACIÓN BÁSICA	2
<b>SISTEMAS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD.</b>	<b>56</b>
DESARROLLO EXPERIMENTAL	2
DESARROLLO TECNOLÓGICO	18
INNOVACIÓN	11
INVESTIGACIÓN APLICADA	23
INVESTIGACIÓN BÁSICA	2
<b>TOXINOLOGÍA CLÍNICA Y NUEVOS MEDICAMENTOS.</b>	<b>36</b>
DESARROLLO EXPERIMENTAL	2
DESARROLLO TECNOLÓGICO	5
INVESTIGACIÓN APLICADA	16
INVESTIGACIÓN BÁSICA	13
Total general	<b>516</b>



**11. ¿En qué estado está la implementación del sistema único de información en salud de que trata el art. 19 de la ley Estatutaria de Salud?**

**Respuesta:**

El Sistema Integral de Información de la Protección Social - SISPRO ha tenido un desarrollo gradual y progresivo con aplicativos informáticos que dan respuesta a necesidades específicas definidas en la regulación<sup>35</sup>, de tal forma que hoy se tienen datos para la toma de decisiones informadas. Sin embargo, la articulación e integración de los datos de las distintas fuentes que disponen información en Salud y Protección Social continúa siendo un reto para el sistema. A ello cabe agregar la necesidad de actualizar el sistema de información, dadas las nuevas exigencias y necesidades de información, con el fin de ofrecer a todos los actores del sistema, y en particular a los usuarios, información unificada, oportuna y centrada en el ciudadano.

En desarrollo de lo anterior el Ministerio ha trabajado en la armonización de bases de datos, con el desarrollo de los proyectos de SAT, Datos Básicos de la Historia de Salud del Ciudadano y Prescripción de Servicios o Tecnologías en Salud No Cubiertas en el PB con cargo a la UPC, que apuntan a la unificación de la información, a facilitar el acceso a los servicios de salud y a la portabilidad de los datos, mediante el intercambio de datos de diferentes sistemas de información a cargo del MSPS.

**Sistema de Afiliación Transaccional - SAT.** Con la puesta en operación del SAT y datos básicos de la historia de salud del ciudadano en diciembre de 2015 el MSPS dispuso, por primera vez, información de salud de la persona para consulta por el ciudadano en [www.miseguridadsocial.gov.co](http://www.miseguridadsocial.gov.co). Al SAT, creado con el Decreto 2353 del 2015, se accede a través del registro e identificación de la persona, lo que le permite registrar y verificar su información básica actual de afiliación y la de su grupo familiar en lo correspondiente a salud, así como los aportes a la seguridad social efectuados a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA. A la fecha se encuentra desarrollado y en operación el módulo de registro de aportantes, quien reportará directamente en el sistema y, se prevé para el 2017 la puesta en operación de las siguientes funcionalidades de salud establecidas en el Decreto 2353, actualmente desarrolladas y en pruebas técnicas o funcionales: registro de aportantes y novedades de aportantes, afiliación básica, novedades de afiliados y de beneficiarios, novedades de identificación y datos básicos, movilidad y traslados, novedades laborales y acreditación de derechos y, en diseño se encuentran las funcionalidades de: consultas y reportes e interoperabilidad con otras entidades que interactúan con el Sector.

En SAT - pensiones se dispuso para consulta la historia de la afiliación del ciudadano por administradora de fondo de pensiones - AFP, fecha de inicio y fin de la afiliación y se relaciona la dirección web de la AFP para la consulta.

El SAT se estructura sobre la información de la tabla de evolución de documentos de identificación de afiliados a la Protección Social, el intercambio de información entre la Base de Datos Única de Afiliados a Salud – BDUA, el Registro Único de Afiliados a la Protección Social – RUAF, la base de

---

<sup>35</sup> Ley 100 de 1993, Ley 797 de 2003, Ley 1438 de 2011 y otras normas relacionadas.



datos de Regímenes de Excepción – BDEX, la Planilla Integrada de Aportes a la Seguridad Social PILA y la aplicación directa de información proveniente de los aplicativos desarrollados por el Ministerio de Salud y Protección Social que actualizan la información de los afiliados, como son: Nacimientos y Defunciones y el Registro de Localización y Caracterización de la Población con Discapacidad - RLCPD.

Es importante anotar que la tabla de evolución de los documentos de identificación se actualiza en forma semanal con información de referencia de la Registraduría Nacional del Estado Civil - RNEC y de Migración Colombia, lo que constituye la base para la integración de los diferentes sistemas de información de Salud y Protección Social que tienen como unidad de análisis a la persona.

**Datos básicos de la Historia de Salud del Ciudadano.** La Ley 1753 de 2015 deroga el párrafo transitorio del artículo 112 de la Ley 1438 de 2011, por la cual se establecía un plazo para la implementación de la historia clínica única electrónica y considera, en el artículo 45, la incorporación de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones – TIC en la mejora de los trámites y servicios que el Estado ofrece al ciudadano, en este caso la historia clínica electrónica.

El MSPS ha establecido como estrategia la identificación de los datos básicos de la historia de salud del ciudadano que hacen parte de la Historia Clínica los cuales facilitarán el acceso, la oportunidad y la disponibilidad de los datos para su atención en salud, a través de mecanismos electrónicos o digitales.

Los Datos Básicos de la Historia de Salud del ciudadano son un estándar de datos seleccionados y automatizados por temática que hacen parte de la atención en salud y que forman parte de la Historia Clínica. Su construcción depende de la etapa inicial de definición de estándares y de la regulación de estas en el marco del MIAS.

De este modo, el MSPS inició con la Circular 19 de 2014 el proceso de racionalización y estandarización de variables a fin de poder utilizar datos comparables, que permitan generar estadísticas confiables y rigurosas con base en las cuales el país toma decisiones de política pública. Por esto, desde dicho año se inició la construcción de catálogos para el Sector, que permitirán tener datos comparables e intercambiables entre diferentes sistemas de información. Los prestadores de servicios de salud y demás actores podrán hacer los ajustes a sus aplicaciones para incorporar e intercambiar esta información de acuerdo con sus necesidades.

Para tal efecto se han expedido los siguientes catálogos: i) Circular 24 de 2015, catálogo común de patologías para el RIPS; ii) Resolución 2048 de 2015, catálogo de enfermedades huérfanas, que actualiza el listado de enfermedades huérfanas y define el número con el cual se identifica cada una de ellas en el sistema de información de pacientes con enfermedades huérfanas; y, iii) Resolución 3166 de 2015, estándar de datos para medicamentos de uso humano - IUM. En el 2016, 17 tablas de referencia, con datos estandarizados, fueron publicadas y/o actualizadas, dentro del proceso adelantado con diferentes dependencias de este Ministerio para la entrada en operación del registro en línea de Mipres. En el 2017 continua la inclusión de nuevas fuentes de información y la actualización de los catálogos existentes por cambios normativos.

Para la disposición de los Datos Básicos de la Historia de Salud del Ciudadano se parte de los anteriores catálogos. El Ministerio efectúa la selección de los datos clasificados como básicos y los



dispone para consulta por parte del ciudadano, en su primera etapa. A estos registros sólo puede acceder el ciudadano plenamente identificado en [www.miseguridadsocial.gov.co](http://www.miseguridadsocial.gov.co), para garantizar el habeas data y la protección de datos personales. A la fecha se dispone de 32 variables de la historia de salud, actualizadas y dispuestas en línea para consulta por el ciudadano. Se prevé aumentar a 35 variables hasta el 2018.

**Historia de salud del ciudadano - Relación de variables dispuestas en línea**

GRUPO	NUMERO DE VARIABLES	VARIABLES
IDENTIFICACION	9	PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO SEXO FECHA DE NACIMIENTO EDAD DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN NÚMERO
RESIDENCIA	2	DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA MUNICIPIO DE RESIDENCIA
LABORALES	3	DEPARTAMENTO DONDE LABORA MUNICIPIO DONDE LABORA ACTIVIDAD ECONOMICA
SOCIALES	3	NIVEL SISBEN INDICADOR VICTIMA INDICADOR DE DISCAPACIDAD
ANTECEDENTES SALUD	3	PACIENTE ENFERMEDAD RENAL CRONICA (ERC) PACIENTE VIH PACIENTE ENFERMEDAD HUERFANA (PEH)
ATENCIONES EN SALUD EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS	5	TIPO DE ATENCION FECHA DE ATENCION DIAGNOSTICO DESCRIPCION DE LA ATENCION PRESTADOR
EL CIUDADANO COMO PROFESIONAL DE LA SALUD	7	TITULO PROFESIONAL; SI HAY SANCIÓN: INSTANCIA QUE EMITE EL FALLO, FECHA DE EJECUTORIA DE LA SANCIÓN, NÚMERO DEL PROCESO DISCIPLINARIO, TIPO DE SANCIÓN, FECHA DE INICIO, FECHA DE FIN DE LA SANCIÓN
TOTAL	32	

Fuente: MSPS – Oficina TICs.

**Reporte de Prescripción de Servicios o Tecnologías en Salud No Cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC- MIPRES.** Con motivo de la Resolución 1328 de 2016, fue puesto en operación el 1 de diciembre de 2016 el aplicativo para el Reporte de Prescripción de Servicios o Tecnologías en Salud No Cubiertas en el PB con cargo a la UPC – Mipres NoPBS para todas las EPS, con al menos una IPS. Con la Resolución 532 de 2017 desde el 1 de marzo es obligatorio el uso del aplicativo para todos los actores del sistema en el Regimen Contributivo de Salud. Con la Resolución 1328 se busca garantizar el acceso oportuno a los servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios, para lo cual se eliminan los Comités Técnico Científicos- CTC, y se adopta un sistema de información en línea para el Reporte de Prescripción de

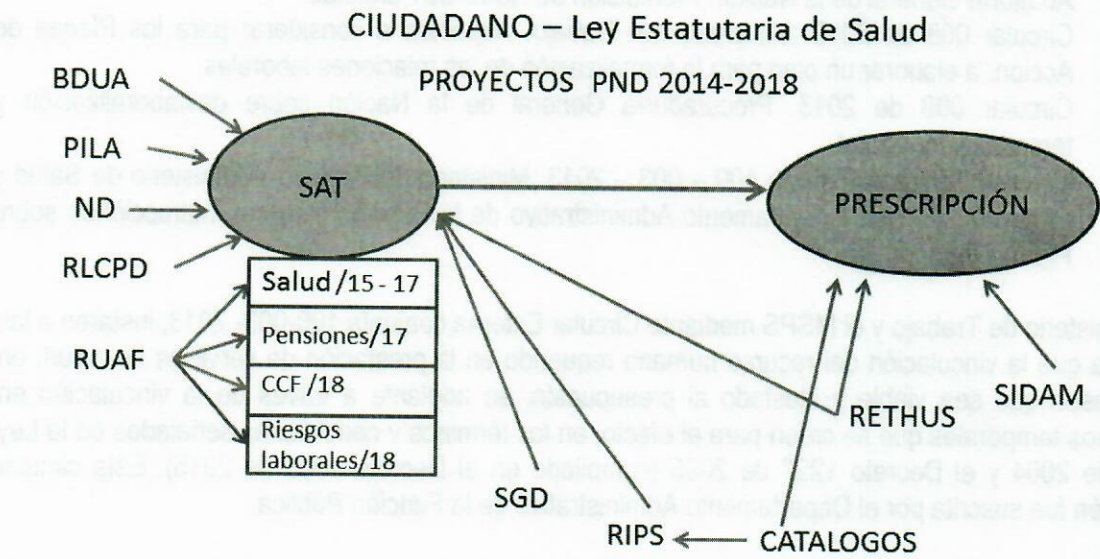


Servicios o Tecnologías en Salud No Cubiertas en el PB con cargo a la UPC, el cual será diligenciado por el profesional de salud tratante.

Este sistema en línea parte del procedimiento estandarizado que deben seguir los prestadores de servicios de salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB o las Entidades Obligadas a Compensar - EOC para el suministro a sus afiliados de servicios y tecnologías en salud no cubiertas en el PB con cargo a la UPC y que deben ser recobrados ante el FOSYGA o quien haga sus veces. El sistema facilitará la oportunidad y transparencia de la información para mejorar el acceso a los servicios de salud por parte del ciudadano y la transparencia en el manejo de los recursos.

**Intercambio de datos entre distintos sistemas de información.** En la gráfica se puede observar cómo se realiza actualmente el intercambio de datos entre diferentes bases que tienen como unidad de análisis al ciudadano, entre ellas los datos de aseguramiento con los de atenciones en salud, condición de discapacidad, entre otros que proporcionan información para el seguimiento al goce efectivo del derecho a la salud, en cumplimiento de la Ley Estatutaria.

Grafico No. 3



SAT: Sistema de Afiliación Transaccional  
PRESCRIPCION - MIPRES NoPBS: Prescripción de Servicios o Tecnologías en Salud No Cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC  
BDUA: Base de Datos Única de Afiliados a Salud  
PILA: Planilla Integrada de Liquidación de Aportes a la Seguridad Social  
ND: Nacimientos y Defunciones  
RLCPD: Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad – RLCPD  
RUAF: Registro Único de Afiliados a la Protección Social  
SGD: Sistema de Gestión de Datos (Bodega de Datos)  
RIPS: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud  
RETHUS: Registro de Talento Humano en Salud  
SIDAM: Sistema de Información de Datos de Medicamentos



**12. ¿Qué actividades ha venido adelantando el ministerio a su cargo para garantizar que los profesionales de la salud gocen de condiciones laborales justas y dignas, tal y como lo reiteró el art. 18 de la ley estatutaria en salud?**

**Respuesta:**

En los últimos años se ha configurado de manera progresiva una Política de Estado que promueve la formalización laboral, no solo en el sector salud sino en todos los ámbitos y sectores del país. Esta política está configurada, entre otros, por el fallo de la Corte Constitucional (Sentencias C-614 de 2009 y C-171 de 2012), por la Leyes 1429 de 2010<sup>36</sup>, la 1438 de 2011<sup>37</sup> y la 1610 de 2013<sup>38</sup>. De igual forma, por los decretos 2025 de 2011<sup>39</sup> (incluido en el 1072 de 2015<sup>40</sup>) y el 1376 de 2014, el cual tiene por objeto fijar los mecanismos para la estructuración de las plantas de empleos de carácter temporal en las Empresas Sociales del Estado – ESE y suscripción de los Acuerdos de Formalización Laboral en desarrollo de lo previsto en el artículo 13 de la Ley 1610 de 2013 (Decreto incluido en el decreto 1083 de 2015).<sup>41</sup>

También se han expedido las siguientes directrices de los órganos de control:

- Circular Conjunta Externa 5 de agosto de 2011. Contraloría General de la República y Auditoría General de la Nación. Prohibición de Nóminas Paralelas.
- Circular 008 de 2012. Ministerio del Trabajo. Aspectos a considerar para los Planes de Acción, a elaborar un plan para la formalización de las relaciones laborales.
- Circular 008 de 2013. Procuraduría General de la Nación sobre deslaborización y tercerización laboral.
- Circular Conjunta Externa 100 – 003 – 2013. Ministerio del Trabajo – Ministerio de Salud y Protección Social- Departamento Administrativo de la Función Pública. Instrucciones sobre Plantas Temporales.

El Ministerio de Trabajo y el MSPS mediante Circular Externa conjunta 100-003- 2013, instaron a las ESE a que la vinculación del recurso humano requerido en la prestación de servicios de salud, en los casos que sea viable y ajustado al presupuesto, se adelante a través de la vinculación en empleos temporales que se creen para el efecto, en los términos y condiciones señalados en la Ley 909 de 2004 y el Decreto 1227 de 2005 (compilado en el Decreto 1083 de 2015). Esta circular también fue suscrita por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

El 22 de julio del 2014 el Gobierno Nacional expidió el Decreto 1376 del 2014<sup>42</sup> (compilado en el Decreto 1083 de 2015) como resultado de la aplicación de dicha norma, en la actualidad 73

---

<sup>36</sup> "Por la cual se expide la Ley de Formalización y Generación de Empleo"

<sup>37</sup> "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". **Artículo 103.** Contratación del personal misional permanente. El personal misional permanente de las Instituciones públicas Prestadoras de Salud no podrá estar vinculado mediante la modalidad de cooperativas de trabajo asociado que hagan intermediación laboral, o bajo ninguna otra modalidad de vinculación que afecte sus derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes".

<sup>38</sup> "Por la cual se regulan algunos aspectos sobre las inspecciones del trabajo y los acuerdos de formalización laboral".

<sup>39</sup> "Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1233 de 2008 y el artículo 63 de la Ley 1429 de 2010".

<sup>40</sup> "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo".

<sup>41</sup> "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública".

<sup>42</sup> "Por el cual se reglamentan los mecanismos de estructuración de las plantas de empleos de carácter temporal y los Acuerdos de Formalización Laboral en las Empresas Sociales del Estado del orden nacional y territorial y se dictan otras disposiciones"



Empresas Sociales del Estado han creado plantas temporales para 4.291 cargos, los cuales fueron provistos.

No obstante, ante la situación presentada con la vinculación de personal en las ESE y con el fin de lograr la primacía de los principios mínimos fundamentales señalados en el artículo 53 de la Constitución Política, y con el fin de superar algunas situaciones que la Corte Constitucional refirió en la Sentencia C-614 de 2009 relacionadas con el cumplimiento de funciones misionales permanentes a través de contratos de prestación de servicios o de otras modalidades que impliquen intermediación laboral y, en la Sentencia C-171 de 2012 en relación con la contratación con terceros y la necesidad de que las ESE cuenten con plantas de personal propias, idóneas, adecuadas y suficientes para atender y desarrollar sus funciones de carácter permanente, han surgido iniciativas gubernamentales tendientes a la formalización de las relaciones laborales y la aplicación de los estándares internacionales del trabajo decente.

Así mismo, en los acuerdos de la Mesa de Negociación del Sector Salud suscritos entre las organizaciones sindicales y el Gobierno Nacional el 7 de mayo de 2015, uno de los puntos acordados fue la redacción de un texto de proyecto de Ley que permita solicitar al Congreso de la República facultades especiales pro tempore para que el Gobierno Nacional expida un régimen laboral especial para los trabajadores de las ESE nacionales y territoriales.

A su vez, en la vigencia 2017, el 28 de febrero, las centrales sindicales y las federaciones de empleados públicos: Central Unitaria de Trabajadores de Colombia - CUT, Confederación General del Trabajo - CGT, Confederación de Trabajadores de Colombia - CTC, Federación Colombiana de Trabajadores de la Educación - FECODE, Unión de Trabajadores del Estado y los Servicios Públicos - UTRADEC, Federación Nacional de Trabajadores al Servicios del Estado - FENALTRASE, Federación Colombiana de Trabajadores y Servidores Públicos - FECOTRASERVIPUBLICOS, Unión Nacional de Trabajadores del Estado y los Servicios Públicos - ÚNETE, presentaron al Gobierno Nacional el Tercer Pliego Marco Estatal, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 55 de la Constitución Política y en el Decreto 160 de 2014 (compilado en el Decreto 1072 de 2015).

En el marco de dichas normas, el 7 de marzo se instaló la tercera mesa de negociación de la convención colectiva del sector público 2017. Uno de los temas tratados para el sector salud es el relacionado con lo acordado en la Mesa de Negociación del Sector Salud, acuerdo suscrito entre las organizaciones sindicales y el Gobierno Nacional el 7 de mayo de 2015, sobre el proyecto de Ley que permita solicitar al Congreso de la República facultades especiales pro tempore para que el Gobierno Nacional expida un régimen laboral especial para los trabajadores de las Empresas Sociales del Estado nacionales y territoriales. La suscripción del nuevo acuerdo laboral se realizó el 12 de junio de 2017.

Como resultado del trabajo de las mesas de concertación realizadas desde el 2015, se obtuvo como producto la propuesta de proyecto de ley, mediante el cual se solicitó al Congreso de la República facultades especiales pro tempore para que el Gobierno expida un régimen laboral para los servidores que prestan sus servicios en las Empresas Sociales del Estado de nivel nacional y territorial, la cual fue presentada al Congreso de la República quedando radicada con el No. 12 en la Comisión Primera del Senado.



El proyecto de ley busca que se otorgue facultades extraordinarias pro t mpore al Gobierno Nacional para expedir un régimen laboral especial para los servidores públicos de las ESE del nivel nacional y territorial, así como para expedir el Sistema Específico de Carrera Administrativa del personal que presta sus servicios en las entidades públicas del orden nacional que integran el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación y la expedición del sistema de estímulos, capacitación y situaciones administrativas especiales de los servidores públicos vinculados a tales entidades, y se dictan otras disposiciones.

Con el proyecto de ley se busca para las ESE:

- a) **Garantizar la eficiencia en la prestación del servicio público:** El objeto de las Empresas Sociales del Estado es la prestación de los servicios de salud como servicio público a cargo del Estado, prestación que requiere contar con el talento humano idóneo para asegurar un suministro de servicios de manera efectiva y con calidad, objetivo que exige la garantía de unas reglas especiales de orden laboral.
  - b) **Hacer coherente la organización y funcionamiento en materia laboral de las Empresas Sociales del Estado.** La organización y el funcionamiento de tales instituciones debe involucrar reglas flexibles y especiales para la vinculación del personal encargado de prestar el servicio público, lo que contribuye al reconocimiento de su contribución como factor esencial de la capacidad del sistema para asegurar el acceso equitativo a servicios de calidad a toda la población. Para atender las especiales condiciones que demandan los servicios de salud en el país, se hace urgente diseñar e implementar un esquema de administración del talento humano que se aparte válidamente del que cubre en la actualidad a todos los demás sectores y que en consecuencia, excluya de la generalidad las reglas dirigidas al personal vinculado a las ESE.
  - c) **Lograr la mayor rentabilidad social en el uso de los recursos públicos:** En tal contexto y dado el alto porcentaje de vinculación de personal a las ESE mediante contratos de prestación de servicios y el riesgo jurídico que ello ha generado, lo pretendido es generar un escenario laboral garante tanto de los derechos del talento humano de la salud, como del buen uso de los recursos públicos, lo que se traducirá en una mejora en la calidad de la prestación del servicio de salud.
13. **  Qu   información maneja el ministerio a su cargo sobre profesionales de la salud y funcionarios administrativos de la salud, que se encuentren vinculados mediante contrato de prestación de servicios u otras modalidades de tercerización laboral?**
- a) **Informe que quejas o información tiene sobre retrasos en el pago de los respectivos honorarios de las personas de que trata este numeral, discriminando el tiempo de retraso y las EPS e IPS que han incurrido en los mismos.**

**Respuesta:**

De acuerdo con la información reportada por las ESE validada y presentada por las Direcciones Territoriales del Salud al MSPS, en virtud del Decreto 2193 de 2004, (compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 –Decreto   nico Reglamentario), este Ministerio cuenta con información de gasto comprometido por el concepto de contratación



externa de personal por nivel de atención y tipo de servicios (asistencial y administrativo) de las ESES para la vigencia 2016:

**Gastos comprometidos por contratación externa de personal por nivel de atención de las Empresas Sociales del Estado -ESE, vigencia 2016**

Millones de \$ corrientes						
Nivel de Atención de las ESE	Asistencial	%	Administrativo	%	Total general	% Participación
Nivel 1	744.305	54%	628.029	46%	1.372.334	38%
Nivel 2	901.486	71%	363.565	29%	1.265.051	35%
Nivel 3	669.617	71%	270.356	29%	939.973	26%
<b>Total</b>	<b>2.315.408</b>	<b>65%</b>	<b>1.261.950</b>	<b>35%</b>	<b>3.577.358</b>	<b>100%</b>

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

Frente al número de personal contratado por ESE dicha información no es requerida a las IPS públicas por parte de este Ministerio en lo reportado en virtud del Decreto 2193 de 2004 compilado en el Decreto 780 de 2016.

En lo relacionado con los retrasos en el pago de honorarios de los trabajadores de la salud, es una información que solo la puede suministrar, de manera específica, cada Empresa Social del Estado. No obstante, en virtud de lo determinado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, las ESE deben reportar información financiera a este Ministerio, previamente validada por la respectiva dirección territorial de salud departamental o distrital, en dicha información se incluye lo relacionado con los pasivos por concepto de servicios personales indirectos. Para su información se adjunta archivo en Excel denominado “*Respuesta literal -a- del numeral 13*”, libro “*PasivosporSPI\_31Dic2016*”, el cual contiene el saldo del pasivo menor y mayor a 360 días por concepto de servicios personales indirectos con corte a 31 de diciembre de 2016.

**14. ¿Cuántas personas prestan sus servicios profesionales o de apoyo a la gestión en el Ministerio de Salud y Protección social y en sus dependencias?**

**Respuesta:**

Con fecha de corte 18 de agosto de 2017 el número de personas que prestan servicios profesionales y de apoyo a la gestión en el MSPS es de 594.

**15. ¿Cuántas personas de planta laboran en el Ministerio de Salud y Protección Social?**

**Respuesta:**

Con fecha de corte 18 de agosto de 2017 en el MSPS laboran 624 servidores públicos.

Este Ministerio está atento a suministrar cualquier inquietud adicional.