

## EXPOSICION DE MOTIVOS

### Proyecto de Ley No \_\_\_\_\_ “Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud”

#### RESUMEN

Cualquier reforma al sector salud debe partir de un diagnóstico de los problemas actuales, la aspiración a consolidar sus logros y la certeza de que los cambios incorporados redundarán en el bienestar de las personas.

Al analizar el desempeño de los sistemas de salud, está muy aceptada la idea de que estos deben cumplir tres objetivos fundamentales (la “triple meta”): mejorar el estado de salud de la población, responder a las expectativas de los ciudadanos y ser financieramente sostenibles.

En los últimos 30 años, el sistema de salud de Colombia ha mostrado avances significativos en los tres frentes. El modelo vigente desde la Ley 100 de 1993, las sucesivas reformas legislativas y los fallos de la Corte Constitucional han hecho posible la progresividad del derecho fundamental a la salud, aunque con avances desiguales en distintos frentes y regiones del país.

En términos generales, puede afirmarse que los indicadores clave de salud en Colombia han tenido una mejora constante, aun cuando mantienen algún rezago respecto a los de países más desarrollados. Respecto a la experiencia de las personas, la mayor parte de los colombianos se sienten satisfechos con la atención recibida, aunque las expectativas de la población son cada vez mayores. Y en relación con la sostenibilidad, el sistema enfrenta la constante presión generada por el envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas, el costo de las nuevas tecnologías y no pocas veces ineficiencias y corrupción en algunos agentes de la cadena.

Pese a las dificultades económicas, el sistema colombiano muestra altos niveles de eficiencia, lo que ha redundado en haber logrado ofrecer una protección financiera a los usuarios comparable con la de países desarrollados. En efecto, existe un amplio consenso en el sentido de que el mayor logro del sistema de salud colombiano es haber conjurado el riesgo de quiebra de los hogares como consecuencia de las enfermedades de alto costo. En este sentido, el sistema de salud ha evitado el aumento, cuando no reducido, los niveles de pobreza en Colombia.

Sin embargo, algunos problemas del sistema persisten y otros han aparecido durante su evolución. Los usuarios perciben que la espera por una cita médica –en especial con especialistas– es muy prolongada. En las zonas rurales dispersas, los indicadores de acceso y de salud están por debajo de lo que se registra en las ciudades. El sistema se ha centrado más en la atención de la enfermedad que en la prevención y la promoción de la salud. A las deudas históricas se suma la amenaza de que los costos serán crecientes hacia el futuro. Una reforma a la salud orientada a la progresividad del derecho fundamental a la salud demanda, por tanto, la consolidación de los logros y la mejora apremiante de los problemas actuales.

## **ANTECEDENTES Y LOGROS**

El actual sistema de salud fue establecido por la Ley 100 de 1993, que reformó el sistema vigente desde 1975. Hace 30 años, en Colombia existía un sistema de salud compartimentado entre cientos de fondos de previsión, institutos, cajas de compensación y seguros privados, cada uno con sus propias reglas de juego.

El 18 % de la población contaba con seguridad social; el 17 % sacaba directamente del bolsillo los gastos de salud (bien fuera pagando directamente los servicios o costosos planes de medicina prepagada); el 40 % dependía de la atención barata pero escasa de los hospitales públicos, y una cuarta parte de la población quedaba desprotegida.<sup>1</sup>

Con la Ley 100 el país comenzó a avanzar en los grandes vacíos que dejaba el sistema anterior. Primero, garantizar la protección financiera de toda la población a fin de que la enfermedad no fuera causa de ruina económica de los hogares (universalidad); segundo, propender a que todos aportaran según su capacidad económica, pero recibieran según sus necesidades de salud (solidaridad), y tercero, evitar el desperdicio –bien por corrupción, bien por inadecuada destinación– de los siempre limitados recursos de la salud (eficiencia).<sup>2</sup>

En general, el sistema pasó de un modelo de subsidio a la oferta –en el que el Gobierno entregaba el recurso anual a los hospitales–, a un modelo de subsidio a la demanda, en el que las empresas promotoras de salud (EPS) pagan los servicios prestados a los ciudadanos afiliados a ellas.

La Ley 100 estableció un modelo de competencia regulada entre las entidades promotoras de salud (EPS), entidades que, desde su creación, han podido tener un carácter privado, público o mixto. Las funciones principales de estas entidades son

---

<sup>1</sup> Ministerio de Salud. La reforma a la seguridad social en salud: antecedentes y resultados. Pág. 6.

<sup>2</sup> *Ibídem*.

conformar para sus afiliados una red de prestadores (clínicas, hospitales, laboratorios), representarlos ante ellas, costear las atenciones y velar por el cuidado de la salud de los usuarios.

Para llevar a cabo estas funciones, las EPS reciben una prima (unidad de pago por capitación, UPC) que deben administrar de modo que los costos de los pacientes con enfermedades más costosas sean compensados con los de poblaciones sanas. Por tratarse de un modelo de aseguramiento, estas entidades asumen las pérdidas cuando la prima resulta insuficiente, pero también las utilidades cuando se ha gestionado adecuadamente el recurso y la salud de sus usuarios. Debe reconocerse que largo del desarrollo del sistema ha habido EPS que han incumplido esta premisa, lo que ha ocasionado intervenciones, liquidaciones y, lastimosamente, dudas impagas.

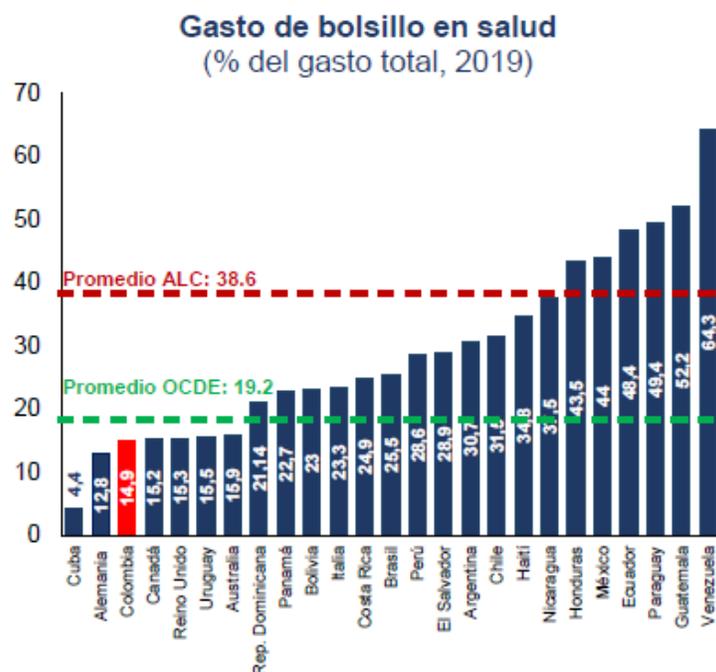
La mayor ventaja de la participación de empresas privadas en el aseguramiento es el incentivo que por su naturaleza tienen a generar eficiencias; la mayor agilidad respecto a las entidades estatales en la toma de decisiones, y el hecho de que son estas, y no el Estado, las que deben asumir las pérdidas en caso de que los recursos resulten insuficientes.

Lo anterior podría explicar que el sistema de salud colombiano logre mejores o similares resultados que sistemas de países que tienen mayor gasto en salud. En efecto, el gasto total en salud de Colombia como porcentaje del PIB hoy día es de alrededor del 7,7 %, mientras que el de Argentina y Brasil es del 9,5 % y el de Estados Unidos del 16,7 %. En pocas palabras, el modelo de aseguramiento vigente, incluso con sus fallas, ha hecho posible un sistema de salud altamente eficiente.



No menos relevantes han sido los avances en términos de universalidad y solidaridad que se trazó la Ley 100 como objetivo. Para 2023, la cobertura de aseguramiento en

salud es del 99 %, un aumento significativo respecto al 18 % de 1993. La alta cobertura de aseguramiento y un amplio plan de beneficios se traduce en que las familias destinan un porcentaje muy bajo de sus ingresos a costear gastos en salud. El gasto de bolsillo en salud en Colombia hoy es del 14,9 %, cuatro puntos por debajo del de los países de la OCDE y 28 puntos menos que en 1993.<sup>3</sup>



Fuente: elaboración ANIF con datos del Banco Mundial.

Numerosos datos permiten afirmar que, pese a las grandes inequidades en Colombia, las del sector salud, aunque existentes, son las que más rápidamente se han cerrado y hoy son menos acentuadas. En 1993, el 4,3 % de la población más pobre contaba con aseguramiento en salud, en comparación con el 46,9 % de la población más rica. En 2021, los dos grupos poblacionales habían avanzado de manera significativamente, pero mucho más rápidamente los más vulnerables: 89,6 % de los más pobres y 97,4 % de los más ricos tenían aseguramiento.<sup>4</sup>

El aseguramiento se ve reflejado en el acceso a servicios. En 1997, el 35,3 % de la población más pobre y el 64,5 % de la población más rica afirmaba haber tenido una consulta médica de carácter preventivo. Para 2021, esos porcentajes habían ascendido al 59,9 % para la población más pobre y 81,7 % para la más rica. Hoy día, los niveles

<sup>3</sup> Santamaría, Mauricio. Aseguramiento: la base para proteger la salud de los colombianos. Octubre, 2022.

<sup>4</sup> Santamaría, Ibídem.

de satisfacción de los usuarios con menos capacidad económica (régimen subsidiado) en comparación con los del régimen contributivo (empleados formales y sus familias) son similares, como se detallará más adelante<sup>5</sup>.

En cumplimiento de los fallos de la Corte Constitucional, los recursos asignados para la salud de la población más vulnerable han crecido de manera significativa. A partir de 2012 y 2013, cuando se hicieron sucesivos aumentos de casi el 30 % en la UPC del régimen subsidiado, los recursos en los dos regímenes han tendido a igualarse. Las inequidades persisten, no cabe duda, pero el cierre de la brecha ha sido más acelerado que en otros sectores.

Todos estos factores explican, en buena medida, la posición que ha ocupado el sistema de salud en diversos escalafones internacionales. Ya en el año 2000, el *Informe sobre la salud en el mundo*, realizado por la Organización Mundial de la Salud, ubicaba al sistema de Colombia en el puesto 22 en el mundo, por encima de Chile, Costa Rica y Cuba. El estudio tuvo en cuenta las condiciones de salud, la capacidad de respuesta y la distribución de la contribución financiera de los sistemas de salud. El puesto de Colombia estuvo particularmente apalancado por la equidad en la contribución financiera.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Santamaría, *Ibíd.*

<sup>6</sup> WHO. The World Health Report 2000.

OVERALL PERFORMANCE				
Rank	Uncertainty interval	Member State	Index	Uncertainty interval
1	1 – 5	France	0.994	0.982 – 1.000
2	1 – 5	Italy	0.991	0.978 – 1.000
3	1 – 6	San Marino	0.988	0.973 – 1.000
4	2 – 7	Andorra	0.982	0.966 – 0.997
5	3 – 7	Malta	0.978	0.965 – 0.993
6	2 – 11	Singapore	0.973	0.947 – 0.998
7	4 – 8	Spain	0.972	0.959 – 0.985
8	4 – 14	Oman	0.961	0.938 – 0.985
9	7 – 12	Austria	0.959	0.946 – 0.972
10	8 – 11	Japan	0.957	0.948 – 0.965
11	8 – 12	Norway	0.955	0.947 – 0.964
12	10 – 15	Portugal	0.945	0.931 – 0.958
13	10 – 16	Monaco	0.943	0.929 – 0.957
14	13 – 19	Greece	0.933	0.921 – 0.945
15	12 – 20	Iceland	0.932	0.917 – 0.948
16	14 – 21	Luxembourg	0.928	0.914 – 0.942
17	14 – 21	Netherlands	0.928	0.914 – 0.942
18	16 – 21	United Kingdom	0.925	0.913 – 0.937
19	14 – 22	Ireland	0.924	0.909 – 0.939
20	17 – 24	Switzerland	0.916	0.903 – 0.930
21	18 – 24	Belgium	0.915	0.903 – 0.926
22	14 – 29	Colombia	0.910	0.881 – 0.939
23	20 – 26	Sweden	0.908	0.893 – 0.921
24	16 – 30	Cyprus	0.906	0.879 – 0.932
25	22 – 27	Germany	0.902	0.890 – 0.914
26	22 – 32	Saudi Arabia	0.894	0.872 – 0.916
27	23 – 33	United Arab Emirates	0.886	0.861 – 0.911
28	26 – 32	Israel	0.884	0.870 – 0.897
29	18 – 39	Morocco	0.882	0.834 – 0.925
30	27 – 32	Canada	0.881	0.868 – 0.894
31	27 – 33	Finland	0.881	0.866 – 0.895
32	28 – 34	Australia	0.876	0.861 – 0.891
33	22 – 43	Chile	0.870	0.816 – 0.918
34	32 – 36	Denmark	0.862	0.848 – 0.874
35	31 – 41	Dominica	0.854	0.824 – 0.883
36	33 – 40	Costa Rica	0.849	0.825 – 0.871
37	35 – 44	United States of America	0.838	0.817 – 0.859
38	34 – 46	Slovenia	0.838	0.813 – 0.859
39	36 – 44	Cuba	0.834	0.816 – 0.852
40	36 – 48	Brunei Darussalam	0.829	0.808 – 0.849
41	38 – 45	New Zealand	0.827	0.815 – 0.840
42	37 – 48	Bahrain	0.824	0.804 – 0.845
43	39 – 53	Croatia	0.812	0.782 – 0.837
44	41 – 51	Qatar	0.812	0.793 – 0.831
45	41 – 52	Kuwait	0.810	0.790 – 0.830
46	41 – 53	Barbados	0.808	0.779 – 0.834
47	36 – 59	Thailand	0.807	0.759 – 0.852
48	43 – 54	Czech Republic	0.805	0.781 – 0.825
49	42 – 55	Malaysia	0.802	0.772 – 0.830
50	45 – 59	Poland	0.793	0.762 – 0.819
51	38 – 67	Dominican Republic	0.789	0.735 – 0.845
52	41 – 67	Tunisia	0.785	0.741 – 0.832
53	47 – 62	Jamaica	0.782	0.754 – 0.809
54	50 – 64	Venezuela, Bolivarian Republic of	0.775	0.745 – 0.803
55	41 – 75	Albania	0.774	0.709 – 0.834

Estudios internacionales más recientes, que analizan otras variables, mantienen la calificación al sistema colombiano por encima de la media mundial. El estudio *Índice de cobertura efectiva de los servicios de salud en 204 países*, publicado por la revista *The Lancet*, ubica a Colombia en el grupo de países que tienen un índice entre 69 y 76 sobre 100. El estudio analizaba la capacidad de los sistemas de ofrecer servicios de salud de calidad y sin generar dificultades financieras a la población.

En el mismo rango de Colombia, el estudio ubicó a Cuba, Chile, Perú y Panamá. Por encima de estos solo se encontraba Costa Rica, y, por debajo, los demás de la región.

El promedio mundial era de 60. Japón e Islandia, con un índice de 95, se ubicaban en la parte superior de la tabla. Somalia y República Centroafricana, con 25, en la parte inferior.

Puntualmente sobre Colombia, el estudio calificaba positivamente el manejo de las enfermedades inmunoprevenibles. Sin embargo, señalaba un desempeño deficiente en varias enfermedades no transmisibles.<sup>7</sup>

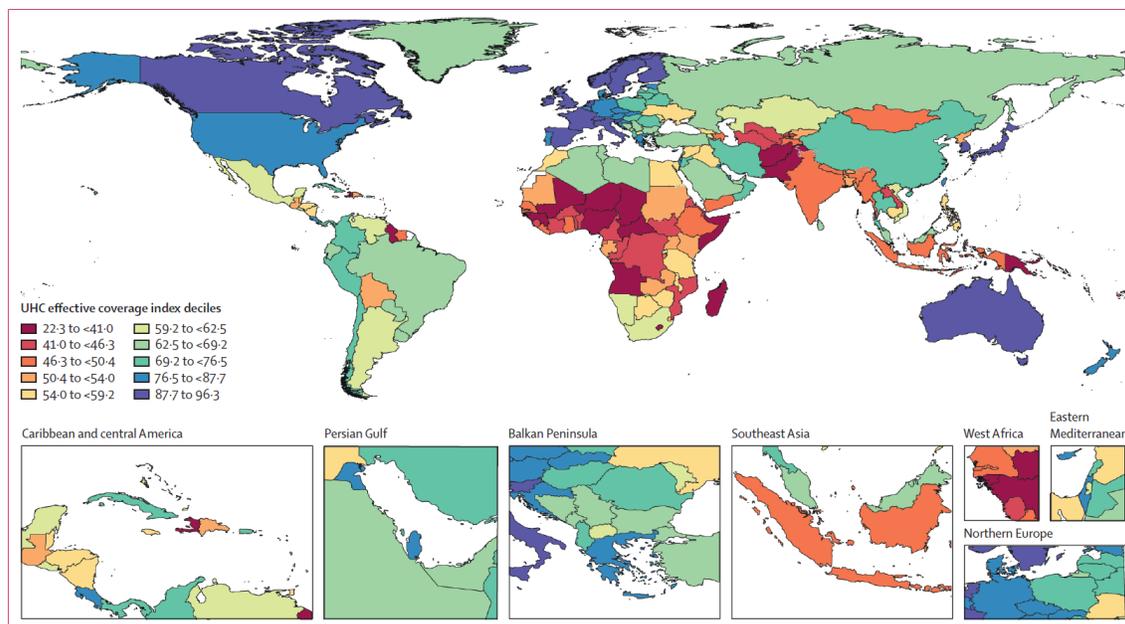


Figure 3: Map of the UHC effective coverage index, by decile, in 2019  
Deciles are based on the distribution of UHC effective coverage index values in 2019. UHC=universal health coverage.

Más recientemente, en 2022, la revista británica *The Economist* incluyó al sistema de salud colombiano en la lista de los diez más inclusivos del mundo entre una selección de 40 países. El Índice de Inclusión en Salud elaborado por esta publicación se basó en 37 indicadores en tres dimensiones clave: salud en la sociedad, sistemas de salud inclusivos y empoderamiento de la comunidad.

Nada de lo anterior implica desconocer la persistencia de problemas. Las bondades del sistema de salud aún no se irrigan uniformemente en todo el territorio. A pesar de los avances, Colombia aún tiene un largo camino que recorrer para alcanzar la triple meta. Las condiciones de salud de la población, la satisfacción de los usuarios y la sostenibilidad del sistema aún enfrentan grandes desafíos.

<sup>7</sup> The Lancet. Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. 2000.

## INDICADORES DE SALUD

Los indicadores de salud de la población colombiana han mejorado significativamente durante las últimas décadas, pero algunos mantienen un rezago con respecto a los países más desarrollados.

La expectativa de vida al nacer en Colombia sigue en aumento. En las primeras tres décadas del siglo XXI ha aumentado de 69,6 a 77,3. De la mano, la mortalidad infantil ha decrecido de 31,9 por cada mil nacidos vivos a 16,5. La cobertura de atención prenatal (madres atendidas durante el embarazo aumentó del 86,1% en 1995 a 97% en 2015 para una visita, y de 74,5% a 88,1% para cuatro visitas o más. A su vez, la mortalidad e incidencia por cáncer de mama y de próstata en 2020 era de 13,1 y 11,9 por cada 100.000 habitantes, respectivamente, lo que sitúa a Colombia por debajo de la media mundial con respecto a su nivel de ingresos.<sup>8</sup>

Si se compara con los países de la OCDE, la valoración depende de la categoría analizada. Según el informe de 2021 elaborado por esta organización, la esperanza de vida en Colombia está por debajo de los otros países del grupo—el promedio de la OCDE es de 81—, aunque la salud autoevaluada es alta. El informe señala también que Colombia está por encima del promedio de la OCDE en medidas de atención primaria y secundaria efectiva. De una manera positiva, el consumo de alcohol y las muertes por contaminación del aire en Colombia están por debajo del promedio, pero, de una manera negativa, también están por debajo del promedio la cobertura de salud y la satisfacción con la disponibilidad de la atención médica de calidad.<sup>9</sup>

---

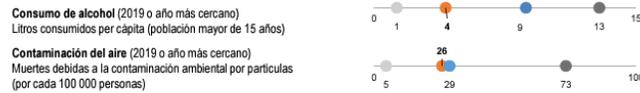
<sup>8</sup> Santamaría, *ibídem*.

<sup>9</sup> OCDE. Panorama de la salud 2021: Indicadores de la OCDE. Resumen para Colombia.

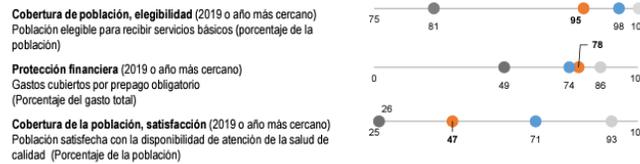
La esperanza de vida en Colombia está por debajo del promedio de la OCDE, aunque la salud autoevaluada es alta



El consumo de alcohol y las muertes por contaminación del aire en Colombia son inferiores al promedio de la OCDE



La cobertura de salud y la satisfacción con la disponibilidad de atención médica de calidad están por debajo del promedio de la OCDE



Colombia está por encima del promedio de la OCDE en medidas de atención primaria y secundaria efectiva



Los recursos para la salud están por debajo del promedio de la OCDE, con un bajo nivel de médicos y enfermeras per cápita



En términos de resultados en salud en el país persisten significativas inequidades socioeconómicas y geográficas. Un estudio publicado en 2023 por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud concluyó que en la población afiliada al régimen subsidiado, en comparación con la población del régimen contributivo, existe una mayor ocurrencia de afecciones obstétricas y maternas, así como enfermedades de la primera infancia. Así mismo, señaló una menor demanda de servicios de consulta general, odontología, entrega de medicamentos y emergencias en este grupo de usuarios, aunque “probablemente mediada por determinantes sociales de la salud”.<sup>10</sup>

Lo anterior se confirma en otras fuentes. Por ejemplo, mientras que departamentos como Vichada y Vaupés tienen una tasa de mortalidad en menores de 5 años de 25 y 30 por cada mil nacidos vivos, Bogotá presenta una tasa de 12. A su vez, la mortalidad materna es significativamente superior en zonas rurales con respecto a zonas urbanas:

<sup>10</sup> Mora-Moreo et al. International Journal for Equity in Health (2023) 22:289.

72,6 por cada 100.00 nacidos vivos contra 91,3. Las gestantes de zonas rurales tienen menos probabilidad de ser atendidas por personal calificado. El cierre de brechas en resultados en salud se convierte, pues, en una prioridad del futuro del sistema de salud.

## **EXPECTATIVAS DE LA POBLACIÓN**

Resulta llamativo, sin embargo, que, si bien los indicadores de salud son disímiles, la percepción por la calidad de la atención sea similar tanto para la población de los regímenes contributivo y subsidiado como las de zonas rurales y urbanas.

A partir de diversas encuestas y estudios, puede determinarse que alrededor de dos terceras partes de la población está satisfecha con el sistema de salud. La Gran Encuesta de Salud ANDI-Invamer, presentada a comienzos de 2023, mostraba que el 67% de los colombianos calificaba el sistema por encima de 3 sobre 5. La percepción sobre la gestión del régimen contributivo respecto al subsidiado es prácticamente la misma: 86 % de los afiliados al primero y el 85 % de los afiliados al segundo los califican con tres o más sobre cinco.<sup>11</sup>

El Estudio Nacional de Servicios de las EPS realizado anualmente por el Ministerio de Salud coincide con el trabajo anteriormente citado. En su edición de 2022, estableció que el 65% la población del régimen contributivo y el 64% de la del régimen subsidiado calificaban como buena o buena su experiencia frente al sistema de salud.<sup>12</sup> Preliminarmente puede inferirse que las expectativas de la población urbana son más altas que la de las poblaciones rurales o más pobres. La apropiación del derecho fundamental parece ser mayor en la población con mayor capacidad económica.

---

<sup>11</sup> Andi-Invamer. La Gran Encuesta del Sistema de Salud en Colombia. Febrero, 2023.

<sup>12</sup> Brandstrat-Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS. Noviembre, 2022.

## Indicadores generales desempeño EPS



En términos generales, se cuenta con un desempeño favorable de las EPS a percepción de sus afiliados, sin importar el régimen al que pertenecen; dando a entender que los inconvenientes presentados en la prestación del servicio, no han llegado a generar un fuerte impacto en los indicadores de fidelidad, pero que se recomienda no descuidar, especialmente en el régimen subsidiado (siendo los más afectados en los tiempos de atención/ solicitud servicios).



PAID. En una escala de 1 hasta 5, donde 1 es Muy malo y 5 es Muy bueno. ¿Cómo califica los aspectos que le voy a leer sobre su EPS? ... Siga de en la experiencia que ha tenido con la misma en los últimos 6 meses? / P.1. ¿Recomendaría a sus familiares y amigos afiliarse a su EPS? R.U.

Base expandida de acuerdo a número de afiliados EPS en el país logrando una cobertura del 97,63% de los afiliados (Base afiliados BC-A septiembre 2022)

Los estudios coinciden en que, desde la perspectiva de los usuarios, la falta de oportunidad y los trámites son los aspectos que generan mayor insatisfacción. De acuerdo con la encuesta de la ANDI, la demora y la dificultad para acceder a citas, así como las dificultades para obtener autorizaciones para procedimientos y exámenes, son las mayores debilidades del sistema. Por su parte, el estudio del Ministerio de Salud y Protección Social muestra que los mayores detonantes para presentar tutelas, PQRS o derechos de petición son la demora en autorizaciones, las dificultades para comunicarse con la EPS y la demora en las citas.

Ahora le voy a leer una serie de frases, para que, con base en su experiencia me diga si cada una de ellas es una fortaleza o una debilidad del sistema de salud actual colombiano



Base: total encuestados

13

Lo anterior refleja que, si bien la mayor parte de la población se siente satisfecha, alrededor de una tercera parte no está gozando plenamente de las bondades del sistema. La eliminación de trámites y el incremento de la oferta del personal de salud se convierten en prioridades de una reforma.

Como diversos análisis lo han mostrado, en Colombia existe un significativo déficit de personal de salud. Un estudio del Ministerio de Salud y Protección Social mostraba que, para 2016, Colombia contaba con 23.000 médicos especialistas, pero la necesidad era de 39.000.<sup>13</sup> En el mismo sentido, el informe de la OCDE de 2021 señalaba que mientras Colombia cuenta con 2,3 médicos y con 8,8 enfermeras por cada 1.000 habitantes, el promedio de la organización es, respectivamente, de 3,6 y 8,8.<sup>14</sup>

## SOSTENIBILIDAD

Aunque durante los últimos años el sector salud es uno de los que más han recibido recursos de la Nación, Colombia aún presenta un rezago en el gasto per cápita en salud. Así mismo, cuando se compara el gasto en salud como porcentaje del PIB, en 2019 se observaba que mientras el promedio de la OCDE era del 8,8 %, el de Colombia era de

<sup>13</sup> Restrepo y Ortiz Observatorio de Talento Humano en Salud. 2017.

<sup>14</sup> OCDE, ibídem.

7,4 %.<sup>15</sup> Llama poderosamente la atención el hecho de que, pese a destinar menos recursos que otros países a la salud, Colombia haya conseguido un gasto de bolsillo inferior a la de la mayoría de los países. En otras palabras, pese a contar con un monto aceptable para financiar la salud, ha logrado proteger las finanzas de los hogares de manera sobresaliente.

El sistema de salud de Colombia tuvo un comportamiento superavitario entre 2010 y 2019, aun cuando el margen fue estrecho entre 2015 y 2017. Actualmente, su dinámica financiera acelerada que la del resto de sectores de la economía.

A pesar de los alivios derivados del Acuerdo de Punto Final llevado a cabo durante la administración de Iván Duque, al cierre de 2022 el sistema se encontraba deficitario debido a varios factores: puesta al día de las atenciones represadas durante la pandemia de covid-19, ampliación del plan de beneficios con cargo a la UPC y la inflación, entre otros aspectos.

De acuerdo con la Superintendencia de Salud, las deudas de las EPS ascienden a \$ 23,3 billones, de los cuales \$ 16,6 billones corresponden a las EPS activas en el sector, \$ 1,7 billones a las EPS liquidadas y \$ 5 billones a las EPS en liquidación. Es necesario establecer, sin embargo, qué proporción de los \$ 16,6 billones corresponden a deuda corriente.

Es indiscutible que los indicadores de vencimiento de cartera siguen siendo elevados, pero, gracias a medidas como el Acuerdo de Punto Final y la implementación de presupuestos máximos, han tenido una mejora sustancial durante los últimos tres años.

De acuerdo con un estudio llevado a cabo por la firma Sectorial.co para la ANDI, los indicadores de vencimiento de cartera del sector de la prestación se redujeron entre septiembre de 2019 y septiembre de 2022 de 71,6 % a 66,8 %. Por su parte, los porcentajes para la industria farmacéutica se redujeron de 25,8 a 11,6; los de la industria de dispositivos se redujeron de 42,6 a 11,6, y el de los gases medicinales, de 69,8 a 55,6.

## **SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA DE SALUD: CONCLUSIONES**

Un balance de la situación actual del sistema de salud, desde distintas dimensiones, permite hallar las siguientes conclusiones:

---

<sup>15</sup> Anif. Propuestas para la financiación del sistema de salud en Colombia en la próxima década. Septiembre, 2021.

## **Modelo de atención**

- Dificultad en el acceso a los servicios de salud y falta de oportunidad.
- Asimetrías territoriales en oferta y calidad.
- Debilitamiento del hospital público.

## **Aseguramiento**

- El principal logro del sistema de salud en Colombia se relaciona con la protección financiera de los individuos a través del aseguramiento universal.
- Las EPS cumplen un rol esencial en el modelo. No son simples intermediarios financieros. Ellas son responsables de la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la creación de redes de atención y la labor de agencia de los usuarios.
- No todas las EPS han cumplido ese objetivo y esto ha conducido a su liquidación, con un impacto enorme para los usuarios y enormes cuentas sin pagar que afectan a toda la cadena.
- El sistema afronta presiones financieras debido al aumento en los requerimientos de servicios de salud post-covid, la redistribución de usuarios de EPS liquidadas, el envejecimiento de la población y la insuficiencia de la UPC.

## **Atención primaria y salud pública**

- Los sistemas de salud en el mundo evolucionan hacia modelos preventivos e incorporan los determinantes sociales en la concepción de salud.
- La atención primaria es uno de los elementos fundamentales para prevenir la enfermedad y mejorar el estado de salud de la población.
- No existe una política nacional de autocuidado.
- El sistema de salud asume las consecuencias de vectores que no están bajo su control (accidentalidad vial, desnutrición, Saneamiento básico, entre otros)
- No hay un trabajo articulado entre entidades territoriales, hospitales públicos y aseguradores.
- Se evidencia un incremento en las dificultades por salud mental.

## **Financiamiento**

- Es necesario garantizar el flujo adecuado de recursos a los prestadores de salud, para garantizar el acceso, la oportunidad y la calidad. El sector cuenta con deudas acumuladas desde el gobierno Nacional (ADRES) a las EPS y de EPS a IPS y estas últimas a talento humano y proveedores.
- No existe un mecanismo para aclaración y conciliación de cuentas.

- La población con algún tipo de discapacidad y la población mayor requiere de servicios de cuidado socio sanitarios para su transcurrir normal, por lo que es necesario aumentar dicha cobertura y garantizar los recursos para esta sin afectar los recursos propios de salud, de tal forma que no se afecte su sostenibilidad.

### **Sistemas de información**

- El sistema de salud ha avanzado en su interoperabilidad pero persiste su fragmentación.
- La toma de decisiones en salud parte del análisis de la información disponible, hoy dispersa.
- Es necesario hacer disponible la información de manera oportuna, accesible, segura, confiable y que agregue valor donde se requiera en el sistema, para aumentar las actuales capacidades de análisis dentro del sistema.
- Se ha venido trabajando en la historia clínica electrónica e interoperable, la cual debe seguir fortaleciéndose para garantizar un mayor y mejor acceso a la información de salud de los pacientes a lo largo del sistema de salud.
- Durante la pandemia la telesalud fue utilizada para garantizar la prestación de los servicios. Hoy en la post-pandemia deben aprovecharse esos mecanismos para llevar salud a las regiones y ofrecerles atención oportuna los ciudadanos.

### **Talento humano**

- El talento humano en salud no responde en algunos casos a las necesidades de la población debido a la concentración de especialistas y subespecialistas en algunas de las regiones. Se requieren mayores incentivos o estrategias que aumenten el acceso a la medicina especializada en las regiones más apartadas del país.
- A pesar de las apuestas por la disponibilidad de profesionales en salud en Colombia, es necesario mejorar las oportunidades en la formalización de la vinculación y creación de incentivos laborales para el mantenimiento de los profesionales, así como definir mecanismos de reconocimientos.
- El sistema de salud y las instituciones, en su mayoría, no cuentan con una política de educación continuada para el personal asistencial, que permita aumentar la calidad en la prestación de los servicios y el mejoramiento de los desenlaces clínicos.

### **Gobernanza y rectoría**

- Las entidades territoriales son las únicas que conocen a cabalidad las dificultades de los territorios, sin embargo, aunque se han considerado en la

reglamentación existente, no han podido participar de manera activa para garantizar la salud de la diversidad de comunidades del territorio.

- A pesar de los esfuerzos del gobierno por mejorar las capacidades de la Superintendencia Nacional de Salud, se requiere mayor contundencia en las acciones de vigilancia y control específicamente en la revisión de la ejecución de Planes territoriales y el control ante los incumplimientos.
- Es necesario fortalecer la participación ciudadana en la formulación de las políticas de salud.

### **Tecnologías en salud**

- Colombia debe fortalecer la producción nacional.
- Reestructuración de la agencia sanitaria INVIMA para agilizar las gestiones que propenden por la vigilancia y seguridad y calidad de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos y a partir de su accionar, el acceso oportuno a las tecnologías.
- Se requiere fortalecer el IETS para la evaluación de nuevas tecnologías a incluir en el plan de beneficios, por medio de la garantía en el flujo de recursos y mejoramiento de sus capacidades técnicas operativas y de infraestructura, así como el mejoramiento de la tecnología y sistemas de información.

## **UNA ESTRATEGIA VIABLE PARA MEJORAR EL SISTEMA DE SALUD**

De acuerdo con el anterior diagnóstico, este proyecto busca la mejora del sistema de salud a partir de las siguientes propuestas.

### **Modelo de atención**

El paciente y las familias en el centro del sistema. Es necesario implementar y asegurar el cumplimiento de los acuerdos entre EPS y prestadores, para eliminar las barreras de acceso que se generan por trámites innecesarios en autorizaciones para consultas, procedimientos, entrega de medicamentos, entre otros. El objetivo es simplificar y agilizar la experiencia del paciente a través del Sistema.

Se requiere el despliegue de la Política Nacional de Calidad para la Atención en Salud, que considere la humanización, accesibilidad, oportunidad y eficiencia del sistema, centrada en las necesidades y expectativas de los usuarios y en las realidades de los territorios.

En la actualidad el país cuenta con un programa de acreditación de IPS que debe consolidarse mediante la implementación de un sistema de incentivos. Así mismo se requiere crear el marco de acreditación para las EPS y las entidades territoriales.

Se requiere fortalecer el hospital público en todo el territorio nacional, empezando por las zonas apartadas. Debe reconsiderarse el subsidio a la oferta cuando las condiciones territoriales lo ameriten. Para ello se requiere el mejoramiento en las condiciones de la infraestructura física, disponibilidad del talento humano en salud y portafolio de servicios.

## **Aseguramiento**

- El modelo de aseguramiento y las EPS han sido esenciales para el avance del sistema de salud actual. El modelo puede evolucionar, particularmente en lo que tiene ver con el giro de los recursos, sin desconocer las múltiples labores que realizan hoy de cara al paciente.
- Con enfoque regional es posible conseguir mejores eficiencias, particularmente en las zonas dispersas. No hay necesidad de tener varias EPS en municipios pequeños. Es preferible consolidar en dos o tres EPS la atención de esos territorios, en búsqueda de eficiencias, ampliación de la red y calidad en la atención.
- Uno de los grandes aciertos del sistema de aseguramiento social que adoptó el país hace 30 años es la UPC. La cápita, que administran y gestionan las EPS para todos los colombianos afiliados al sistema de salud es, por definición, el mecanismo de contención del gasto que previene el desborde del presupuesto de salud. La UPC ha sido la base de un modelo solidario y en pro de la equidad.
- Hoy, esa UPC, que se entrega a las EPS por cada afiliado, se calcula en función de la edad, el género y el territorio. Esta metodología debe avanzar y sofisticarse para incluir como variable de cálculo el estado de salud de las personas (UPC por condiciones de salud).
- Esta modificación fomentará el equilibrio financiero y la solidaridad entre sanos y enfermos. También es necesario considerar pagos variables a los aseguradores de acuerdo con el desempeño, en términos de resultados en salud de la población afiliada.
- Es importante también asegurar que la UPC indígena se reconozca a la persona, sin importar si está afiliada a una EPS de dicho régimen o cualquiera otra.
- De cara al usuario, es necesario garantizar y asegurar los mecanismos para que el usuario ejerza efectivamente su derecho a la libre elección entre los prestadores que conformen la red de su asegurador.
- Las inversiones realizadas por algunos aseguradores en la consolidación de una red de prestación vinculada, ha permitido eficiencias y atención directa a los

usuarios. Deben fortalecerse los mecanismos de transparencia y control sobre los acuerdos de servicio entre el asegurador y el prestador. Para ello se propone un mecanismo de auditoría externa para las cuentas entre vinculados.

- Con relación a los planes de beneficios, y de conformidad con lo establecido en la Ley Estatutaria, es imperativo avanzar hacia su unificación (PBS), toda vez que persisten las inequidades en el acceso cuando se diferencia el paquete de beneficios al que accede la población del régimen subsidiado vrs lo que tiene por derecho la población del régimen contributivo.

### **Atención primaria y salud pública**

- Es necesario articular a los diferentes actores de salud del territorio (entidad territorial-EPS-hospital público) a través de una política territorial, que favorezca el desarrollo de la salud pública y coordine de manera eficiente y efectiva las intervenciones colectivas con la gestión individual de la población .
- Hay que fortalecer la implementación de la estrategia de atención primaria, que parta de las necesidades territoriales y asegure la ejecución de actividades de promoción y prevención y el mejoramiento en la distribución de los recursos, favoreciendo las áreas intervenciones deben focalizarse en las actividades de salud mental, seguridad alimentaria, salud ambiental, seguridad vial, acceso efectivo a tratamiento de enfermedades crónicas como el cáncer e infecciosas como el dengue, la malaria y la tuberculosis y otras que se consideren pertinentes, con definición y evaluación de indicadores de resultado, que permitan la generación de incentivos por gestión adecuada y buenos resultados. La reducción de la mortalidad materna y mortalidad infantil son una prioridad para el sistema de salud. En este ámbito, el fortalecimiento del Plan ampliado de Inmunización debe ser un objetivo esencial.
- Se propone la creación de la Comisión Intersectorial para la Gestión de la Salud Pública, CIGES, y la formulación de un Conpes, con la hoja de ruta para la gestión intersectorial y la debida articulación entre las carteras responsables del manejo de los determinantes sociales.
- Debe aprovecharse la capacidad instalada de las EPS a través de sus centros de atención primaria y ampliar esta capacidad en todo el territorio. Debe evitarse la fragmentación de la ruta de atención para el paciente.
- Es necesaria una política nacional de autocuidado en conjunto con el Ministerio de educación para educar a la población en autogestión y hábitos de vida saludable.

## **Financiamiento**

- Se propone aumentar el giro directo desde la ADRES hasta el 80%, mecanismo que ha operado con éxito para el régimen subsidiado y en menor proporción en el contributivo.
- Es importante asegurar que esta labor de “tesorería” concentrada en un pagador único, cuenta en el ADRES con las capacidades para asumir el giro de todas las cuentas del sector. La falla en esta gestión representaría el mayor riesgo para la normal operación del sistema de salud.
- Se propone la creación de un Sistema Nacional de Cuidado Sanitario bajo la dirección del DPS o el ICBF, para servicios conexos a la salud y con fuentes de financiamiento diferentes a los del sector salud, es decir por fuera de la UPC, con lo que se espera cuidar a las personas y sus familias de manera integral a lo largo de su vida.

## **Sistemas de información**

- Mecanismos para implementar la interoperabilidad de la historia clínica en todo el país.
- Es el momento de que el Estado desarrolle la capacidad de analizar los miles de millones de datos que se producen en el sistema de salud, mediante la creación de la Torre de Control digital de Información en Salud que buscará estandarización e integración de la información, y ponerla a disposición de los interesados con total transparencia, para mejorar la capacidad de análisis de la información, fortalecer la toma de decisiones en pro de mejorar los resultados de salud, las expectativas de los ciudadanos y la sostenibilidad del sistema.
- Una de las estrategias que se pueden implementar para aumentar la oferta en los lugares más remotos del país, es la incorporación de servicios de telemedicina en los centros de atención primaria.

## **Talento humano**

- Se requiere la actualización e implementación de la política de talento humano en salud con la articulación de los procesos de formación, investigación, innovación y desempeño, de acuerdo con las necesidades en salud de la población y aumentando la oferta.
- Formalización de la vinculación del talento humano, para lo cual se deberán realizar estudios de cargas laborales y de esta manera incrementar progresivamente esta formalización, a partir de estrategias como la formalización de las plantas temporales, en hospitales públicos y privados.

- En común acuerdo con el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Salud, las Entidades Territoriales, y las universidades, y en el marco de la Ley de residentes, se priorizará la formación para contar con estos especialistas en regiones en los cuales no se dispone.
- Se propone la recuperación del Consejo Asesor del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con la participación de las diferentes entidades que conforman el Sector Administrativo de Salud y Protección Social, las entidades territoriales, las organizaciones sociales y las agremiaciones y la academia, en búsqueda de soluciones a las dificultades que se presentan en salud. Para ello, deben generarse mecanismos para lograr que las determinaciones del Consejo Asesor sean de obligatorio cumplimiento y vigilancia por parte de las entidades competentes. Lo anterior en pro de la implementación de políticas públicas de salud.
- La Superintendencia Nacional de Salud realizara la inspección y vigilancia al cumplimiento de los Planes Territoriales de Salud a cargo de los departamentos, distritos y municipios. En caso de incumplimiento, sancionará a las entidades territoriales que corresponda, conforme a las normas vigentes.

## **Tecnologías de salud**

- El país requiere definir una verdadera estrategia de producción de tecnologías e insumos para la salud, incentivando la investigación, el desarrollo y producción de estos que son bienes esenciales y tienen un componente importante del gasto en salud.
- Esto supone la formulación de una política industrial farmacéutica y de dispositivos médicos que incentive la transferencia de tecnología y los acuerdos de producción local, en el marco del respeto a las normas de propiedad intelectual adoptadas por Colombia.
- Debe abordarse la conversación sobre acceso a la innovación, asegurando los mecanismos que permitan el acceso sostenible a las nuevas tecnologías.
- Es necesaria la reestructuración del INVIMA, basada en mejores prácticas regulatorias, mecanismos de confianza y reconocimiento de agencias pares.
- Se propone la financiación del IETS con recursos del presupuesto general y la creación de una tasa asociada al registro sanitario por primera vez, con destinación a la realización de estudios de tecnologías a financiar con recursos de la UPC.

Para concluir, es importante señalar, que los sistemas de salud son complejos, dinámicos y cambiantes, precisamente porque las condiciones que inciden en la salud cambian permanentemente. Ningún sistema alcanzará la perfección, porque en el

momento en que ha logrado un óptimo cumplimiento de sus objetivos, aparecerán nuevos desafíos. Las reformas siempre son necesarias, la adecuación a las condiciones de cada población y territorio son requeridas, pero esas transformaciones deben propender por el aprovechamiento de las capacidades, la experiencia y los modelos que han tenido éxito. En ese sentido, y con los avances probados del sistema de aseguramiento en salud colombiano, se plantean en este proyecto alternativas para su fortalecimiento y ajuste. Cualquier reforma debe ser capaz de asegurar dos premisas: Que sea mejor para los pacientes y sus familias y que sea sostenible financieramente. De no cumplirse alguno de estos supuestos, el riesgo para la población colombiana puede ser irreversible.

**Proyecto de Ley \_\_\_\_\_**  
**“Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud”**

**CAPÍTULO I**  
**RECTORÍA Y GOBERNANZA**

**Artículo 1. Consejo Asesor del Sistema General de Seguridad Social en Salud.**

Créase el Consejo Asesor del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un espacio consultivo de participación de las entidades que integran el Sector Administrativo de Salud y Protección Social, de las entidades territoriales, de las organizaciones sociales y de las agremiaciones que tengan interés en las políticas públicas de salud.

El Consejo Asesor del Sistema General de Seguridad Social en Salud estará integrado por 3 representantes de los prestadores de servicios de salud, 2 representantes de las EPS, 1 representante de comunidades indígenas, 3 representantes de las secretarías de salud departamentales, distritales y municipales, 2 representantes de los profesionales de la salud, 2 representantes de los usuarios del Sistema de Salud, 2 representantes de los gremios sectoriales y empresariales y 2 representantes de las universidades que tengan facultades de ciencias de la salud.

El Consejo se reunirá como mínimo 4 veces al año y ante el mismo se socializará la reglamentación que tenga prevista el Gobierno nacional antes de su expedición, con el propósito de recoger los comentarios y sugerencias que sus integrantes tengan sobre los proyectos de actos administrativos.

La elección de los representantes de cada integrante del Consejo se hará conforme lo determine cada uno.

**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el funcionamiento del Consejo.

## **CAPÍTULO II FINANCIAMIENTO**

**Artículo 2. Régimen de Insolvencia.** El régimen de insolvencia para las EPS o quien haga sus veces y para los prestadores de servicios de salud tiene por objeto la recuperación y conservación de esas entidades o empresas, a través de los procesos de reorganización institucional que propendan por su estabilización y normalización cuando éstas sean viables, o la liquidación pronta y ordenada de las que no lo sean.

El Gobierno nacional regulará los indicadores para determinar la viabilidad de permanencia de la operación de las EPS sometidas al régimen; las formas de reorganización institucional y los requisitos para presentar las solicitudes de reorganización.

**Artículo 3. Ámbito de aplicación del régimen de insolvencia.** Estarán sometidas al régimen de insolvencias las EPS que operan en el territorio nacional y los prestadores de servicios de salud públicos o privados que prestan sus servicios en Colombia.

**Artículo 4. Principios del régimen de insolvencia.** El régimen de insolvencias de las EPS o quien haga sus veces y de los prestadores de servicios de salud estará regido por los siguientes principios:

**Universalidad:** La totalidad de los bienes del deudor y todos sus acreedores quedan vinculados al proceso de insolvencia a partir de su iniciación.

**Igualdad:** Tratamiento equitativo a todos los acreedores que concurran al proceso de insolvencia, sin perjuicio de la aplicación de las reglas sobre prelación de créditos y preferencias contenida en el Código Civil.

**Eficiencia:** Aprovechamiento de los recursos existentes y la mejor administración de los mismos, basados en la información disponible.

**Transparencia y oportunidad de la Información:** Deudor y acreedores deben proporcionar información real de manera oportuna, transparente y comparable, permitiendo el acceso a ella en cualquier oportunidad del proceso.

**Negociabilidad:** Las actuaciones en el curso del proceso deben propiciar entre los interesados la negociación no litigiosa, proactiva, informada y de buena fe, en relación con las deudas y bienes del deudor.

**Gobernabilidad económica:** Obtener a través del proceso de insolvencia, una dirección gerencial definida, para el manejo y destinación de los activos, con miras a lograr propósitos de pago.

**Artículo 5, Funciones jurisdiccionales de la Superintendencia Nacional de Salud.** Adicionar el literal d) al artículo 41 de la Ley 1122 de 2011, modificado por el artículo 6° de la Ley 1949 de 2019, del siguiente tenor:

«d) Conocer de los procesos de insolvencia de las EPS, como jueces. El gobierno Nacional regulará el procedimiento judicial que debe adelantar la Superintendencia Nacional de Salud para cumplir con esta función»

**Artículo 6. Fondo de garantías en salud.** Créase el Fondo de Garantía de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. (FOGAIPS).

El FOGAIPS, es un fondo financiero adscrito a la ADRES, encargado de proteger a las Instituciones prestadoras de servicios de Salud, que realizan la atención en salud a los usuarios afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante acuerdos de voluntades con las EPS.

El Fondo tiene por objeto proteger los ingresos financieros de los prestadores de servicios de salud, que tienen origen en la venta de los servicios prestados a los usuarios afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, para garantizar la estabilidad financiera propia y el cumplimiento de las obligaciones contraídas con sus proveedores, trabajadores y contratistas, en caso que las EPS con el que suscribió el acuerdo de voluntades para la prestación de los mencionados servicios entre en liquidación.

El Gobierno nacional reglamentará el funcionamiento del FOGAIPS y establecerá los recursos que lo integrarán.

**Artículo 7. Giro directo.** Modificar el artículo 239 de la Ley 1955 de 2019, el cual quedará así:

**«ARTÍCULO 239. GIRO DIRECTO.** *La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES en nombre de las EPS y demás Entidades Obligadas a Compensar, realizará el giro directo hasta del 80% de los recursos de las Unidades de Pago por Capitación - UPC de los regímenes contributivo y subsidiado destinadas a*

*la prestación de servicios de salud, a todas las instituciones y entidades que presten dichos servicios y que provean tecnologías incluidas en el plan de beneficios, así como a los proveedores, de conformidad con las condiciones que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.*

*También aplicará el giro directo de los recursos de los presupuestos máximos, de acuerdo a las reglas que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.*

**PARÁGRAFO PRIMERO.** *La información de este mecanismo será de acceso público.*

**PARÁGRAFO SEGUNDO.** Sin perjuicio de las funciones de Inspección Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud, la Adres realizará el seguimiento permanente a la oportunidad del giro de los recursos, así como a su programación, destinación y ejecución por prestadores de servicios en salud, las demás entidades obligadas a compensar, las instituciones prestadoras de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, últimos responsables de estos procesos.

**Artículo 8. Creación del Sistema Nacional de Cuidado Sanitario en Salud.** Créase el Sistema Nacional de Cuidado Sanitario bajo la dirección del Departamento de la Prosperidad Social, para servicios conexos a la salud y con fuentes de financiamiento diferentes a los del sector salud, es decir por fuera de la UPC, con lo que se espera cuidar a las personas y sus familias de manera integral a lo largo de su vida.

**Parágrafo.** El Gobierno Nacional tendrá dos (2) años para reglamentar la operación y el funcionamiento del Sistema Nacional de Cuidado en Salud.

### **CAPÍTULO III ASEGURAMIENTO EN SALUD**

**Artículo 9. Ajuste anual del valor de la UPC.** A partir de la promulgación de la presente ley y con el fin de realizar un cálculo de la UPC ajustado a la realidad de la

población afiliada a cada EPS y propender por el equilibrio financiero del sistema, el cálculo anual del valor de la UPC para los afiliados al SGSSS, considerará, mínimo, los siguientes aspectos: condiciones de salud de los afiliados, cambios epidemiológicos y demográficos, variaciones del Índice de Precios al Consumidor, el incremento del salario mínimo, los cambios en la Tasa Representativa del Mercado y el comportamiento del uso de las nuevas tecnologías incorporadas en el plan de beneficios, entre otros.

**Parágrafo:** El usuario podrá seguir ejerciendo su derecho a la libre elección a ser atendido en cualquiera de las IPS de la red de prestadores, sean o no parte de sus propias IPS.

**Artículo 10. Modelo de aseguramiento en territorios dispersos.** En los territorios que tengan menos de 20.000 habitantes, no podrá haber más de 2 EPS.

**Parágrafo.** El gobierno nacional reglamentará en el transcurso de un (1) año la forma de seleccionar los dos prestadores que quedarán en cada territorio descrito, así como la redistribución de los afiliados entre estas dos EPS.

**Artículo 11. Unidad de Pago por Capitación diferencial para las personas pertenecientes a una comunidad indígena.** El Ministerio de Salud y Protección Social pagará una UPC diferencial a los prestadores cuando tengan afiliados pertenecientes a las comunidades indígenas inscritas en el Ministerio del Interior, independiente de la naturaleza jurídica de los prestadores de servicios de salud.

**Parágrafo.** Los prestadores de servicios de salud que tengan afiliados pertenecientes a las comunidades indígenas inscritas en el Ministerio del Interior y que reciban la UPC diferencial, deberán garantizar a estos afiliados un modelo de atención que esté acorde con sus necesidades en salud, sus creencias y tradiciones.

**Artículo 12. Equilibrio en las relaciones contractuales de las EPS con las IPS.** Las EPS podrán participar en la prestación de los servicios de salud, desde la atención primaria hasta la alta complejidad, en un porcentaje no mayor al 30% del valor del gasto en salud. En todo caso debe mantenerse el equilibrio contractual entre EPS e IPS en igualdad de condiciones, se trate de red propia o de terceros, para asegurar que las condiciones de contratación, tarifas y oportunidad de pago sean equivalentes en todos los casos. La contratación entre EPS y su red propia deberá ser auditada por un ente auditor independiente y reportada ante la Superintendencia Nacional de Salud.

## **CAPÍTULO IV MODELO DE ATENCIÓN**

**Artículo 13. Fortalecimiento del hospital público.** El hospital público podrá ser objeto de referenciación y asistencia técnica por un hospital público o privado acreditado, para mejorar la gestión asistencial y administrativa, direccionado a facilitar su acreditación y mejorar sus condiciones de eficiencia operativa. Para ello, se creará un programa de asistencia técnica con indicadores de evaluación y seguimiento, el cual contará con recursos del gobierno Nacional, liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**Parágrafo 1.** El hospital público o privado que apoye por medio de referenciación a un hospital público y que producto de este proceso, éste último logre el reconocimiento de acreditación, tendrá como incentivo la suspensión del pago de la tasa de vigilancia a la Superintendencia Nacional de Salud, por un año.

**Parágrafo 2.** Se considerará la posibilidad de apropiar recursos en calidad de subsidio a la oferta para aquellos hospitales públicos que requieren financiar su operación, ubicados en zonas alejadas o de difícil acceso, que sean monopolio de servicios considerados como trazadores y no sostenibles por la venta de servicios.

**Artículo 14. Mejoramiento de la capacidad resolutive del hospital público.** El Gobierno nacional apropiará los recursos necesarios para fortalecer el hospital público y mejorar su capacidad resolutive, por medio de la financiación o cofinanciación de proyectos de inversión en infraestructura física y/o dotación de equipos biomédicos, que apoyen la habilitación de servicios considerados estratégicos por la Nación, en especial en los prestadores de servicios de salud ubicados en la zona rural o en municipios distantes y con alta dispersión poblacional.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la elaboración de un plan maestro de inversiones en equipamientos e infraestructura física, consistente con todas las herramientas de planeación de la prestación de servicios de salud y determinará la priorización de la inversión en los proyectos considerados fundamentales para mejorar las condiciones de atención de la población, incluyendo la evaluación del mismo. Para esto, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en coordinación con el Departamento de Planeación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social, determinarán anualmente el monto de los recursos a apropiar para realizar la respectiva inversión.

**Parágrafo.** Las IPS de carácter privado desarrollarán planes de fortalecimiento para mejorar su capacidad resolutive en el primer nivel de atención.

**Artículo 15. Habilitación de servicios en regiones dispersas, distantes y lejanas.**

Dentro del año siguiente a la expedición de la presente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social, expedirá la normativa relacionada con la habilitación de servicios en regiones dispersas, distantes y lejanas, sin afectar la accesibilidad ni la garantía de calidad en la atención a la población residente en dichos espacios. Esta reglamentación deberá ser actualizada mínimo cada dos (2) años.

**Artículo 16. Fortalecimiento de los servicios por telemedicina.**

Se incorporará, dentro de los 3 años siguientes al inicio de vigencia de la presente ley, la prestación de servicios de salud con la modalidad de telemedicina, con énfasis en los puntos de atención ubicados en sitios alejados y dispersos.

**Artículo 17. Política Nacional de Calidad en la Atención en Salud.**

El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del año siguiente a la expedición de la presente ley, actualizará la Política Nacional de Calidad en Atención en Salud, la cual deberá incluir, como mínimo, aspectos relacionados con humanización, accesibilidad, oportunidad, eficiencia y centrada en las necesidades y expectativas de los usuarios. La política deberá incluir adicionalmente la determinación de indicadores de mejoramiento de la calidad, con metas definidas a corto, mediano y largo plazo y la generación de incentivos para los actores del sistema.

**Artículo 18. Creación de incentivos para la consolidación del programa de acreditación de los actores del SGSSS.**

El Gobierno nacional determinará las condiciones de implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, con énfasis en el proceso de acreditación de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tales como las entidades territoriales departamentales, distritales y de municipios certificados y no certificados y los prestadores de servicios de salud y con base en la generación de incentivos, para el mejoramiento de las condiciones de atención integral y de calidad a los afiliados al Sistema. Este proceso deberá contar con indicadores que permitan la evaluación del avance de la calidad y formarán parte de los procesos de medición de la implementación de la Política Nacional de Calidad.

**Artículo 19. Política de humanización en la atención en salud.**

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará, dentro del año siguiente a la promulgación de la presente ley, la expedición de una Política de humanización en la atención en salud, la cual deberá ser coherente con el Plan Nacional de Calidad en la Atención en Salud, dirigida a mejorar la atención de las personas que son atendidas por los diferentes actores del SGSSS, con énfasis en la población en condiciones de vulnerabilidad y

considerando las necesidades y con direccionamiento final a lograr accesibilidad y calidad en la atención.

Esta política deberá contar con indicadores de proceso y resultado e impacto y a partir de la evaluación de los indicadores, se generarán incentivos, con el fin de continuar en el proceso de mejoramiento continuo. La Superintendencia Nacional de Salud realizará el proceso de inspección, vigilancia y control en la implementación de las acciones determinadas en la política de humanización e implementará las acciones que considere pertinentes.

**Artículo 20. Eliminación de las barreras de acceso por trámites para autorizaciones, programación y priorización de citas.** En desarrollo de la Política Nacional de Calidad de la Atención en Salud y de la Política de Humanización en la Atención en Salud, las entidades territoriales y los prestadores de servicios de salud, deberán eliminar los trámites a cargo de los usuarios, para la programación y priorización de citas, las autorizaciones de procedimientos, la entrega de medicamentos, y cualquier otra actividad que dificulte el acceso a los servicios de salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social determinará, en máximo un (1) año después de promulgada la presente ley, los indicadores de proceso y resultado que serán implementados para el procedimiento de evaluación de las condiciones de ingreso y permanencia de la habilitación de los prestadores de servicios de salud y aplicarán la normatividad vigente para las entidades territoriales. La Superintendencia Nacional de Salud evaluará el resultado de estos indicadores y el no cumplimiento de las metas de los mismos, será causal de las sanciones que se consideren.

## **CAPÍTULO V SALUD PÚBLICA**

**Artículo 21. Regionalización en el SGSSS.** El Sistema de Salud deberá organizarse por regiones, dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, partiendo del reconocimiento de las distintas interacciones que se dan entre las personas y comunidades con sus espacios geográficos y sus determinantes sociales en salud más allá de las fronteras político-administrativas, por lo que desde las acciones promocionales, pasando por la prestación de servicios de salud operado en redes, el aseguramiento, hasta la definición de intervenciones y metas, se ajustará a las distintas condiciones, necesidades y problemas en salud de las poblaciones residentes en cada región, considerando los usos y costumbres de las comunidades étnicas en las entidades territoriales con presencia significativa de las mismas.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el Departamento Nacional de Planeación, con base en parámetros técnicos tales como vías de comunicación, condiciones de desplazamiento, indicadores demográficos y epidemiológicos, entre otros factores, determinarán la organización de las regiones, para lo cual deberá convocar a los departamentos y municipios que se requieran.

Las labores de inspección, vigilancia y control, a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud – SNS y de las entidades territoriales, deberán tener en cuenta la regionalización determinada según lo planteado en el presente artículo.

**Artículo 22. Fortalecimiento de la salud pública territorial.** El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, expedirá un plan de fortalecimiento de la salud pública territorial, coherente y consistente con las demás herramientas de planeación territorial, el cual deberá partir de las necesidades territoriales particulares e implementar actividades de promoción de la salud con búsqueda activa de personas, prevención de la enfermedad, prestación de servicios, diagnóstico, rehabilitación y paliación, en el contexto de las rutas integradas de atención en salud definidas, a partir de los determinantes sociales y destinada a garantizar la integralidad y continuidad de la atención y con el fin de hacer más eficientes la utilización de los recursos.

El plan de fortalecimiento se enfocará, a partir de la implementación de la estrategia de atención primaria, principalmente en la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles, la atención de la población obstétrica e infantil, la atención integral en salud mental, la seguridad alimentaria, la calidad del agua para consumo humano, la accidentalidad vial, el tratamiento efectivo de enfermedades crónicas e infecciosas y las que se consideren pertinentes, con definición y establecimiento de indicadores de resultado, que permitan la generación de incentivos por gestión adecuada y oportuna.

**Artículo 23. Política Nacional de Autocuidado.** El Ministerio de Salud y Protección Social, durante el año siguiente a la promulgación de la presente ley, elaborará e iniciará la implementación de la Política Nacional de Autocuidado.

**Artículo 24. Fortalecimiento del Plan Ampliado de Inmunizaciones.** El Ministerio de Salud y Protección social, dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, expedirá un plan de fortalecimiento del Plan ampliado de Inmunizaciones, que deberá contener cuando menos los siguientes objetivos:

a) Actualizar el Programa Ampliado de Inmunización – PAI, en aras de modernizar, reforzar y ampliar los esquemas de vacunación de que está

compuesto, reduciendo el riesgo de morbilidad por enfermedades prevenibles y garantizando el derecho fundamental de la atención en salud.

- b) Reforzar la gestión por parte de los actores del SGSSS para completar y brindar cobertura universal en todo el territorio nacional del Programa Ampliado de Inmunización – PAI, manteniendo los servicios de vacunación de manera permanente y sin barreras ante la respuesta de brotes y epidemias.
- c) Aumentar la destinación de recursos específicos del Presupuesto General de la Nación – PGN y del Sistema General de Participación – SGP en el sector salud para financiar la actualización e implementación continua del Programa Ampliado de Inmunización – PAI

## **CAPÍTULO VI TALENTO HUMANO EN SALUD**

**Artículo 25: Actualización e implementación de la Política Nacional de Talento Humano en Salud.** El Gobierno nacional, actualizará e implementará la Política de Talento Humano en Salud, articulando los procesos de formación, investigación, innovación, ejercicio y desempeño del Talento Humano en Salud en torno a las necesidades de salud de la población, que logren como resultado el aumento de la oferta de especialidades médicas, según las necesidades de la población colombiana.

**Parágrafo:** En común acuerdo con las Universidades y las Entidades Territoriales, el Ministerio de Salud y Protección Social priorizará la formación en las especialidades que tengan clara orientación a la gestión del riesgo en salud desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, priorizando así mismo la formación de estos especialistas en regiones carentes de tales profesionales.

**Artículo 26. Formalización del Talento Humano en Salud.** Los prestadores de servicios de salud, dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, elaborarán el estudio de cargas laborales en su institución, con base en el cual, podrán crear y formalizar progresivamente plantas temporales para la vinculación del personal que labora permanentemente en la institución, de acuerdo a las prioridades que identifiquen.

Los prestadores de servicios de salud no podrán usar las cooperativas de trabajo asociado o los contratos sindicales como forma de vinculación de sus trabajadores.

Mientras se crean las plantas e implementan las plantas temporales, los prestadores de servicios de salud podrán hacer uso de las empresas de servicios temporales para la vinculación del personal requerido.

## **CAPÍTULO VII MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS E INSUMOS**

**Artículo 27. Política industrial farmacéutica.** El Gobierno nacional liderará la elaboración de un CONPES que propenda por la seguridad sanitaria y favorezca la producción local de tecnologías en salud.

**Artículo 28. Fortalecimiento del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA.** Modificar el artículo 2º de la Ley 2069 de 2020, el cual quedará así:

*«Artículo 2. Tarifas del registro ante el instituto nacional de vigilancia de medicamentos y alimentos -INVIMA. Modifíquese el artículo 9 de la Ley 399 de 1997, el cual quedará así:*

*Artículo 9. Manual de tarifas. El Instituto Nacional de Medicamentos y Alimentos INVIMA expedirá el manual de tarifas para el cobro de la tasa de los servicios prestados por esa entidad»*

**Parágrafo 1.** *Las pequeñas y medianas empresas podrán recibir un subsidio para financiar parte de las tarifas establecidas por el INVIMA. El Ministerio de Comercio, Industria y Turismo y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público determinarán los recursos que se podrán destinar para este propósito.*

*No podrán acceder a los subsidios parciales de las tarifas establecidas por el INVIMA las pequeñas y medianas empresas que se encuentren en una situación de subordinación respecto de gran empresa, o pertenezcan a un grupo empresarial, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 260 y 261 del Código de Comercio. En el caso de que las empresas decidan ceder su registro, las empresas cesionarias deberán cancelar el valor que les corresponda por dicho registro de acuerdo con su tamaño».*

El INVIMA elaborará y ejecutará un plan de modernización tecnológica, operativa y de capacidades institucionales, tendiente a la agilización de los trámites que tiene a su cargo, el cual deberá socializar ante el Consejo Asesor del Sistema de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 29. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud.** Modificar el artículo 92 de la Ley 1438 de 2011, el cual quedará así:

*«Artículo 92. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud. El Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud es una entidad descentralizada indirecta, de carácter técnico científico, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, que pertenece al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación*

*El instituto estará adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social y tendrá a cargo la evaluación de tecnologías en salud basada en la evidencia científica, guías y protocolos sobre procedimientos, medicamentos y tratamiento de los servicios y tecnologías en salud disponibles en el territorio nacional.*

*El presupuesto General de la Nación, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, financiará los gastos de funcionamiento del IETS».*

**Artículo 30. Tasa de evaluación de tecnologías de primera vez para financiar IETS.**

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará en el siguiente año la creación de una tasa de contribución obligatoria de la industria farmacéutica nacional e internacional a partir de la expedición de registros sanitarios de primera vez, para incrementar los recursos del IETS y fortalecer su capacidad técnica y operativa.

## **CAPITULO VIII SISTEMAS DE INFORMACION EN SALUD.**

**Artículo 31. Torre de Control digital de Información en Salud.** Créase la Torre de Control digital de Información en Salud.

**Parágrafo 1. Conformación y Gobernanza.**

La Torre de Control digital de Información en Salud se creará de acuerdo con lo establecido en la Ley 48 de 1998. Como una Entidad descentralizada indirecta con

presupuesto independiente, sin ánimo de lucro, organizada bajo las leyes Colombianas, dentro del marco de la constitución política adscrita al Ministerio de salud con una Junta Directiva presidida por el Ministerio de Salud.

**Parágrafo 2. Funciones de la Agencia. Son funciones de la unidad:**

1. Estandarizar e integrar la información.
2. Poner la información a disposición de los interesados con total transparencia, para mejorar la capacidad de análisis de la información, fortalecer la toma de decisiones en pro de mejorar los resultados salud, las expectativas de los ciudadanos y la sostenibilidad del sistema.
3. Implementar estrategias para aumentar la oferta en los lugares más remotos del país, con la incorporación de servicios de telemedicina en los centros de atención primaria.

**Artículo 32. Fortalecimiento de la Interoperabilidad de Historia Clínica (IHC) en zonas apartadas.** El gobierno nacional asignará recursos para el fortalecimiento y puesta en producción de la Interoperabilidad de la Historia Clínica para los Hospitales públicos ubicados en las zonas apartadas. Se fortalecerán las competencias de estas entidades con la creación de equipos de personas para la puesta en producción de la IHC.

**Parágrafo 1.** El equipo de puesta en producción de IHC deberá conformarse con base en la información técnica que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

## **CAPÍTULO IX INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL**

**Artículo 33. Evaluación de los programas territoriales de reorganización, rediseño y modernización de las redes de Empresas Sociales del Estado.** La Superintendencia Nacional de Salud, en su competencia de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incorporará dentro de sus actividades vigiladas y objeto de sanción, el cumplimiento de los aspectos considerados como necesarios de analizar y definir en el programa territorial de reorganización, rediseño y modernización de las redes de empresas sociales del Estado presentado por cada departamento o distrito y aprobado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en lo relacionado con la organización administrativa, el portafolio de servicios y el plan

de acción elaborado para el cumplimiento de las actividades consideradas en dicho programa territorial.

**Artículo 34. Inspección, vigilancia y control sobre los Planes Territoriales de Salud.** La Superintendencia Nacional de Salud hará inspección y vigilancia al cumplimiento de los Planes Territoriales de Salud a cargo de los departamentos, distritos y municipios. En caso de incumplimiento sancionará a tales entidades territoriales conforme a las normas vigentes.

**Artículo 35. Facultades extraordinarias.** Otórguense facultades extraordinarias al Gobierno nacional por el término de 6 meses contados a partir de la expedición de la presente ley para que adopte el decreto con fuerza de ley que contenga las sanciones que se deben imponer a los departamentos, distritos y municipios, por el incumplimiento de los planes territoriales de salud.

## **CAPÍTULO X ENFOQUE DIFERENCIAL**

**Artículo 36. Modelo diferencial de atención y de prestación de servicios de salud para zonas consideradas especiales por presencia de población indígena.** El gobierno Nacional reglamentará la adopción de un modelo diferencial de atención y de prestación de servicios de salud en salud para zonas consideradas especiales por presencia de población indígena, con un enfoque fundado en el principio de la diversidad étnica y cultural y la cosmovisión de los pueblos indígenas, de manera que se garantice real y efectivamente el acceso de la población a los servicios de salud.

La formulación del modelo responderá a lo previsto en la reglamentación expedida, teniendo en cuenta la estrategia de Atención Primaria en Salud y su implementación se realizará de forma gradual, en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social y la entidad territorial respectiva. La implementación se realizará en concertación con los pueblos indígenas a través de sus instancias representativas.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con los representantes de las comunidades indígenas, reglamentará la conformación e implementación del modelo de salud diferencial.

## **CAPÍTULO XI**

## INTERSECTORIALIDAD

**Artículo 37. Comisión Intersectorial Permanente para la Gestión de la Salud Pública - CIGES.** Créase la Comisión Intersectorial Permanente para la Gestión de la Salud Pública en Colombia.

**Artículo 38. Conformación de la CIGES.** La CIGES estará integrada por:

El ministro de salud y protección social o su delegado, quien la presidirá  
El ministro de minas y energía o su delegado  
El ministro de transporte o su delegado  
El ministro de agricultura y desarrollo rural o su delegado  
El ministro de vivienda, ciudad y territorio o su delegado  
El ministro de medio ambiente y desarrollo sostenible o su delegado  
El ministro de educación  
El ministro de tecnologías de información y comunicaciones o su delegado  
El ministro de comercio, industria y turismo o su delegado  
El ministro de ciencias o su delegado  
El ministerio de cultura  
El ministerio de igualdad  
El ministerio de justicia  
El director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado  
El director del Departamento Administrativo de la Prosperidad Social  
El director del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar  
El superintendente Nacional de Salud o su delegado  
El director del Instituto Nacional de Salud o su delegado

**Parágrafo 1.** La comisión se reunirá, por lo menos, cinco (5) veces al año o cuando el funcionario que la presida la cite de manera extraordinaria.

**Parágrafo 2.** A las sesiones convocadas podrán ser invitados con voz, pero sin voto, entidades públicas del orden nacional o territorial, entidades privadas, expertos académicos y particulares cuyo aporte se estime de utilidad para los fines encomendados a la Comisión.

**Parágrafo 3.** En su primera sesión, la Comisión se dará su propio reglamento; determinará los mecanismos mediante los cuales se tomarán las decisiones y elegirá el integrante que ejercerá la secretaría técnica. De cada sesión debe quedar un acta con los temas tratados, las decisiones adoptadas y los compromisos adquiridos.

**Parágrafo 4.** Los integrantes de la Comisión deberán cumplir a cabalidad los compromisos adquiridos en cada sesión, de los cuales, el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, hará seguimiento.

**Artículo 39. Funciones de la Comisión Intersectorial para la Gestión de la Salud Pública - CIGES.** Son funciones de la CIGES:

1. Coordinar la formulación de la política integral e intersectorial para la gestión de la salud pública en Colombia.
2. Proponer y tramitar un documento Conpes en el que se incluya la hoja de ruta para la gestión intersectorial de la salud pública en Colombia, con la participación de los sectores representados por los integrantes de la comisión, que considere de manera individual y/o combinada los determinantes sociales, económicos, políticos, ambientales, sanitarios, tecnológicos y biológicos que tengan incidencia en la salud humana.
3. Propiciar las actividades necesarias para la efectiva ejecución e implementación del documento Conpes mencionado en el numeral anterior.
4. Proponer y propiciar la creación, articulación y armonización de las normas que rigen cada sector representado por los integrantes de la Comisión, con el propósito de ejecutar e implementar el documento Conpes.
5. Establecer mecanismos de coordinación con otras comisiones intersectoriales y definir estrategias que permitan el trabajo conjunto.
6. Solicitar información a las autoridades competentes cuando se requiera.
7. Apoyar la creación de Sistemas Unificados de Información para el desarrollo de los objetivos de la gestión intersectorial de la salud pública.
8. Promover la divulgación y publicación de la información sobre gestión de la salud pública.
9. Promover la creación de los Consejos Territoriales Intersectoriales para la gestión de la salud pública y orientar su reglamentación.

**Artículo 40. Modificar el artículo 44.3.2 de la Ley 715 de 2001, el cual quedará así:**

44.3.2. Establecer la situación de salud en el municipio y propender por el mejoramiento de las condiciones que la determinan, para lo cual realizará un censo de las personas que habitan en cada casa de su municipio, identificando:

- a. La conformación del núcleo familiar o de los núcleos familiares, en caso de que habiten varias familias en un mismo lugar (identificación de las personas, edad, seguridad social, grado de escolaridad, entre otros).
- b. Las condiciones de la vivienda en cuanto a su infraestructura (Pisos, paredes techos, agua potable, consumo de aguas de río o de lluvia, alcantarillado, baños, pozo séptico, tanques para almacenar agua, mascotas, entre otros).
- c. las características del entorno en el que se encuentra la vivienda (carreteras, establecimientos educativos, prestadores de servicios de salud, entre otros).

Con la información que arroje el censo, el alcalde municipal, identificará las prioridades de inversión de los recursos y promoverá la coordinación, cooperación e integración funcional de los diferentes sectores para la formulación y ejecución de los planes programas y proyectos en salud pública en su jurisdicción.

Los alcaldes municipales definirán bianualmente las intervenciones prioritarias del plan de intervenciones colectivas de su municipio y las ejecutará con los recursos destinados para el efecto.

**Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Departamento Nacional de Planeación reglamentarán el contenido de la información que deben recaudar las alcaldías municipales en el censo territorial.

**Artículo 41 Vigencia.** La presente Ley deroga las disposiciones que le sean contrarias.

---

---