

Bogotá D.C. 29 de mayo de 2023

Honorable Representante:

AGMETH ESCAF TIJERINO


Presidente Comisión Séptima Constitucional Permanente
Cámara de Representantes

ASUNTO: Informe de ponencia positiva alternativa para segundo debate al Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", acumulado con los Proyectos de Ley No. 340 de 2023 Cámara "Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud; el Proyecto de Ley No. 341 de 2023 Cámara "Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)", y el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 Cámara "Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud".

Respetado presidente:

De acuerdo a la ratificación realizada el pasado 24 de mayo de 2023, por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, según lo dispuesto en la Constitución Política y en los artículos 150 y 153 la Ley 5a de 1992, estando dentro del término establecido para tal efecto, me permito rendir informe de ponencia alternativa positiva para Segundo Debate al **Proyecto de Ley de la referencia No. 339 de 2023 Cámara**, acumulado con los **Proyectos de Ley No. 340 de 2023; 341 de 2023 Cámara y 344 de 2023 Cámara.**

Del Honorable Representante,



GERMÁN ROGELIO ROZO ANÍS
Representante a la Cámara
Departamento de Arauca
Coordinador Ponente

INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA SEGUNDO DEBATE

Con el ánimo de proponer un texto de ponencia comprensible a los Honorables miembros de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes que busque precisar los objetivos, alcance y la necesidad del proyecto, procedemos a desarrollar el informe de ponencia en el siguiente orden:

1. Antecedentes y trámite legislativo
2. Objeto del proyecto
3. Consideraciones generales
 - 3.1 El sistema de salud en Colombia
 - 3.1.1 Indicadores trazadores de la situación del sistema de salud
 - 3.1.2 Reclamación de los ciudadanos por restricciones al acceso a los servicios y el derecho a la salud
 - 3.1.3 Situación del Aseguramiento
 - 3.1.4 Gestión del Riesgo en Salud
 - 3.1.5 Protección financiera y sostenibilidad fiscal
4. Costos estimados de una Reforma al Sistema de Salud
5. Fundamentos jurídicos
6. Contenido de los proyectos de ley acumulados
7. Consideraciones del ponente
 - 7.1 Modificaciones propuestas
8. Circunstancias o eventos que pueden generar posibles conflictos de intereses
9. Impacto fiscal
10. Proposición
11. Texto propuesto

1. ANTECEDENTES Y TRÁMITE LEGISLATIVO

El Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara *"Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"* fue radicado por el Gobierno Nacional, en cabeza de la Ministra de Salud y Protección Social Carolina Corcho Mejía, acompañada por los Honorables Senadores Isabel Cristina Zuleta López, Martha Isabel Peralta Epieyu, Aida Yolanda Avella Esquivel, César Augusto Pachón Achury, y los Honorables Representantes a la Cámara Alfredo Mondragón Garzón, David Ricardo Racero Mayorca, Agmeth José Escaf Tijerino, Pedro Baracutao García Ospina, Juan Carlos Vargas Soler, Juan Pablo Salazar Rivera.

En virtud de lo consagrado en la Ley 3ª de 1992 y considerando la temática que busca regular la iniciativa legislativa, el expediente fue remitido el día 17 de febrero del presente año a la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes, donde su Mesa Directiva, mediante oficio CSCP 3.7-089-2023

con fecha del 23 de febrero de 2022, realizó la designación como Coordinadores Ponentes a los Honorables Representantes Germán Rogelio Rozo Anís, Martha Lisbeth Alfonso Jurado, Gerardo Yepes Caro y Alfredo Mondragón Garzón, asimismo, designó como ponentes a los Honorables Representantes Germán Gómez López, Juan Carlos Vargas Soler, Betsy Judith Pérez Arango, Camilo Esteban Ávila Morales, y Juan Felipe Corzo Álvarez, para que rindieran informe de ponencia para primer debate.

Al mismo tiempo, fue radicado el **Proyecto de Ley No. 340 de 2023** Cámara "*Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud*", de iniciativa parlamentaria y de autoría de los Honorables Senadores Honorio Miguel Henríquez Pinedo, José Vicente Carreño Castro, María Fernanda Cabal Molina, Andrés Felipe Guerra Hoyos, Josué Alirio Barrera Rodríguez, Miguel Uribe Turbay, Carlos Meissel Vergara, Ciro Alejandro Ramírez Cortés, Yenny Esperanza Rozo Zambrano, Paloma Susana Valencia Laserna, y por los Honorables Representantes Andrés Eduardo Forero Molina, Juan Fernando Espinal Ramírez, Cristián Munír Garcés Aljure, Yulieth Andrea Sánchez Carreño, Carlos Edward Osorio Aguilar, Oscar Darío Pérez Pineda, Eduard Alexis Triana Rincón, Jaime Uscátegui Pastrana, Yenica Sugei Acosta Infante, Juan Felipe Corzo Álvarez y Hernán Darío Cadavid Márquez, remitido el 17 de febrero de 2023 a la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes por competencia.

Posteriormente, el día 15 de marzo del 2023 fue remitido a la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes el **Proyecto de Ley No. 341 de 2023** Cámara "*Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)*", de autoría de los Honorables Congresistas Carlos Abraham Jiménez López y Andrés Eduardo Forero Molina.

En la misma fecha, se remitió a la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes el **Proyecto de Ley No. 344 de 2023** Cámara "*Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud*", también de origen parlamentario radicado por los Honorables Congresistas H.S. Ciro Alejandro Ramírez Cortes H.R. Óscar Darío Pérez Pineda, H.R. Mauricio Parodi Díaz.

Por decisión de la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes proferida mediante Resolución No. 006 del 22 de marzo de 2023, notificada en la misma fecha, se dispuso acumular el **Proyecto de Ley No. 339 de 2023** Cámara "*Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*", con los **Proyectos de Ley No. 340 de 2023** Cámara "*Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud*", **Proyecto de Ley No. 341 de 2023** Cámara "*Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)*", y el **Proyecto de Ley No. 344 de 2023** Cámara "*Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud*", ratificando la designación como como Coordinadores

Ponentes a los Honorables Representantes Germán Rogelio Rozo Anís, Martha Lisbeth Alfonso Jurado, Gerardo Yepes Caro y Alfredo Mondragón Garzón, y como ponentes a los Honorables Representantes Germán Gómez López, Juan Carlos Vargas Soler, Betsy Judith Pérez Arango, Camilo Esteban Ávila Morales, y Juan Felipe Corzo Álvarez, para que rindan informe de ponencia para primer debate.

En el marco del procedimiento legislativo adelantado, se llevaron a cabo distintas mesas técnicas de trabajo entre los Coordinadores Ponentes, Ponentes y el equipo técnico del Ministerio de Salud y Protección Social, con el fin de analizar los componentes jurídicos y de conveniencia del de ley Proyecto de Ley No. 339 de 2023 y sus acumulados.

Sin embargo, debido a diferencias en algunos elementos esenciales de una propuesta mayoritaria radicada 31 de abril de la presente anualidad, y publicada en Gaceta No. 283 de 2023, nos apartamos de dicho texto y procedimos a radicar escrito de ponencia alternativa para primer debate encontrándome dentro del término legal establecido.

En el transcurso de la discusión llevada a cabo en primer debate, fue negado en sesión formal del 19 de abril de 2023, el informe de ponencia de archivo suscrito por los Honorables Representantes Betsy Judith Pérez Arango y Juan Felipe Corzo.

Por otra parte, el 25 de abril de 2023 fue aprobada la proposición con la que termina el informe de la ponencia positiva mayoritaria junto con su enmienda (Gacetas 283 y 338 de 2023). Del 16 de mayo al 23 de mayo de 2023 se votaron los artículos, terminando con el trámite total del articulado el día 23 de mayo del 2023.

La ponencia alternativa radicada por el suscrito, no fue debatida, motivo por el cual se radicaron una serie de proposiciones, relacionadas con los siguientes artículos de la ponencia mayoritaria:

Proposición	Estado
Artículo 2: Aseguramiento Social en salud	Negada
Artículo 4: Definición del modelo de salud	Negada
Artículo 7: Identificación de determinantes Sociales de la Salud	Negada
Artículo 7: Centros de Atención Primaria en Salud y Adscripción de la Población	Negada
Artículo 29: Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública	Negada
Artículo 35: Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA)	Negada

Artículo 37: Objeto de las ISE	Negada
Artículo 42: Requisitos para el Cargo de Director de las ISE	Negada
Artículo 42: Integración del Consejo Directivo de las ISE	Negada
Artículo 47: Entidad de Salud del Estado Itinerante	Negada
Artículo 49: Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS)	Aprobada parcialmente
Artículo 50: Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida	Aprobada
Artículo 82: Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del Orden Departamental y Distrital	Avalada
Artículo 137: Transición hacia las nuevas ISE	Aprobada
Artículo NUEVO: Fortalecimiento del INVIMA	Aprobada
Artículo NUEVO: Modelo Diferencial de Salud	Negada
Artículo NUEVO: Libre elección de los Usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud	Negada
Artículo NUEVO: Territorialización del Aseguramiento Social en Salud	Negada

Ahora bien, atendiendo a que persisten diferencias en ciertos elementos esenciales de la postura mayoritaria, y en ratificación de la designación que hecha por la mesa directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes mediante Oficio CSCP 3.7-305-23 del 24 de mayo del presente año, me permito radicar ponencia alternativa positiva para segundo debate.

2. OBJETO DEL PROYECTO

La presente Ley desarrolla los diferentes objetos con sus variables diferenciales propuestos en los proyectos de Ley No. 339 de 2023 Cámara, No. 340 de 2023 Cámara, No. 341 de 2023 Cámara y No. 344 de 2023 Cámara, cuyas líneas comunes están dirigidas a fortalecer el Sistema de Salud, garantizar el acceso efectivo de los usuarios a los servicios de salud fundamentado en un aseguramiento social en salud, fortalecer la gestión integral del riesgo en salud en el marco de la estrategia de atención primaria en salud así como los Determinantes Sociales de la Salud.

3. CONSIDERACIONES GENERALES

Para el presente escrito de ponencia se tuvieron en cuenta los distintos elementos teóricos y estadísticos consignados en la exposición de motivos de cada uno de los proyectos de ley acumulados, así como lo expuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro del proyecto de Ley No. 339 de 2023 y aquellos elementos coincidentes consignados en la ponencia mayoritaria, que tienen mérito para mantenerse dentro del propósito que me asiste de apoyar los cambios necesarios en el sistema y que permiten una elaboración más coherente de las consideraciones de esta ponencia para lograr una reforma al sistema de salud como es el fin común.

3.1 El sistema de salud en Colombia

Después de la promulgación de la Constitución de 1991 en Colombia, se desarrolló un sistema de seguridad social en salud con el propósito de intervenir en la redistribución de la riqueza y cumplir con los principios de dignidad humana, igualdad, universalidad, eficiencia y solidaridad¹. Todo esto se enmarca en el concepto de Estado de Bienestar. Según el artículo 49 de la Constitución Política, el Estado tiene la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud, incluyendo el acceso a servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Además, el Estado tiene la tarea de dirigir, coordinar y controlar dichos servicios.

- **Resultados del Sistema de Salud en Colombia:**

El modelo del sistema de salud adoptado desde 1993 pretendió garantizar los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad que establece el artículo 48 de la Constitución Política, cobertura con acceso oportuno de calidad, en pro de disminuir la mortalidad y aumentar los años de calidad de vida saludable, todo lo anterior, a través de la cobertura universal del servicio por medio de la afiliación de toda la población dentro del régimen contributivo y el régimen subsidiado.

Bajo el nuevo modelo, correspondía al Estado regular, analizar, inspeccionar y controlar el desempeño y los resultados de la interacción entre las EPS, las IPS y los entes territoriales, desde la gestión del riesgo individual, operativo y colectivo.

Colombia es un caso particular en la conformación de su sistema de protección social y, específicamente, el sistema de salud. Esto se debe a la construcción de un arreglo institucional en salud que, aunque complejo, ha sido innovador y ha permitido la incorporación de recursos tanto públicos como privados para atender las necesidades crecientes de la población con una visión de eficiencia y procurando la estabilidad sostenible de todo el sistema de salud.

¹ Artículo 48 de la Constitución Política de Colombia

3.1.1 Indicadores trazadores de la situación del sistema de salud

- Cobertura y aseguramiento:**

Tanto el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como su modelo conceptual de Pluralismo Estructurado tenían como principales propósitos la superación de las profundas limitaciones que el precario sistema de salud anterior presentaba, por ejemplo, antes de la Ley 100 de 1993, tan solo el 33% de la población tenía algún tipo de aseguramiento —dado por el Instituto de Seguros Sociales (ISS), las Cajas de Compensación Familiar y los seguros privados—y el 90% de los subsidios en salud terminaban destinados a los quintiles de mayores ingresos², entre otros.

Cobertura: La cobertura ha registrado una tendencia creciente a partir de 1995, pasando de 29,2% a casi una cobertura total. La cobertura del país se ubica por encima de países pares de la región

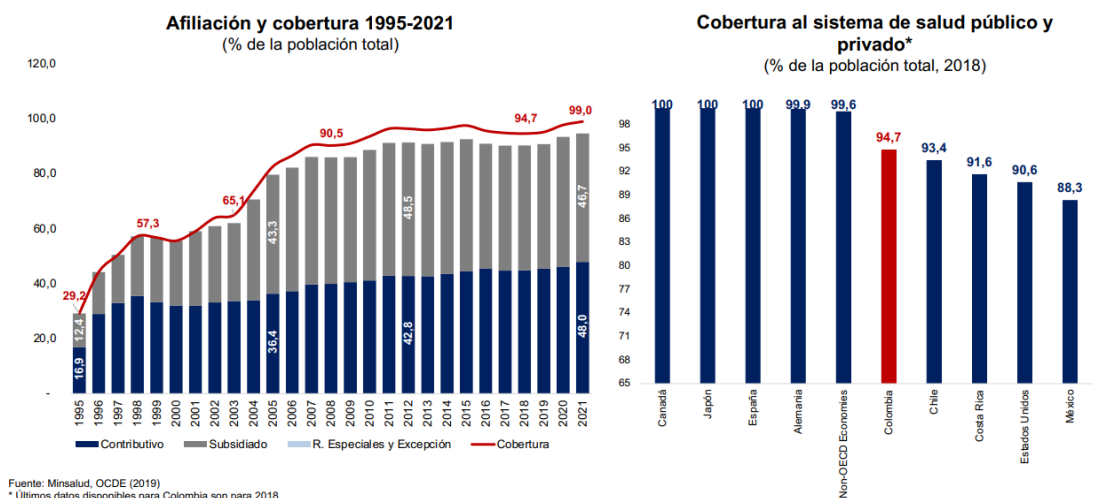


Gráfico 1. Cobertura del Sistema de Salud en Colombia
Fuente: Minsalud, OCDE (2019)

- Población afiliada al sistema de seguridad social en salud**

La afiliación de usuarios a los regímenes subsidiado y contributivo, es de 99,1%, en donde el 49,7% es contributivo, el 45,1% subsidiado y el 4,3% de regímenes especiales y de excepción. De esta forma el 1% de los colombianos, no están

² Núñez, Jairo, et al. La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano: Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro. 2012.

afiliados, frente a un total de población estimada DANE para 2022 de 51.609.474, aproximadamente 460.220 ciudadanos. Los departamentos con menor porcentaje de afiliación son Vaupés 68.54%, Vichada 69.60%, Cundinamarca 74,36% y Chocó 80.02%.

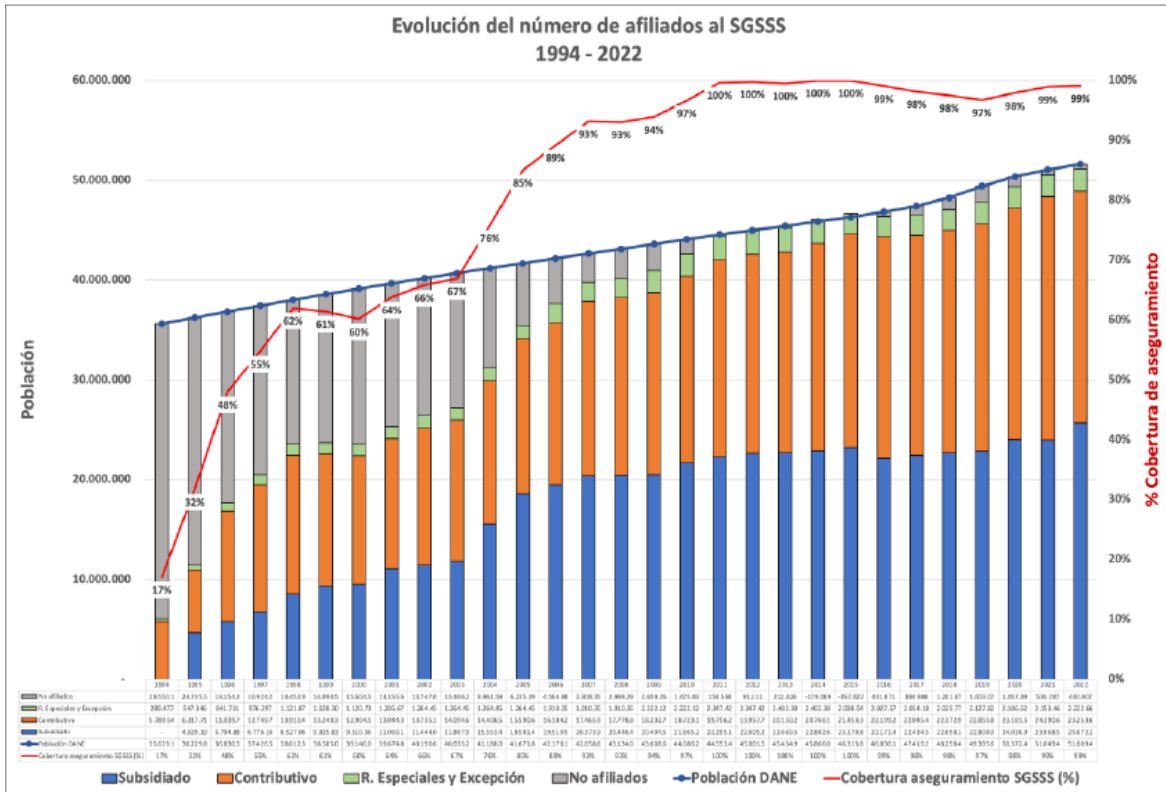


Gráfico 2. Evolución número de afiliados al SGSSS 1994-2022
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (1995 - 2022)³

En este sentido, el sistema de salud que resultó de la Ley 100 de 1993 ha cumplido con el objetivo de dar una cobertura universal a la población colombiana. Sin embargo, **a pesar del aumento en la cobertura y en la universalidad del acceso, siguen existiendo muchas desigualdades en materia de oferta, acceso, calidad y especialmente entre las zonas rurales y urbanas**.⁴

³ "Desempeño financiero y económico de las EPS del régimen contributivo y otros actores de la seguridad social en salud en Colombia 1993 – 2016". Carlos Alberto Jaimes. Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. 2009.

⁴<https://www.larepublica.co/economia/la-cobertura-tiene-tendencia-creciente-a-partir-de-1995-pasando-de-29-2-a-99-3464750>

Acceso: A pesar de la alta cobertura, hay niveles subóptimos en prestación de servicios de salud con desigualdades significativas en oferta y acceso entre las zonas urbanas y rurales del país

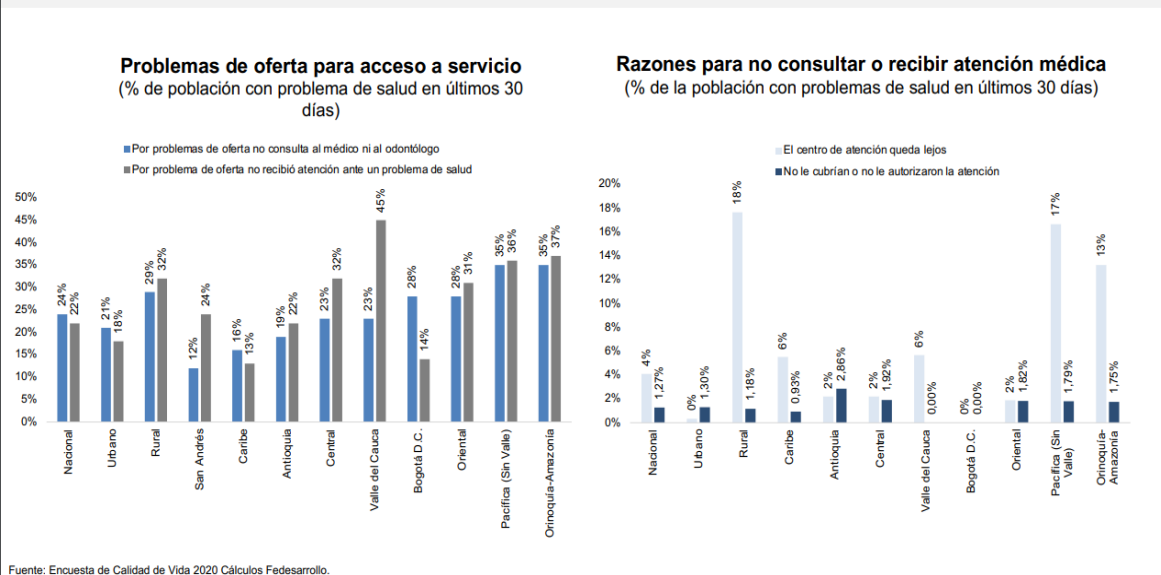


Gráfico 3. Desigualdades en el acceso a los servicios de salud en el país

De acuerdo con la encuesta de Calidad de Vida realizada por el DANE, han sido múltiples las razones por las que las personas no han recibido o solicitado atención médica en las ocasiones que lo han requerido. Muchas de ellas tienen que ver con factores de oferta, es decir, de quienes prestan los servicios, pero también con la demanda, que corresponde a aquellos relacionados con el usuario.

"Los resultados más recientes muestran que barreras como la oportunidad de la cita, la calidad del servicio, la ubicación geográfica del centro de atención y la cantidad de trámites han impedido el acceso a los servicios médicos para 1 de cada 5 personas con problemas de salud", según el informe.

La Encuesta Pulso Social también liderada por el DANE, consideró que a las dificultades ya existentes se sumaron unas nuevas restricciones por cuenta de la pandemia, que impactaron en diferente proporción a los diversos estratos socioeconómicos.

El informe señaló que 30,3% de las personas no pobres y 36,1% de las personas pobres reportaron haber dejado de asistir a consultas médicas desde el inicio de la cuarentena. Además, se reportaron interrupciones en la asistencia a otros servicios. "En promedio 17% de las personas dejó de asistir a citas odontológicas, y 7 %, a tratamientos médicos. Si bien esta situación puede haberse mitigado parcialmente con el uso de teleconsultas, la interrupción puede

configurar riesgos de salud en el mediano y largo plazo que deben ser monitoreados", indicó el informe.⁵

- **Mortalidad:**

Desde la vigencia del modelo de salud instaurado por la Ley 100 de 1993 se han logrado avances importantes que se reflejan en los indicadores de morbi-mortalidad, dado que han bajado algunos de los indicadores trazadores de salud acercándose a la media internacional. La afiliación supera el 98% de la población y por lo menos en las zonas urbanas de ciudades grandes e intermedias los valores de atención de la enfermedad han crecido y el Estado ha aumentado casi tres veces el presupuesto en salud desde 1994.⁶

Sin embargo, las cifras aportadas por el Ministerio de Salud y Protección Social muestran que entre los años 2005 y 2020, en Colombia se produjeron en promedio 242.042 muertes al año; durante este periodo la tasa de mortalidad aumentó en un 31,7%, pasando de 455,3 a 597,2 muertes por cada 100.000 personas, que corresponde a 81.381 muertes más en 2020 que en 2015.

- **Mortalidad evitable:**

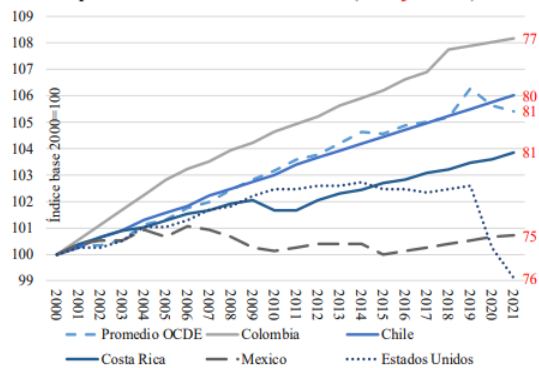
De acuerdo al Sistema de Estadísticas Vitales liderado por este Ministerio de Salud y Protección Social, el 46,6% de las muertes reportadas, entre 2005 a 2020, fueron muertes evitables, esto equivale a 1.598.441 personas. Sin embargo, desde el año 2001 hasta el 2019 ha habido un descenso en el índice de mortalidad evitable que llegó a un mínimo histórico de 247 muertes por cada 100.000 habitantes.

⁵ <https://www.larepublica.co/economia/uno-de-cada-cinco-pacientes-presenta-problemas-para-acceder-al-sistema-de-salud-3378835>

⁶ Ponencia mayoritaria radicada para primer debate a los proyectos de ley 339 de 2023 y acumulados. Gaceta 283 de 2023

Índice de expectativa de vida

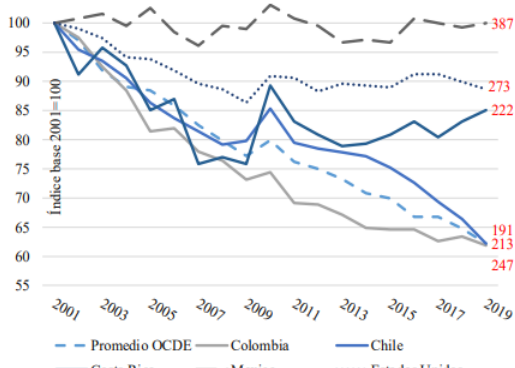
Años promedio desde el nacimiento (en rojo 2021)



Fuente: OECD.Stats.

Índice mortalidad evitable (prevenible + tratable)

Muertes por cada 100.000 habitantes (en rojo 2019)



Fuente: OECD.Stats.

- En 21 años tiene mejor crecimiento en expectativa de vida (68 → 77 años, 6%) y la mortalidad evitable se ha reducido sustancialmente (389 → 247 m., -37%), con respecto al promedio OCDE, y algunos países – pares.

Gráfico 4. Índices de expectativa de vida y mortalidad evitable
Fuente: OCDE STATS

• **Mortalidad materna:**

Colombia ha registrado un descenso constante y significativo de la mortalidad materna en las últimas décadas pasando de 100 a 50 por cada 100.000 nacimientos, entre los años 2000 y 2019 —periodo pre-pandémico—, lo que significa una reducción del 200%.

Otro evento que es necesario revisar y hace parte de la agenda internacional de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es la mortalidad infantil. Ésta presenta un descenso incluso más pronunciado que el de la mortalidad materna, pasando de 744 por 100.000 niños y niñas menores de 5 años en 1990 a 268 por 100.000 niños y niñas menores de 5 años en el año 2019, es decir, una reducción de casi 300% (ver figura 3, abajo).

De igual forma, la tasa de mortalidad neonatal muestra una reducción sostenida de 2005 a 2017, pasando de 9,9 por cada 1.000 nacidos vivos a 6,9 por cada 1.000 nacidos vivos, de acuerdo al Ministerio de Salud y Protección Social⁷.

Sin embargo, Respecto a los ODS, Colombia debe llegar en el año 2030 a razón de mortalidad materna de 32 sobre 100.000, para el 2020 debería tener razón de mortalidad materna de 51 sobre 100.000 y se encuentra en 66,7 sobre 100.000. Hasta el momento el país no ha logrado cumplir las metas internacionales para

⁷ UNA MIRADA RÁPIDA AL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA, 2023. Consultar: https://www.eltiempo.com/uploads/files/2023/02/04/SISTEMA%20DE%20SALUD%20COLOMBIA-NO%20ARRASAR%20SINO%20FORTALECER_FEB_2023.pdf

evitar la mortalidad materna, siendo aún más gravosa en zonas dispersas o poblaciones vulnerables.

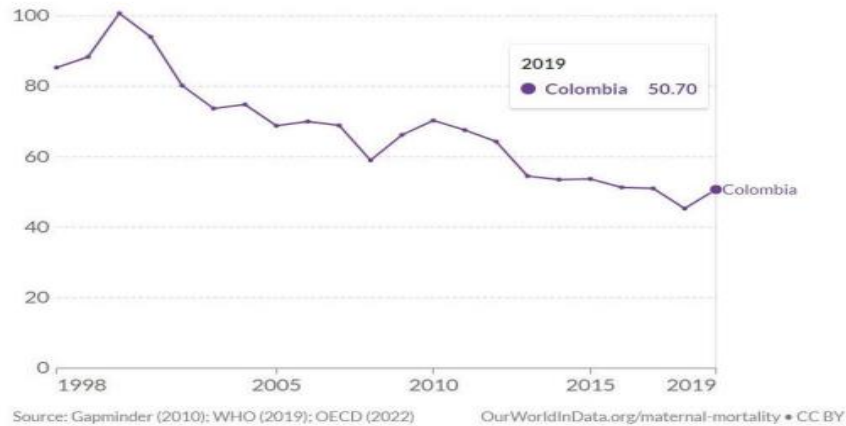


Gráfico 5. Mortalidad Materna entre 1998 y 2019 (Periodo pre Pandémico).
Fuente: Our World in Data

Lo más gravoso, de la situación de mortalidad materna se enfoca en dos aspectos: (i) el 90% de ellas son muertes evitables y (ii) el acceso inequitativo de servicios de salud sigue afectando más a las mujeres de los departamentos como Guajira, Chocó, Amazonas, Guainía y Vichada, sugiriendo brechas de inequidad potencialmente evitables con intervenciones estructurales a corto, mediano y largo plazo. Asimismo, tanto los datos aquí expuestos hacen parte de la información preliminar de SISPRO para el año 2021, Vichada como Chocó siguen contando con cifras de afiliación al sistema inferiores frente a otros territorios de Colombia, como se expuso anteriormente.

- **Mortalidad Infantil:**

La tasa de mortalidad infantil ha mejorado y se comporta cerca al valor internacional esperado, lo cual contrasta con la desigualdad e inequidad por departamento (gráfica 8), en donde se evidencia la falta de acceso a los servicios de salud, como en el Chocó, Guainía, San Andrés, La Guajira y Vaupés, con 23,16/1.000, 20,05/1.000, 23,60/1.000, 19,15/1.000 y 18,6/1.000, doblando y hasta triplicando la tasa de Santander (7,85), Bogotá D.C.(8,56), Boyacá (6,18), Huila (7,87), entre otras. Asimismo, no deja de sorprender que en ciudades como Bogotá y en departamentos como el Atlántico, las cifras de muertes sean de más de 500, cuando cuentan con prestadores de salud y EPS o EAPB dentro de sus territorios, pudiendo con ello garantizar la vida de la población con el acceso oportuno y de calidad de los servicios.

Igualmente, las cifras sugieren la necesidad de una intervención inmediata en el Chocó y La Guajira con 188 y 466 muertes de niñas y niños menores de 1 año en el 2021, en los cuales los determinantes sociales de salud y el acceso a servicios de salud son inadecuados, con imposibilidad de prestar servicios de alta complejidad, en caso de requerirse.

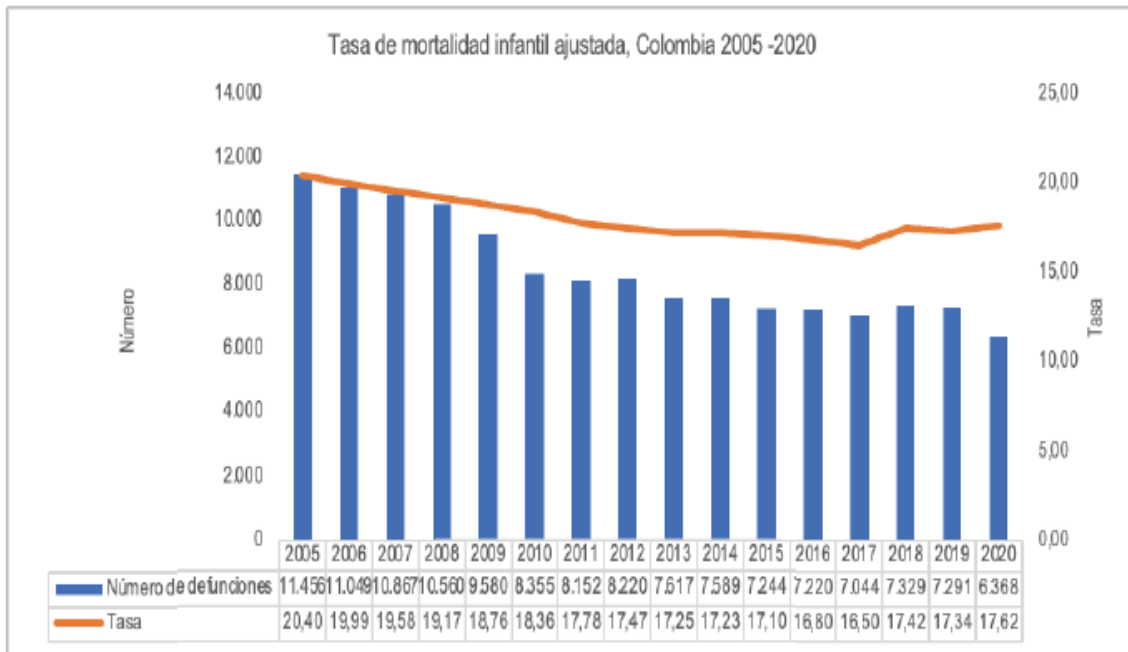


Gráfico 6. Número y tasa de mortalidad infantil 2005-2020

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

- **Desnutrición infantil:**

En cuanto a la desnutrición infantil, fuertemente relacionada con los indicadores anteriores, la mejor medición se obtiene de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. Esta muestra una franca reducción de la Prevalencia de desnutrición crónica. Colombia entre 2005 y 2015. Sin embargo, desafortunadamente, el país no cuenta con una nueva evaluación en el presente quinquenio.

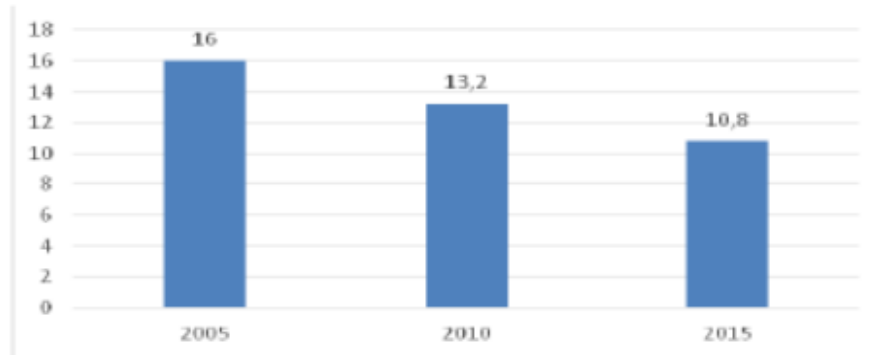


Gráfico 6. Tasa de Desnutrición Infantil Crónica en Colombia, entre 2005 - 2015.
 Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021
 Ministerio de Salud y Protección Social

- **Enfermedades infecciosas**

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

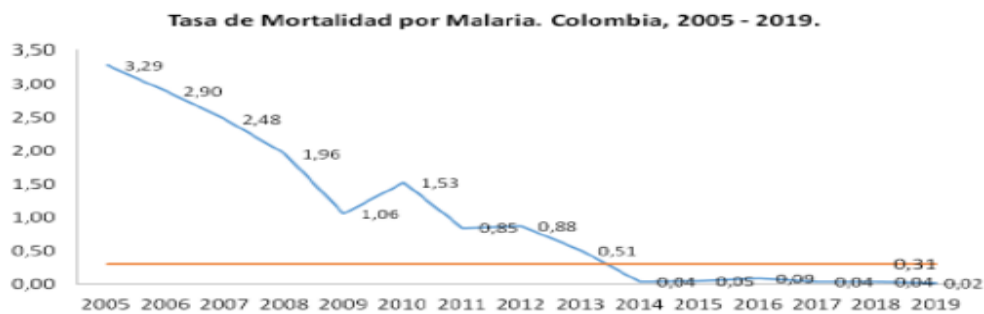


Gráfico 7. Tasa de mortalidad por Malaria
 Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021.
 Ministerio de Salud y Protección Social

- **Mortalidad enfermedades crónicas no transmisibles:**

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

Se observa que el cáncer es la principal causa de muerte en enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia, así mismo, a nivel mundial se encuentra como una de las causas principales de muerte. Para el año 2018⁸ murieron 9,5 millones de por cáncer y fueron diagnosticadas con cáncer 18,1, es decir, alrededor del 50% de los casos terminan en muerte. Para el año 2020 el panorama fue más alentador, 10,1 millones de personas fueron diagnosticadas con algún tipo de cáncer y 5 millones murieron a causa de ello. La OMS estima que si se generan condiciones que protegieran los determinantes sociales antes descritos, se podría reducir entre un 30%-50% los cánceres. Así mismo, preocupa el creciente aumento de muertes por enfermedades del sistema circulatorio, pues de acuerdo a la OMS en el año 2013 la meta fue reducir a nivel mundial para el 2025 en un 25%, es decir, para Colombia sería pasar de 95,85/100.000 a 71,9/100.000, sin embargo, para el año 2020 se ubica en 103,20/100.000

⁸ Todas las cifras correspondientes a cáncer a nivel mundial fueron tomadas de la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer y los estudios mismos de la OMS. Ver link: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.

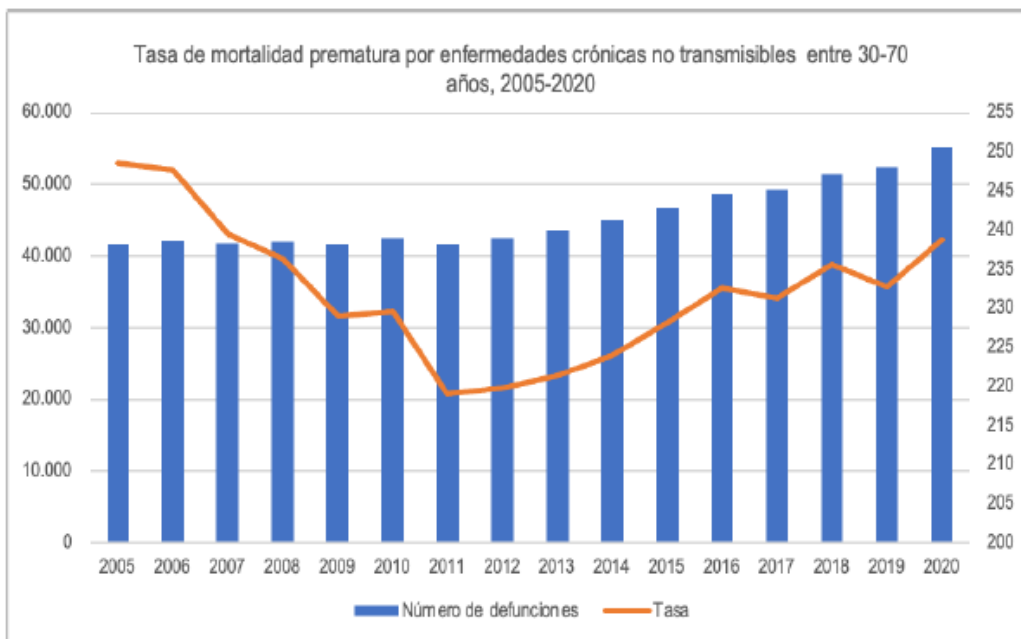


Gráfico 8. Número y tasa de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles entre 30-70 años de 2005-2021

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

- **Enfermedades Mentales:**

Hay un incremento de las enfermedades mentales por diversas causas. Según el último estudio hecho por el Ministerio de Salud y Protección Social (2015), las condiciones que generan diversos trastornos mentales se encuentran ligados principalmente con las condiciones de violencias de diversa índole, conflicto armado interno, otro tipo de violencias externas, violencia escolar por parte de compañeros, compañeras o profesores, violencia intrafamiliar, consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, cigarrillos y otras sustancias psicoactivas), eventos traumáticos en cualquier etapa de la vida, falta de involucramiento parental y disfunción familiar. Dentro de los últimos 12 años, los casos de situaciones derivadas de trastornos mentales y comportamiento ligado al coeficiente intelectual casi han sido cuadruplicada, pasando de 405.124 (2009) casos a 1.543.543 (2021) casos diagnosticados, es decir, puede ser a causa de subregistros en años anteriores o por el crecimiento mismo de las enfermedades mentales o ambas circunstancias, siendo de todas formas preocupante, pues afecta cerca del 3% de la población colombiana. El año con mayor número de personas atendidas por servicios de salud mental fue 2019 con 1.647.573. Es importante resaltar que Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca son los lugares donde más se reportaron casos.



Gráfico 9. Número de personas atendidas en los servicios de salud por diagnóstico principal trastornos mentales y del comportamiento CIE 10: F00-F99, Colombia 2009 – 2021.

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

Tabla 1. Número de personas atendidas en los servicios de salud por diagnóstico principal trastornos mentales y del comportamiento CIE 10: F00-F99, Colombia 2009 - 2021

Año	Número de Personas Atendidas
2009	405.124
2010	429.800
2011	528.343
2012	629.924
2013	729.085
2014	915.734
2015	936.963
2016	721.943
2017	945.954
2018	1.165.248
2019	1.647.573
2020	1.321.382
2021	1.543.543

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

3.1.2 Reclamación de los ciudadanos por restricciones al acceso a los servicios y el derecho a la salud

- **Acciones de tutela**

Dentro del análisis del sistema de salud y sus resultados, la acción de tutela es pertinente para comprender el alcance del derecho. La acción de tutela, conforme el artículo 86 de la Constitución Política, establece la capacidad del ciudadano de reclamar el cumplimiento y protección de los derechos fundamentales, como aquellos que se consideraban conexos a un derecho fundamental, así fuera uno de otra índole.

El derecho a la salud comenzó siendo interpretado como un derecho prestacional, dentro de la categoría de derechos sociales, políticos, culturales y económicos, el cual era reclamado a través de otros derechos fundamentales dentro de la figura de conexo o por ser una persona de especial protección, pero para en el año 2008 con la Sentencia T-760 de 2008 fue reconocido como derecho fundamental atípico.

Desde los inicios de la figura de la tutela, el reclamo de la ciudadanía para el acceso a los servicios de salud ha sido una de las principales causas para las acciones de tutela en Colombia, como la creación de una amplia doctrina jurisprudencial alrededor de diversos temas relacionados con la salud y vida digna de la población en Colombia.

Entre el año de 1999 al año 2021, se ha reclamado el derecho fundamental a la salud a través de este mecanismo constitucional. La caracterización de las tutelas es como sigue:

1. Desde 1992 se han presentado acciones de tutela en salud, siendo los primeros pacientes protegidos aquellos con VIH/Sida;

2. Desde hace más de 10 años la salud se encuentra entre el 2º y 3er derecho que más reclama la ciudadanía, el año 2021 fue el año con menos tutelas presentadas en salud desde el año 2000;

3. Las acciones de tutela hasta el año 2016 eran principalmente por acceso a servicios POS de casi un 70%, después de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 la principal causa según el estudio hecho por la Oficina de Calidad del Ministerio de Salud es: la postergación para la práctica de procedimientos médicos autorizados por EPS (22,31%), la postergación y/o aplazamiento de citas médicas con especialistas (15,37%), la demora en la entrega de medicamentos y/o suministro de tecnologías en salud (MIPRES, UPC) con un 26,99% y la solicitud de servicios complementarios no financiados por UPC, y tampoco excluidos (12,25%), es decir, el 64,67% siguen siendo tutelas presentadas para recibir procedimientos, citas y tratamientos ya pagados por el Estado La única salvedad es la disposición de solo

dar cierto tipo de medicamentos, procedimientos u objetos con la presentación de la tutela, que quedó dentro del sistema de MIPRES;

4. Pese a la disminución de tutelas presentadas, las de salud siguen ocupando un porcentaje bastante alto, el 20,02%.

5. Del año 1999 a 2021 se presentaron 2.453.982 acciones de tutelas en el país frente a 8.329.186, es decir, el 33,9% de las tutelas presentadas en ese periodo fueron sobre salud y como se ha expuesto anteriormente, las tutelas hacen referencia en su mayoría a servicios que el Estado había garantizado previamente a través de las EPS.

6. Las acciones de tutela son principalmente una medida de cuidado y protección para quienes viven en ciudades grandes e intermedias, porque sigue siendo un derecho poco explorado para el cuidado de la salud de las poblaciones más lejanas. Un elemento de desigualdad, donde tampoco se podría afirmar qué habría pasado con el derecho fundamental a la salud de tantas poblaciones si contaran con el derecho de la tutela de manera más asequible. Probablemente serían más casos como el de la Guajira, Estado de Cosas Inconstitucionales.

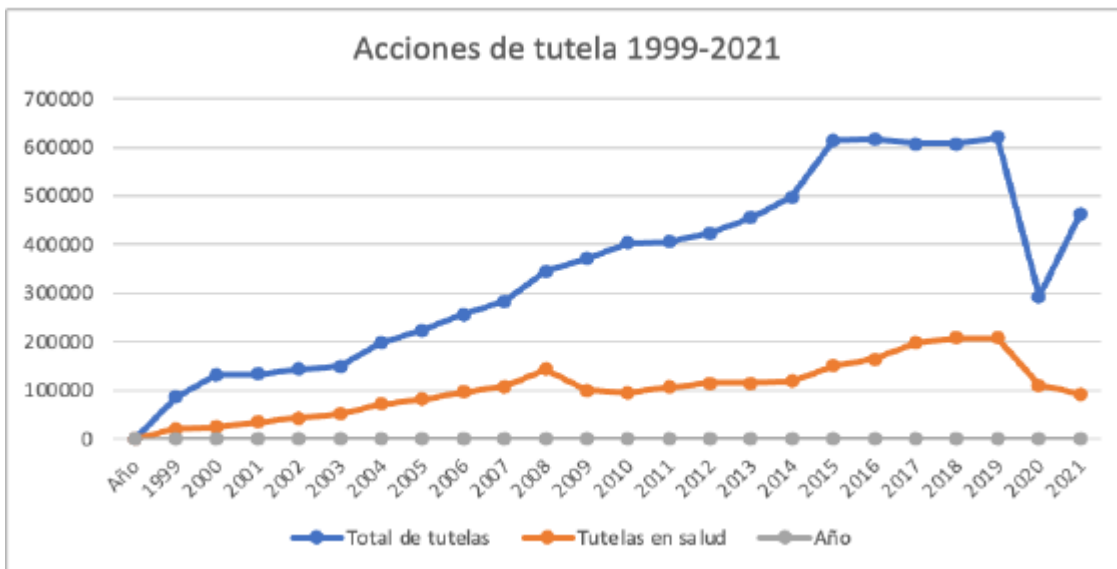


Gráfico 10. Número de acciones de tutela en salud vs general de 1999-2021
 Fuente: Defensoría del Pueblo y Corte Constitucional

- **Peticiones, quejas y reclamos de los ciudadanos:**

Las PQRD se han ido incrementando mientras las acciones de tutela en salud han ido bajando. Las reclamaciones de tutela son similares a las hechas directamente a la Superintendencia Nacional de Salud, la cual recibió 7.43415 PQRD para el año

2009 y 996.733 en el año 2021, es decir, aumentaron en 1340%, se presentaron 134 veces más de PQRD.

Las principales causas son de acceso oportuno a: citas médicas especializadas, entrega de medicamentos PBS, medicamentos No PBS, servicios médicos como imagenología y laboratorio. De 2014-2021 han pasado de 230.225 a 996.733, 4,3 veces de diferencia.

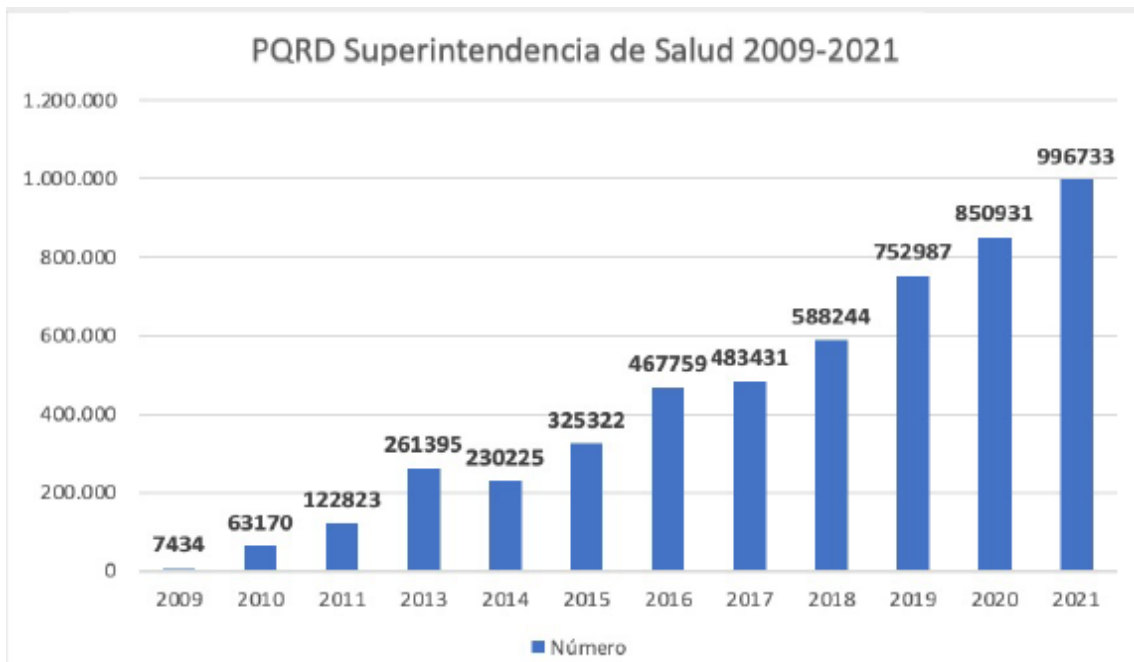


Gráfico 11. Número de PQRD ante la Superintendencia de Salud 2009-2021

Fuente: Base de datos de PQRD SNS años 2014 -2022 enero-agosto y respuesta de derecho de petición de 2014 a la Superintendencia de Salud.

Tabla 2. Comportamiento PQRD desagregada por motivación de la Superintendencia de Salud 2014-2021

#	MOTIVOS ESPECÍFICOS	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022 (ENE - AGO)	TOTAL	%
1	falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada de otras especialidades médicas	48.660	62.427	75.257	77.029	119.145	163.037	118.660	197.706	206.902	1.068.823	19,36%
2	falta de oportunidad en la entrega de medicamentos PBS	4.709	12.330	17.937	15.988	24.871	35.204	53.790	50.029	77.803	292.661	5,30%
3	falta de oportunidad en la entrega de medicamentos no PBS	4.963	11.564	25.492	25.322	34.705	48.634	67.944	48.715	23.424	290.763	5,27%
4	falta de oportunidad para la prestación de servicios de imagenología de segundo y tercer nivel	10.958	16.650	26.659	21.364	31.043	28.531	13.959	25.126	30.551	204.841	3,71%
5	demora de la autorización de exámenes de laboratorio o diagnósticos	4.576	7.349	13.873	16.132	19.316	23.104	34.920	40.550	10.637	170.457	3,09%
6	falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica general	4.968	8.637	12.149	10.453	7.974	10.053	36.530	55.115	22.012	167.891	3,04%
7	falta de oportunidad en la programación de cirugía	6.039	9.081	15.075	14.103	18.935	22.913	13.506	24.801	38.472	162.925	2,95%
8	restricción en la libre escogencia de EPS	4.923	10.588	21.666	32.017	35.157	26.927	12.502	12.319	5.382	161.481	2,92%
9	demora de la referencia o contrarreferencia	9.755	13.897	17.142	15.970	22.738	25.818	15.647	21.938	10.942	153.847	2,79%
10	no aplicación de normas, guías o protocolos de atención	7.414	9.015	13.817	12.072	9.487	10.430	24.115	24.052	26.886	137.288	2,49%
	TOTAL TOP 10	106.965	161.538	239.067	240.450	323.371	394.651	391.573	500.351	453.011	2.810.977	50,9%
	TOTAL GENERAL	230.225	325.322	467.759	483.431	588.244	752.987	850.931	996.733	826.108	5.521.740	100,0%

3.1.3 Situación del Aseguramiento

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

1. Mayores costos en todas las EPS. Los mayores costos en las EPS se asocian a la inclusión de nuevas tecnologías, el envejecimiento de la población y el aumento de las frecuencias de uso. Del año 2010 al año 2017 ingresaron 510 nuevas tecnologías, según el informe de Gestión de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social.

2. En la actualidad se encuentran cubiertas alrededor del 99% de nuevas tecnologías en salud por el sistema, ya sea por el Plan de Beneficios, presupuestos máximos (más pago de rezagos por MIPRES). Con el envejecimiento de la población ha aumentado el gasto en procedimientos (37%) y de consultas (35%), y con ello, las frecuencias de uso.

3. Integración vertical. La integración vertical conlleva la concentración y reducción de competidores en la prestación de los servicios de salud, dejándola en manos de unos pocos y dentro de las principales ciudades del país y ciertas zonas de estas ciudades. Y también, ha conllevado a prácticas de selección adversa, la búsqueda del mayor rendimiento financiero y la ampliación de atención con costos decrecientes.

3.1.4 Gestión del Riesgo en Salud

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

Por otro lado, esta sección se enfoca en la gestión del componente de “salud” o “técnico” de la gestión del riesgo.

Ahora, resalta algunos indicadores trazadores, sin embargo, existe una variedad significativa de los mismos, por lo cual se realiza una breve reflexión al final de la misma.

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

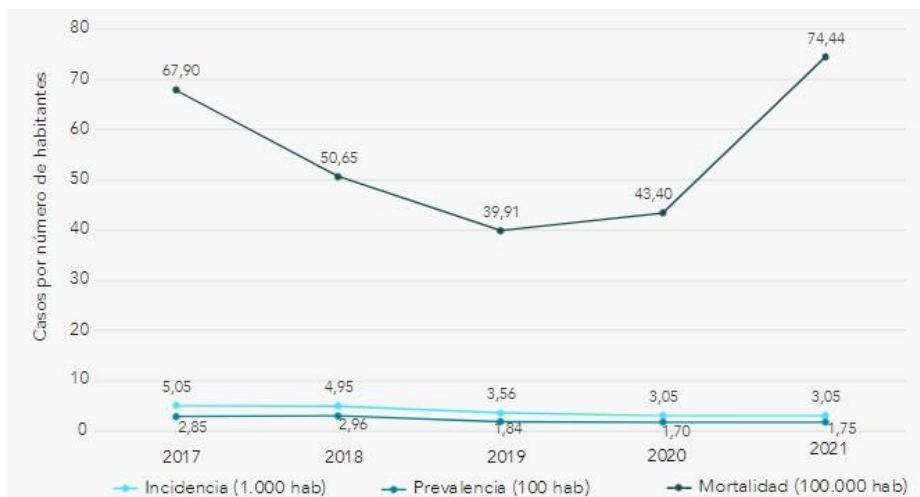


Gráfico 12. Incidencia, Prevalencia y Mortalidad de ERC en Colombia, 2017-2021.
Fuente: Cuenta de Alto Costo – “UNA MIRADA RÁPIDA AL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA” 2023, Partido Liberal Colombiano

Como se observa en el gráfico 12, su mortalidad venía presentando una franca reducción con una pendiente muy pronunciada antes de la Pandemia por Covid-19,

siendo innegable el impacto de esta última.

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

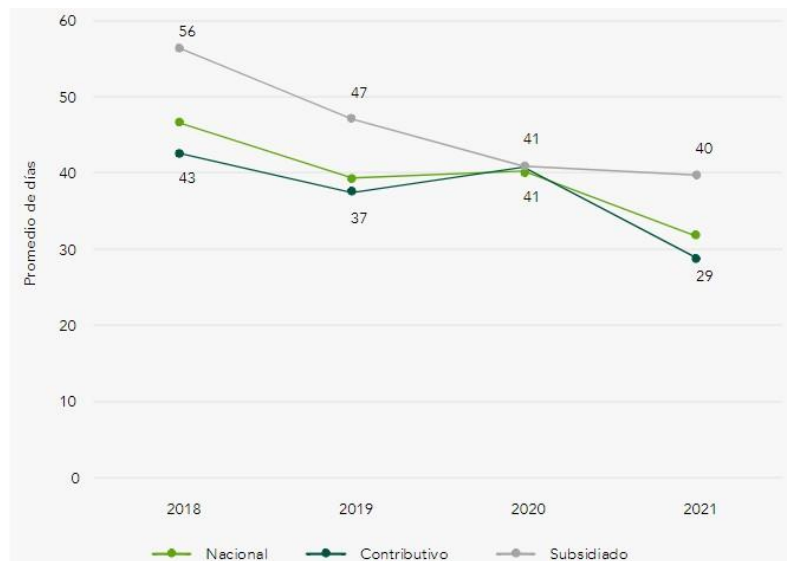


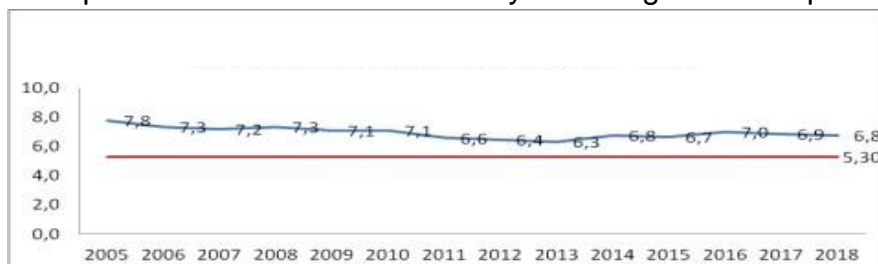
Gráfico 13. Oportunidad del tratamiento del cáncer de Mama en Colombia, 2018-2021.

Fuente: Cuenta de Alto Costo – “UNA MIRADA RÁPIDA AL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA” 2023, Partido Liberal Colombiano

Es transparente mencionar que, a pesar de este indicador trazador, la Tasa de Mortalidad por Cáncer de Mama de la Mujer ha presentado un ascenso, igualmente sostenido, desde 2005.

De otra parte, el indicador de Mortalidad por Cáncer de Próstata entre 2005 y 2018, tampoco muestra un comportamiento positivo.

Otros dos indicadores que muestran un comportamiento positivo son los de mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino y Estómago. Para el primero, se presenta



una reducción de un punto porcentual entre 2005 y 2018 y para el de Estómago, el indicador pasa de una tasa de 14,3 muertes por 100.000 personas entre 30-70 años en 2005 a 13,0 muertes por 100.000 personas entre 30-70 años en 2018 (ver gráficos 14 y 15, abajo):

Gráfico 14. Tasa de mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino en Colombia, 2005-2018 (por 100.000 mujeres entre 30-70 años). Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

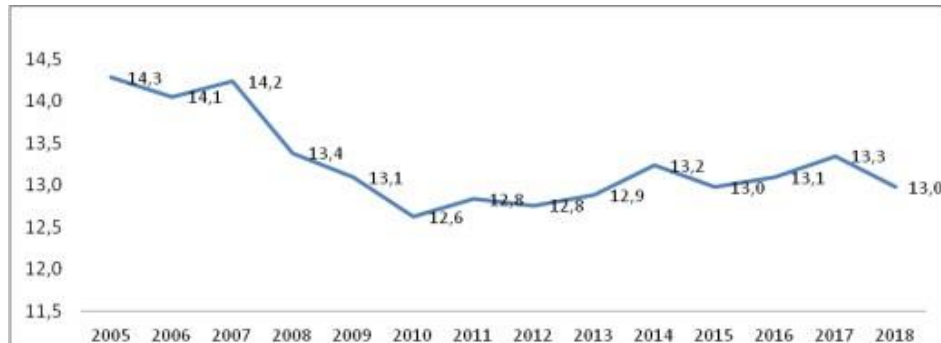
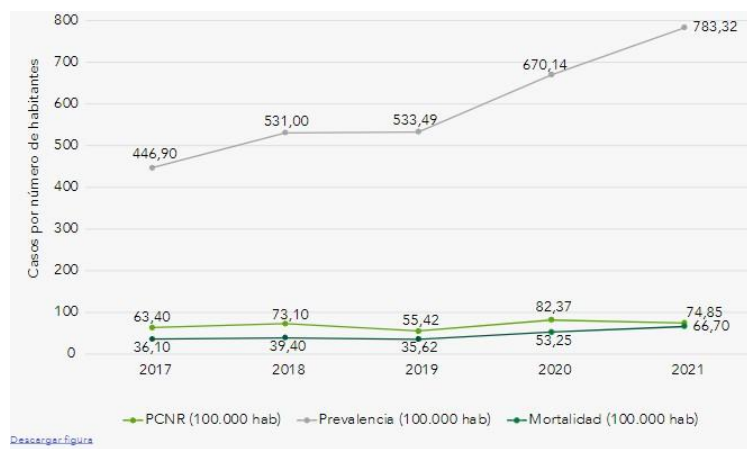


Gráfico 15. Tasa de mortalidad por Cáncer de Estómago en Colombia, 2005-2018 (por 100.000 personas entre 30-70 años) Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

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



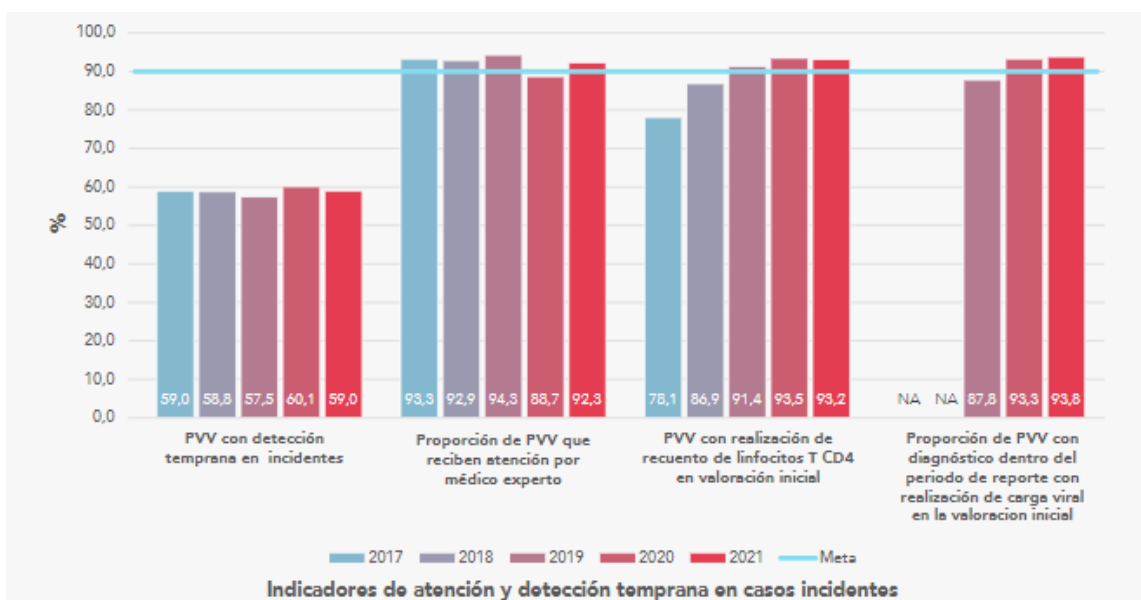
Fuente: Cuenta de Alto Costo, 2021.
 Las medidas presentadas son crudas. Incluye solo casos invasivos.
 PCNR: Proporción de casos nuevos reportados.

Gráfico 16. Morbimortalidad del Cáncer en Colombia, 2017 - 2021.
Fuente: Cuenta de Alto Costo. “UNA MIRADA RÁPIDA AL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA” 2023, Partido Liberal Colombiano

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

De acuerdo con dicho contexto, la agenda mundial de lucha contra esta enfermedad incluye como una de sus metas a 2030 que el Porcentaje de personas que conocen su estado serológico y tienen acceso a tratamiento antirretrovírico sea del 95% [OMS, 2022]. De ahí la importancia de contar con una gestión integral del riesgo en salud, que conduzca a los pacientes a lo largo de la cadena de valor del sistema de salud, por ejemplo, desde los médicos hasta la dispensación de medicamentos, pasando por los proveedores de exámenes de laboratorio, de forma coordinada y oportuna.

En Colombia, se han hechos enormes progresos en la gestión de los pacientes con VIH, por ejemplo, en el acceso a medicamentos de última generación y con protección financiera de un tratamiento que, por su costo, generaría empobrecimiento de no contarse con ella.



⁹ <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet> Consultado el 02-02-2023.

Gráfico 17. Atención y la detección temprana en los casos incidentes, Colombia 2017 – 2021

Fuente: Cuenta de Alto Costo. “UNA MIRADA RÁPIDA AL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA” 2023, Partido Liberal Colombiano

Como se observa en el gráfico 17, Colombia se encuentra a poco más de 2 puntos porcentuales de alcanzar el componente de acceso a terapia antirretroviral de la meta al 2030 de la estrategia mundial de lucha contra el VIH arriba mencionada. Dicho lo anterior, existe aún un trabajo importante para la detección temprana, algo que no solo corresponde al sistema de salud, sino que requiere de un trabajo intersectorial con otras instituciones del sector y de otros sectores, por ejemplo, los centros de educación superior.

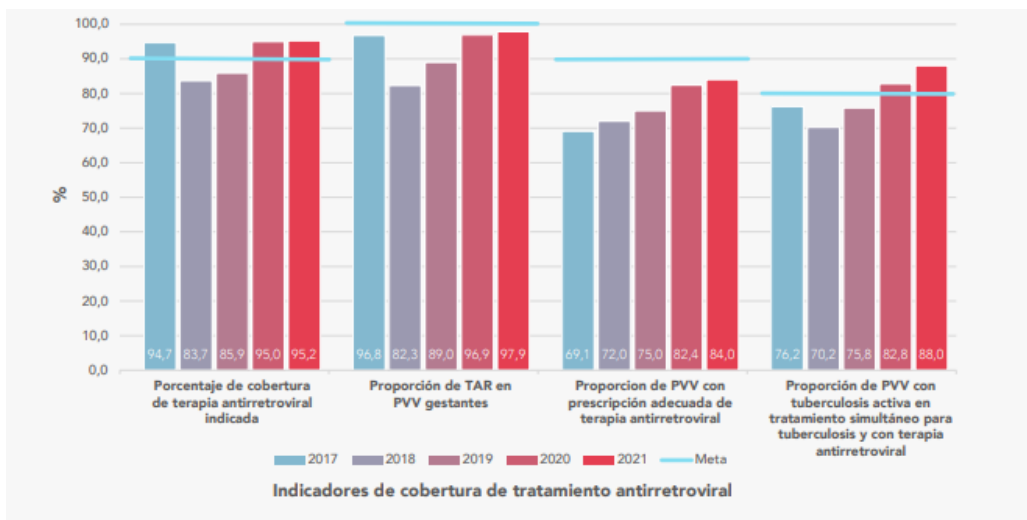


Gráfico 18. cobertura del tratamiento antirretroviral, Colombia 2017 – 2021

Fuente: Cuenta de Alto Costo. “UNA MIRADA RÁPIDA AL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA” 2023, Partido Liberal Colombiano

Complementando la descripción de los indicadores anteriores, en el gráfico 16 se evidencia que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha conseguido un nivel de cobertura de terapia antirretroviral indicada del 95,5%, por encima de la meta mundial a 2030 y del 97,9% en las gestantes, muy cerca de la meta del 100%. Una capa de análisis oculta, denota un alto grado de equidad, pues estos niveles de cobertura no serían posibles si existiese un “descreme” de poblaciones vulnerables, u otras.

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

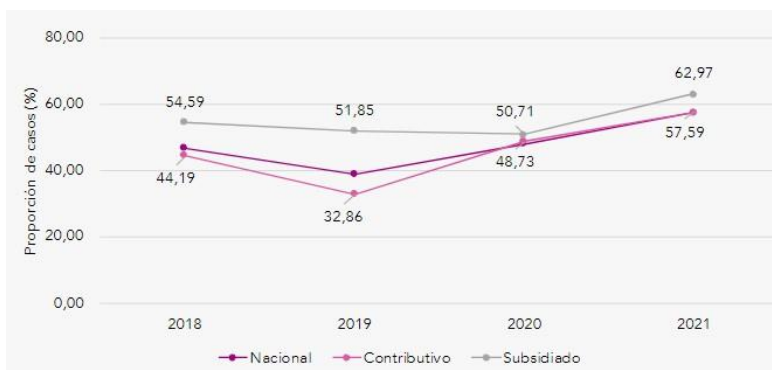


Gráfico 19. Proporción de personas con Hemofilia evaluadas por equipo interdisciplinario
 Fuente: Cuenta de Alto Costo. “UNA MIRADA RÁPIDA AL DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA” 2023, Partido Liberal Colombiano

- Conclusiones frente a la Gestión del Riesgo:**

El sistema de salud de Colombia muestra ejemplos interesantes y eficientes de la gestión del riesgo en salud de los pacientes, por ejemplo, en eventos como la Enfermedad Renal Crónica, en la cual, antes de la Pandemia se observaba una disminución muy pronunciada de la mortalidad o la Hemofilia. De igual forma, los resultados en acceso a terapias antirretrovirales indicadas de la población con VIH, por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), supera el 95%, consiguiendo anticipadamente la

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

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

3.1.5 Protección financiera y sostenibilidad fiscal

Sin duda, este es uno de los objetivos que el SGSSS ha alcanzado en menor tiempo y con mejor desempeño. Colombia es un país de ingresos medios-altos, que ha afrontado varias crisis económicas desde 1993, lo que ha afectado los recursos, tanto por impuestos generales y rentas, como por contribuciones de los afiliados al Régimen Contributivo, destinados a financiar el sistema de salud. Sin embargo, a pesar de ello, el gasto total en salud supera el 7,7 % del PIB según el Banco Mundial¹⁰, con una clara distribución con principio de equidad.

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

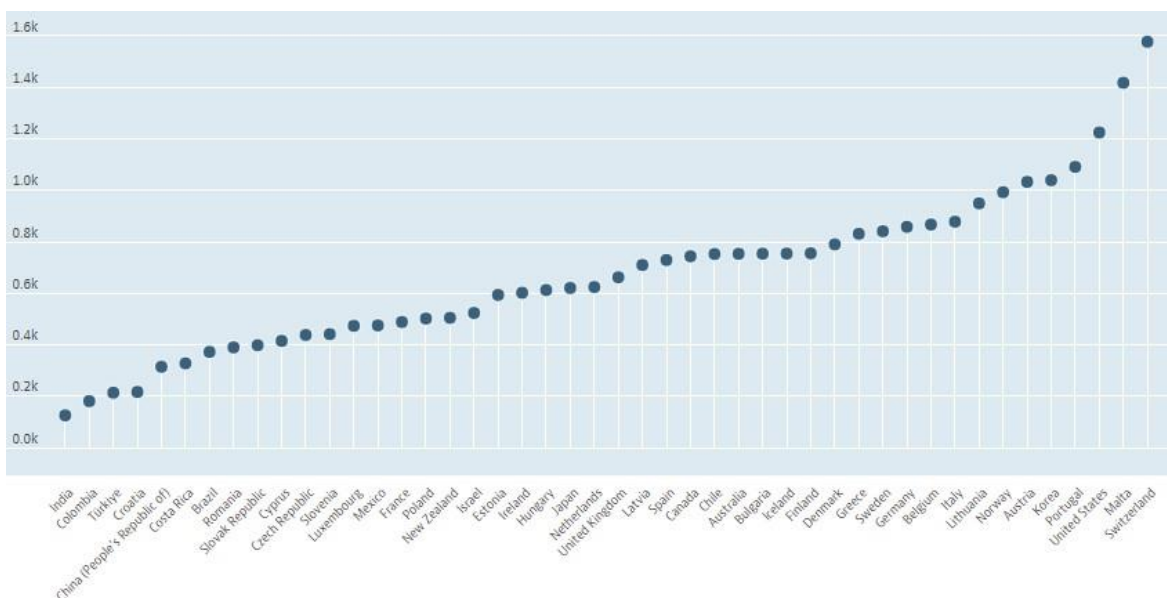


Gráfico 20. Gasto de bolsillo en salud comparativo por países.

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

Esta protección financiera se apalanca en la existencia de una cobertura universal en salud —más del 98% de la población— y ha permitido, además, ser uno de los aportes más importantes para la generación de la equidad en el país, como lo expone la Organización para el Desarrollo Económico de los Países, “Colombia tiene una alta tasa de inequidad (con un coeficiente Gini de 53,5 en 2012,

¹⁰ El Banco Mundial. World Bank Data. 2022

comparado con un promedio de la OCDE de 32,2), el acceso a servicios de salud es mucho más equitativo” [OECD, 2015].

En este último sentido, existe evidencia indexada que resalta muy especialmente la equidad dentro del sistema de salud, por ejemplo, Camacho & Flórez observan que es “evidente el avance en nivel de incidencia, pero espacialmente marcado es el descenso en las inequidades durante las dos décadas. Por región, prácticamente se eliminaron las inequidades” [Camacho & Flórez, 2012], tal y como lo visualiza inmediatamente:

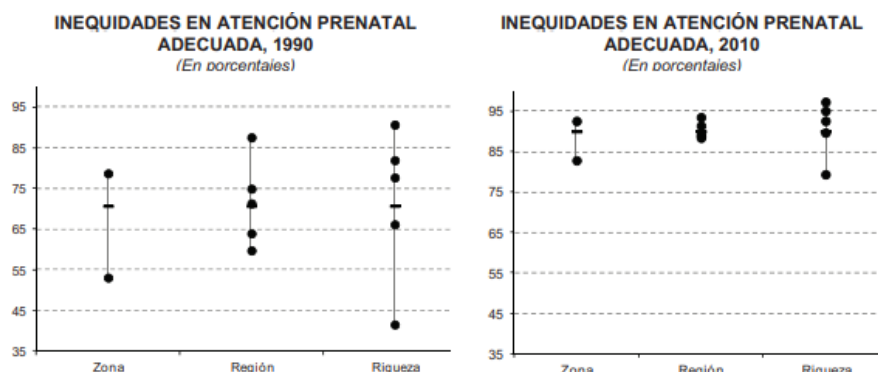


Gráfico 21. Reducción de inequidades en atención prenatal adecuada entre 1990 y 2010 en el SGSSS.

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

4. COSTOS ESTIMADOS DE UNA REFORMA AL SISTEMA DE SALUD

Según El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el costo total de una reforma a la salud ascendería a \$9 billones de pesos durante su primer año de implementación (2024) que incluye los costos de la atención primaria, fortalecimiento de la red pública, infraestructura, saneamiento de hospitales, becas y sistemas de información.¹¹

Para la Atención Primaria en Salud se necesitaría en 2024, \$1.9 billones, en 2025 la cifra ascendería a \$3.7 billones. Al siguiente año se destinarían \$6,3 billones, y en 2027 la cifra sería de \$7 billones. Para el saneamiento de los hospitales, la reforma requiere de \$1.2 billones durante tres años, (desde 2024 hasta 2026).

De acuerdo con los cálculos del Gobierno Nacional, con una reforma, el total de gastos del sistema de salud ascendería hasta los \$113 billones en la próxima década.¹² Dicho valor, si se compara con otras políticas gubernamentales, equivaldría a seis reformas tributarias (aproximadamente) como la del 2022.

¹¹ <https://www.elespectador.com/salud/estos-son-los-costos-de-la-reforma-a-la-salud-segun-el-ministerio-de-hacienda-noticias-hoy/>

¹² <https://consultorsalud.com/minhacienda-costo-reforma-a-la-salud/>

Solo los gastos directos de la reforma en el primer año, en los que se suman el fortalecimiento de la Red Pública, infraestructura, becas y sistemas de información, costarían \$5.4 billones. Ahora, al sumarle otros gastos como la capitalización de la Nueva EPS, la cifra asciende a \$9.4 billones, que es el costo final de la reforma a la salud para el primer año. Para el segundo año, la reforma costará, \$9.3 billones, en 2026 el costo será de \$12.3 billones y en 2027 será de \$11.2 billones.¹³

Concepto	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Atención Primaria en Salud	1.915	3.772	6.342	7.011	7.096	7.276	6.685	6.689	6.607	7.572
Fortalecimiento Red Pública	756	1.519	2.059	2.615	3.184	3.245	3.306	3.369	3.434	3.499
Infraestructura - CAPIRS	1.500	1.517	1.533	1.550	1.567	1.584	1.602	1.619	1.637	1.655
Becas y sistema de información	121	148	182	73	73	73	73	73	73	73
Saneamiento de hospitales	1.200	1.200	1.200	-	-	-	-	-	-	-
Gastos directos de la reforma	5.493	8.156	11.315	11.249	11.920	12.178	11.666	11.751	11.750	12.799
Infraestructura y equipamiento	1.147	1.204	1.000	0	0	0	0	0	0	0
Capitalización Nueva EPS	2.400	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gastos Contingentes	3.547	1.204	1.000	0	0	0	0	0	0	0
Total Gastos	9.040	9.360	12.315	11.249	11.920	12.178	11.666	11.751	11.750	12.799

Gráfico 22. Fuentes del SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud) y usos en escenarios sin reforma (miles de millones de pesos).

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Fuentes	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Cotizaciones + REX + adic.	30.782	31.886	33.039	34.096	35.187	36.313	37.475	38.675	39.912	41.189
SGP	16.583	19.282	22.820	24.140	24.813	25.633	26.277	26.844	27.677	28.546
Aporte Nación	32.827	34.003	35.233	36.361	37.524	38.725	39.964	41.243	42.563	43.925
Otras fuentes	7.716	7.901	8.094	8.278	8.469	8.663	8.865	9.072	9.284	9.501
Total (1)	87.907	93.072	99.186	102.876	105.994	109.335	112.581	115.834	119.436	123.162
Gastos sin Reforma (2)	86.253	89.597	93.186	96.226	99.273	102.435	105.670	108.997	112.462	116.039
Disponibles para Reforma (1 - 2)	1.654	3.475	6.000	6.650	6.720	6.901	6.911	6.837	6.974	7.123

Gráfico 23. Fuentes del SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud) y usos en escenarios sin reforma (miles de millones de pesos).

Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público

La reforma a la salud se financiará tomando como punto de partida los recursos destinados al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS en 2023. Adicionalmente el gobierno nacional constituye un esfuerzo orientado a fortalecer la atención primaria y el fortalecimiento de la red hospitalaria pública.¹⁴ De esta forma,

¹³ <https://www.larepublica.co/economia/costos-de-reforma-a-la-salud-suman-114-billones-a-2033-y-dividen-al-gabinete-de-petro-3555757#:~:text=Seg%C3%BAn%20lo%20que%20plantea%20el,2027%20a%20%2428%2C9%20billones.>

¹⁴ Proyecto de Ley de Reforma a la Salud No. 339 de 2023

la proyección de las principales fuentes de financiación para el periodo 2024-2033 se realizó como se describe a continuación.

El proyecto de ley radicado por el Gobierno Nacional, define una asignación de las fuentes de financiación a las subcuentas propuestas así:

- a) Atención Primaria Integral en Salud: este componente se financiará principalmente con recursos de los municipios y distritos, es decir los recursos que les correspondan del SGP y sus recursos propios; también incluirá fondos de solidaridad del sistema y el PGN complementará esta cuenta, de manera que la atención primaria incremente su participación en total de los recursos de salud.
- b) Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados -SAHE: Esta es la cuenta con mayor participación porcentual, incluye las cotizaciones SGSSS, el recaudo de Regímenes Especiales y de Excepción -REE, otros ingresos de capital, prima FONSAT, contribución sobre la prima SOAT, Impuesto a las armas, municiones y explosivos, aportes de las Cajas de Compensación (CCF) y una fracción de los recursos del PGN.
- c) Fortalecimiento Red pública para la equidad: esta cuenta paulatinamente devuelve a los departamentos las rentas cedidas que serán destinadas al fortalecimiento de la red hospitalaria pública de mediana y alta complejidad. Se complementan con recursos del PGN para garantizar el funcionamiento de aquellos hospitales que por la atención de poblaciones dispersas no pueden lograr por venta de servicios su financiamiento.
- d) Otros Recursos de la SGSSS: reúne los recursos orientados al Control de Problemas y Enfermedades de Interés en Salud Pública -CEISP y la Formación en Salud que actualmente cubre los pagos a residentes médicos.

Las siguientes gráficas muestran el comportamiento de los recursos del SGSSS en la distribución de las principales cuentas propuestas por la reforma.

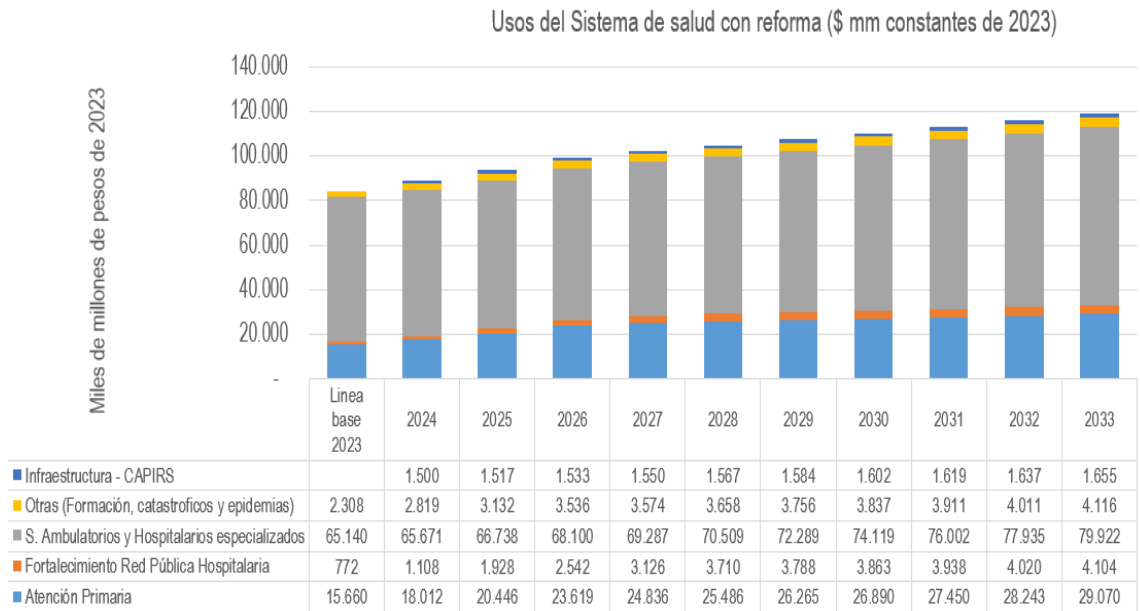


Gráfico 24. Usos de los recursos financieros del Sistema de Salud con Reforma
Fuente: Ministerio de Hacienda y Crédito Público

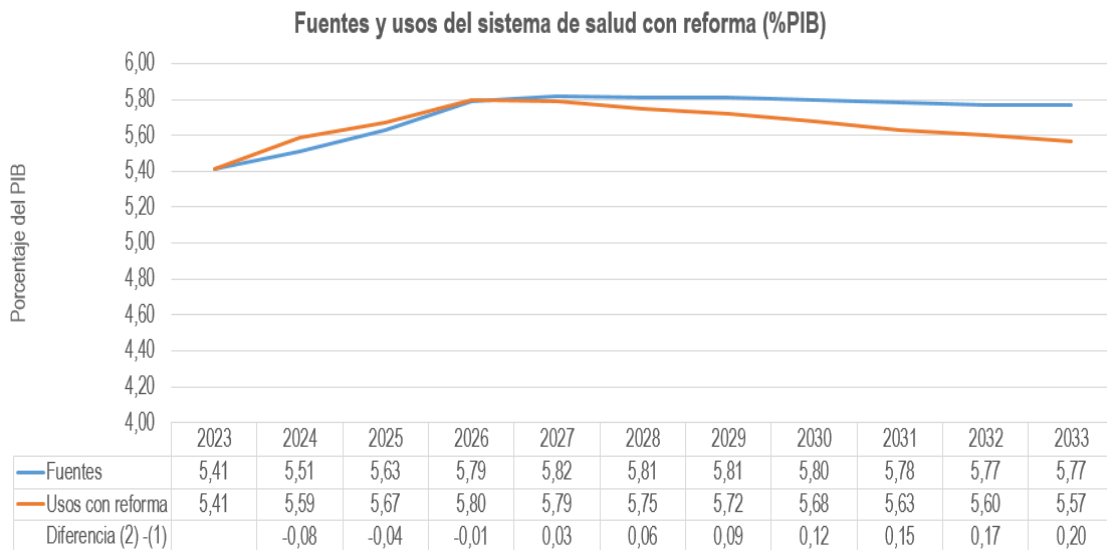
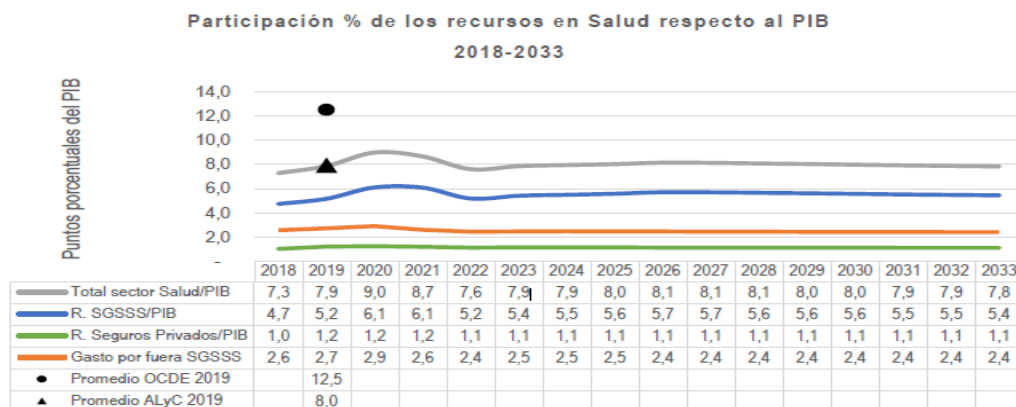


Gráfico 25. Usos de los recursos financieros del Sistema de Salud con Reforma (% PIB)
Fuente: Ministerio de Hacienda

Para el 2019, el promedio de gasto en salud de los países de la OCDE fue 12,5 puntos porcentuales del PIB y el de América Latina y el Caribe -ALyC es de 8,0%, las fuentes de financiamiento del SGSSS pasaron de 4,7 puntos del PIB en 2018 a 5,4 pp en 2023 (año de partida de la reforma) y ascenderían 5,79 en 2026, año de finalización del gobierno actual. El total del gasto en salud de Colombia como porcentaje del PIB tiene una tendencia estable alrededor de 8 puntos porcentuales.



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

Gráfico 26. Participación % de los recursos en Salud respecto al PIB 2018-2033
Fuente: Promedios OCDE y América Latina y el Caribe -ALyC, Banco Mundial

5. FUNDAMENTOS JURÍDICOS

Durante los últimos 30 años, se han emitido varias regulaciones como las leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1608 de 2013, 1751 de 2015, 1753 de 2015, 1797 de 2016, 1949 de 2019, 1955 de 2019 y 2015 de 2020. Estas disposiciones legales deben ser armonizadas e integradas en un nuevo marco legal para cumplir con las normas superiores, los tratados internacionales, la Constitución Política y la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

La reforma se basa en los principios fundamentales que la Constitución Política ha establecido para el derecho fundamental a la salud: dignidad humana, igualdad, solidaridad, interés general, universalidad, acceso oportuno y de calidad, y eficiencia del sistema de salud.

- **Constitución Política de Colombia y jurisprudencia constitucional**

Colombia es un Estado Social de Derecho, cuya meta principal dentro del cumplimiento de los derechos sociales ha sido "(...) la creación de condiciones razonables de vida (...)"¹⁵, de allí que se estableciera como principios fundamentales de la Constitución Política la dignidad humana, la solidaridad y el interés general¹⁶. A través de los años la ciudadanía y la Corte Constitucional los

¹⁵ Gaceta # 3 Asamblea Constituyente 1991 "Proyecto de Acto Reformatorio de la Constitución Política de Colombia" Título: Derechos sociales

¹⁶ Sentencia C-313 de 2014: "(...) El principio de solidaridad exige la ayuda mutua entre las personas afiliadas, vinculadas y beneficiarias, independientemente del sector económico al cual pertenezcan, y sin importar el estricto orden generacional en el cual se encuentren. Este principio se manifiesta en dos subreglas, a saber: En primer lugar, el deber de los sectores con mayores recursos económicos de contribuir al financiamiento de la

han citado como principios fundamentales para el análisis de posibles violaciones de derechos fundamentales establecidos en la Carta Magna. En especial, respecto al derecho fundamental a la salud, reconocido por la Corte Constitucional como un derecho fundamental atípico.

En diversas ocasiones, la Corte Constitucional ha reconocido que el derecho a la salud es un derecho fundamental atípico, porque si bien se encuentra dentro de los derechos sociales de la Carta Magna, su naturaleza se compone de dos principios “solidaridad y dignidad humana”, como también del derecho fundamental a la vida, como se estableció en la Sentencia T-760 de 2008¹⁷, como en otros casos se ha establecido como derecho fundamental por ser los reclamantes sujetos de especial protección o por encontrarse dentro de las garantías establecidas dentro del mismo sistema de salud, como los medicamentos cubiertos por el POS (UPC).

Si bien, el derecho a la salud se encuentra en los artículos 48 y 49 de la Constitución, como un derecho social y prestacional, que debe ser reglamentado y dirigido por el Estado, en pro de regular los diversos actores del sistema, el trasfondo de este es garantizar la vida digna de quienes se encuentran dentro del territorio colombiano. Como también se denota en la Sentencia C-313 de 2014, por medio de la cual se declara exequible la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que regula el derecho fundamental a la salud. Dicha sentencia considera que:

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

Lo anterior, ha llevado a que la Corte Constitucional dentro de la Sentencia C-313 de 2014 señale “(...) que es de esperarse que, en la legislación ordinaria y su

seguridad social de las personas de escasos ingresos, por ejemplo, mediante aportes adicionales destinados a subsidiar las subcuentas de solidaridad y subsistencia del sistema integral de seguridad social en pensiones, cuando los altos ingresos del cotizante así lo permiten. En segundo término, la obligación de la sociedad entera o de alguna parte de ella, de colaborar en la protección de la seguridad social de las personas que por diversas circunstancias están imposibilitadas para procurarse su propio sustento y el de su familia. (...)”

¹⁷ “[...] El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna [...]”

reglamentación, las labores de dirección, regulación, vigilancia y control, así como los agentes prestadores del servicio y quienes suministran los insumos, se enfoquen en función de garantizar el derecho fundamental a la salud para todos los habitantes de Colombia en forma universal y con calidad”.

Ley 100 de 1993:

La Ley 100 de 1993 establece el Sistema de Seguridad Social Integral, conformado por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el sistema pensional¹⁸. En específico y en este ambiente de reformas profundas, el SGSSS nace de un marco conceptual disruptivo para su momento histórico, pues combina principios y elementos tanto de los Estados de Bienestar como de los mercados económicos¹⁹ con mayor independencia, esto es, el Pluralismo Estructurado.

En resumen, el Pluralismo Estructurado configura un sistema con un pagador final público —el Estado—, unos agentes encargados de la gestión del riesgo en salud —las Empresas Promotoras de Salud (EPS)— y unos prestadores de servicios de salud públicos y privados, encargados de la gestión clínica de los individuos. Para generar eficiencias y evitar un sobre costo transaccional de contar con varios tipos de agentes a lo largo de la cadena de valor, este modelo establece varios niveles y direcciones de competencia entre los actores, algo tomado de los modelos de mercado.

El primer nivel de competencia se asienta entre las EPS, las cuales compiten por obtener una mayor cantidad de usuarios —y, por tanto, prima o recursos per cápita que el Estado les gira—; esta competencia se alimenta del logro de eficiencias producidas por una adecuada gestión del riesgo en salud, la cual genera ahorros financieros futuros y la calidad de la atención — estrechamente vinculada a lo anterior—, la cual además es un incentivo para atraer más usuarios en un esquema de mercado informado. El segundo nivel de competencia se da entre los prestadores de servicios de salud, los cuales compiten bajo los mismos principios de eficiencia y calidad, pero no por usuarios individuales sino por hacer parte de las redes de atención de las EPS²⁰

¹⁸ Artículo 152 de la ley 100 de 1993.”[...] *La presente Ley establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación. Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.*

¹⁹ Artículo 185 de la ley 100 de 1993.”[...] *Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.*

²⁰ Londoño, Juan Luis, and Julio Frenk. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. No. 353. Working Paper, 1997

Tanto el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como su modelo conceptual de Pluralismo Estructurado tenían como principales propósitos la superación de las profundas limitaciones que el precario sistema de salud anterior presentaba, por ejemplo, antes de la Ley 100 de 1993, tan solo el 33% de la población tenía algún tipo de aseguramiento —dado por el Instituto de Seguros Sociales (ISS), las Cajas de Compensación Familiar y los seguros privados—y el 90% de los subsidios en salud terminaban destinados a los quintiles de mayores ingresos.

Por otro lado, a lo largo de sus tres décadas, se han venido introduciendo reformas al SGSSS, algunas de ellas como desarrollo de la jurisprudencia de la Honorable Corte Constitucional —cabe destacar la Sentencia T-760 de 2008—, otras como reglamentación de marcos legales, como la Ley 1438 de 2011 o la Ley Estatutaria de la Salud 1751 de 2015 y otras, bajo la lógica de la rectoría del propio Ministerio de Salud y Protección Social y sus administraciones. Cabe aquí, el análisis de cómo estas nuevas regulaciones han modificado los elementos constitutivos del Pluralismo Estructurado y, por tanto, deteriorado la competencia entre los actores y la aparición de incentivos distintos a los originalmente previstos.

En consecuencia, la implementación del sistema de salud colombiano no ha sido estable desde 1993 y, a pesar de ello, ha aportado de forma muy considerable a la generación de mayor equidad, salud y bienestar social a la población del país. Actualmente, en un contexto político de debate de una nueva reforma al sistema, es más importante que nunca la deliberación ponderada e informada, pues peligra la continuación y consolidación de grandes avances sociales en salud.

Ley Estatutaria 1751 de 2015:

La Ley Estatutaria de Salud establece un sistema de atención médica inclusivo y universal que garantiza la igualdad en el acceso a los servicios de salud²¹. Este sistema respeta la autonomía profesional y el trabajo digno del personal de salud, brinda atención inmediata a las emergencias y reconoce los determinantes sociales de la salud según lo definido por la Observación General 14 de la ONU en el año 2000.

Para asegurar el cumplimiento de este marco normativo, es necesario ajustar el diseño institucional establecido por la Ley 100 de 1993 y sus reformas posteriores, incluyendo la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011. Además, se debe considerar el Proyecto de Ley 010 del Senado y 425 de la Cámara de Representantes, que pretendía seguir en línea con estas reformas, pero que fue archivado en el contexto de las peticiones del paro nacional de 2021.

La Ley se sometió a la revisión constitucional de la Corte Constitucional y fue declarada exequible con considerandos e inexecutableidades parciales que se

²¹ Artículo 6 de la Ley Estatutaria de 1751 de 2015.

encuentran en la Sentencia C-313 de 2014. En dicha sentencia, como ya se enunció en el literal a del capítulo I, se expone la necesidad de legislar vía leyes ordinarias, como por otras vías normativas “(...) *las labores de dirección, regulación, vigilancia y control, así como los agentes prestadores del servicio y quienes suministran los insumos, se enfoquen en función de garantizar el derecho fundamental a la salud para todos los habitantes de Colombia en forma universal y con calidad.*”

6. CONTENIDO DE LOS PROYECTOS DE LEY ACUMULADOS

De acuerdo con lo expuesto en la ponencia alternativa radicada para primer debate²², se realizó el estudio de las disposiciones contenidas en el proyecto de ley 339 de 2023 acumulado con los Proyectos de Ley No. 340 de 2023 Cámara "Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud; el Proyecto de Ley No. 341 de 2023 Cámara "Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)", y el Proyecto de Ley No. 344 de 2023 Cámara "Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud", con el fin de ilustrar las coincidencias y diferencias de sus textos propuestos.

7. CONSIDERACIONES DEL PONENTE

Lo esencial de los cuatro proyectos es su coincidencia en que el actual sistema de salud necesita ser reformado. Sin duda, los proyectos previamente citados contienen aportes importantes para enriquecer el debate planteado, pero como ya se advirtió, el suscrito se aparta de los lineamientos esenciales consignados en la ponencia mayoritaria puesto que el Partido Liberal, al cual pertenezco, en distintas reuniones técnicas llevadas a cabo con el Gobierno Nacional, propuso una serie de modificaciones frente al proyecto inicial radicado que, no fueron acogidas dentro de la ponencia presentada.

Esas diferencias me llevaron a considerar la presentación de una ponencia alternativa, sin que esto signifique un desconocimiento de los propósitos generales de la reforma al sistema de salud, sobre todo si nos damos cuenta que las propuestas presentan líneas comunes que se mantienen dentro de esta ponencia, pero que son completadas con visiones distintas frente a aspectos como, por ejemplo, el aseguramiento social en salud enfocado a un aseguramiento mixto, que no es otra cosa que la posibilidad de la coexistencia organizada y armónica de unas aseguradoras (Gestoras de salud y vida públicas, privadas y mixtas) con un aseguramiento llevado a cabo directamente por parte del Estado en las zonas apartadas o donde haya brechas de equidad o vulneraciones del derecho, entre

²² Gaceta del Congreso No. 323 de 2023

otras cosas. Dentro del trámite llevado a cabo en primer debate, se acogieron una serie de proposiciones presentadas por el suscrito en compañía de los Representantes H.R Hector David Chaparro y H.R Hugo Archila, que nos llevan a realizar una modificación al texto propuesto para segundo debate, de la siguiente manera:

7.1 Modificaciones propuestas

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE	COMENTARIO
<p>ARTÍCULO 25°. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las actuales Entidades Promotoras de Salud (EPS) se transformarán en Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS), las cuales podrán ser de naturaleza pública, privada o mixta y su conformación, habilitación y funcionamiento estará conforme a las condiciones y plazos señalados en la presente Ley. Parágrafo. Todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que deseen transformarse en Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS) deberán presentar un plan circunscrito a los artículos transitorios en la presente ley, de reconocimiento de sus deudas con prestadores de servicios de salud privados y mixtos, proveedores de tecnologías en salud o farmacéuticos y demás acreencias que haya contraído por cualquier naturaleza. Para el caso de las acreencias con las Empresas Sociales del</p>	<p>ARTÍCULO 25°. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las actuales Entidades Promotoras de Salud (EPS) se transformarán en Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS), las cuales podrán ser de naturaleza pública, privada o mixta y su conformación, habilitación y funcionamiento estará conforme a las condiciones y plazos señalados en la presente Ley. Parágrafo. Todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que deseen transformarse en Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS) deberán presentar un plan circunscrito a los artículos transitorios en la presente ley, de reconocimiento de sus deudas con prestadores de servicios de salud privados y mixtos, proveedores de tecnologías en salud o farmacéuticos y demás acreencias que haya contraído por cualquier naturaleza. Para el caso de las acreencias con las Empresas Sociales del Estado, en la red pública hospitalaria, este plan deberá</p>	<p>Se elimina para integrarlo con el artículo 26</p>

<p>Estado, en la red pública hospitalaria, este plan deberá estar circunscrito a lo dispuesto por la presente Ley.</p>	<p>estar circunscrito a lo dispuesto por la presente Ley.</p>	
<p>ARTÍCULO 26°. Funciones de las Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS). Las Entidades Gestoras de Salud y Vida serán entidades de naturaleza pública, privada o mixta encargadas de gestionar de forma inteligente e indelegable, los riesgos en salud y el riesgo financiero compartido de la población afiliada, articuladamente con los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El Estado delegará en estas organizaciones funciones públicas, sin perjuicio de las funciones de rectoría, supervisión, acompañamiento y control directo del Estado. Esta gestión comprende, entre otros elementos:</p> <p>1. La caracterización periódica de los riesgos de enfermar y morir que tiene cada persona, familia y comunidad a su cargo, de acuerdo con el entorno donde habita e identificar las necesidades en salud y definir los grupos de riesgo de la población afiliada.</p> <p>2. Representar al afiliado a su cargo.</p>	<p>ARTÍCULO 265°. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida. Las Gestoras de Salud y Vida son entidades de naturaleza privada, pública o mixta, con o sin ánimo de lucro, creadas únicamente para los fines expresados en esta Ley, conformadas de acuerdo con las disposiciones civiles que rigen este tipo de entidades y debidamente autorizadas y habilitadas para su funcionamiento por la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Las Gestoras de Salud y Vida contribuirán a la gestión integral del riesgo en salud y operativo en el territorio de salud asignado, para lo cual cumplirán las siguientes funciones de administración:</p> <p>1. En coordinación con los CAPS, desarrollar todas las acciones para identificar, segmentar y analizar los riesgos en salud para la población a cargo en el territorio para la gestión en salud, incluyendo la población sana.</p> <p>2. En coordinación con las direcciones Departamentales y Distritales de Salud la conformación de las Redes</p>	<p>Se unifican los artículos 25 y 26 para armonizarlos conforme a la proposición radicada por los Representantes Germán Rozo, Hugo Archila y Hector Chaparro, la cual fue aprobada por la Comisión Séptima en primer debate. Se ajusta la numeración.</p>

<p>3. Gestionar el riesgo individual en salud de las personas a su cargo, en coordinación con las Direcciones territoriales de Salud que gestionan el riesgo colectivo.</p> <p>4. Promocionar el autocuidado, demanda inducida, búsqueda activa de casos sospechosos de condiciones en salud, y de aquella con diagnóstico confirmado de condiciones crónicas y mala adherencia a su seguimiento médico y las demás que sean necesarias de acuerdo con su estado de salud;</p> <p>5. Determinar la demanda de servicios para la población a cargo y contratar la oferta de prestación de servicios de salud con capacidad instalada suficiente, para el suministro de servicios y tecnologías de salud del territorio.</p> <p>6. Conformar, Organizar y articular las Redes Integrales e Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIISS) en coordinación con las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud.</p> <p>7. Conformar, organizar y articular permanentemente las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), con la coordinación de la Dirección Departamental o Distrital de Salud y obtener su habilitación.</p> <p>8. Concurrir en la evaluación de la calidad de las Redes</p>	<p><u>Integrales e Integradas de Servicios de Salud para los Territorios de Salud, incluyendo los CAPS, de acuerdo con las normas de habilitación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.</u></p> <p><u>3. Coordinar la planeación estratégica del desarrollo de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud en coordinación con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social.</u></p> <p><u>4. Gestionar el riesgo en salud en coordinación con los CAPS desde la Atención Primaria en Salud hasta la prestación de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, según la organización de las Redes Integrales e Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIISS).</u></p> <p><u>5. Establecer los planes de intervención y articular la ejecución de la gestión operativa para responder a la demanda de servicios de los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS y a las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.</u></p> <p><u>6. Desarrollar modelos estimativos que permitan la gestión anticipada de los riesgos en salud y operacionales a través de la intervención de factores de riesgo que identifiquen patrones de comportamiento</u></p>	
---	--	--

Integrales de Servicios de Salud (RIISS) y la prestación oportuna de servicios de salud, en el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA).

9. Auditar el gasto en salud en las Redes Integrales de Atención en Salud (RIISS) o en los prestadores que atiendan a su población a cargo por fuera de ellas, bajo la normatividad o lineamientos que para estos efectos emita el Ministerio de Salud y Protección Social.

10. Garantizar las modalidades de prestación y provisión de servicios y tecnologías en salud, dentro de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), para atender las necesidades de los afiliados a su cargo, con enfoque diferencial, adaptadas a los contextos socioeconómicos, culturales y sociales de las comunidades, mediante la contratación inteligente de servicios y tecnologías en salud, siempre sobre la base de la dignidad y adecuada experiencia de la atención de las personas.

11. Gestionar el riesgo primario y técnico en su población, en conjunción con sus Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), para lo cual puede hacer uso de incentivos, en marco de sus acuerdos de voluntades, las modalidades de pago

para ajustar las acciones establecidas que enfrenten el nivel de riesgo.

7. Implementar mecanismos efectivos de coordinación asistencial al interior de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, que contribuyan a la continuidad de la atención de las personas.

8. Establecer un sistema de referencia y contrarreferencia en coordinación con las secretarías departamentales, distritales o quienes hagan sus veces y los CAPS, que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio asignado; de acuerdo con las RIISS habilitadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluido el traslado no asistencial cuando por condiciones del territorio y de la red así lo requiera la población.

9. ejecutar en coordinación con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, las actividades de monitoreo y evaluación del desempeño de las RIISS.

10. Implementar salas situacionales que permitan el análisis de información, a través de tableros de gestión para la toma de decisiones, el reporte de alertas y entrega de insumos para el

existentes y el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA).

12. Buscar la satisfacción y los mejores resultados en salud posibles para las personas afiliadas a su cargo y la protección de la vida, de acuerdo con los principios y lo dispuesto por la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

13. Gestionar el riesgo financiero en salud de las personas y la población a su cargo, mediante su adecuada gestión del riesgo en salud, la eficiencia en la gestión operativa, la estructuración inteligente de acuerdos de voluntades con los prestadores de salud, gestores farmacéuticos y demás agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el marco de sus Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS).

14. Realizar rendición de cuentas públicas y transparentes a la comunidad y demás agentes del Sistema de Salud u organismos de control, según lo establezca el Ministerio de Salud y Protección Social o el marco legal vigente.

15. Disponer de un Sistema de Información coordinado con el Sistema Unificado Interoperable de Salud (SUIS), para las personas, asociaciones de usuarios o pacientes y demás organizaciones de la

ejercicio de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud y de las Entidades Territoriales.

11. Entregar informes periódicos del funcionamiento de las Redes.

12. Participar en el Consejo Asesor de Planeación y Evaluación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios en Salud.

13. Contribuir al uso eficiente, racional y óptimo de los recursos financieros.

14. Prestar asistencia técnica con planes de capacitación a los integrantes de la red para el mejoramiento continuo, la implementación de modelos innovadores de servicios de salud y el fortalecimiento de la calidad en la atención en salud.

15. Gestionar en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras y su prevención según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, así como en el caso de las enfermedades de alto costo.

16. Garantizar el acceso oportuno y expedito a los servicios de salud y a los

sociedad civil para la atención de inquietudes, peticiones, sugerencias, quejas, con el fin de ofrecer soluciones efectivas.

Parágrafo. La captura de datos para la caracterización de los riesgos poblacionales deberá contratarse con los Centros de Atención Primaria (CAPS) en donde el usuario está adscrito, cumpliendo con indicadores de cobertura y resultados, en el marco del Sistema Integral para la Calidad en Salud (SICA).

servicios farmacéuticos a las personas que los requieran de tal forma que su prestación no afecte la oportunidad, pertinencia, seguridad y eficiencia.

17. Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con los sistemas de información de las RIISS y con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud, en la forma y condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

18. Realizar la auditoría de calidad, de cuentas médicas y concurrente de las prestaciones de servicios de salud componente complementario de las RIISS.

19. Validar la facturación del componente complementario de las RIISS, la cual será remitida a la ADRES para los pagos a que haya lugar.

20. Implementar un Sistema de Información y Atención a la Población a través del cual interactúen con las personas, asociaciones de usuarios o pacientes y demás organizaciones de la sociedad civil, con el fin de conocer sus inquietudes, peticiones, sugerencias, quejas y denuncias, para poder dar soluciones efectivas a las no conformidades manifestadas.

	<p><u>21. Realizar rendición de cuentas de sus actividades con la periodicidad, mecanismos y sobre los temas que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.</u></p> <p><u>22. Solo podrán operar en los territorios donde hayan tenido autorización como Gestoras de Salud y Vida y donde tengan mayor desarrollo de su capacidad de operación, según necesidades que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.</u></p> <p><u>23. Realizar la gestión para el pago de las prestaciones económicas.</u></p> <p><u>24. Gestionar la atención integral de la salud del usuario.</u></p>	
<p>ARTÍCULO 67°. Fortalecimiento del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y bajo el marco de la Política de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud, diseñará e implementará el plan integral de fortalecimiento para el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), para hacerlo ágil, transparente y moderno, aumentando sus capacidades en talento humano y mecanismos de</p>	<p>ARTÍCULO 67°. Fortalecimiento del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y bajo el marco de la Política de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud, diseñará e implementará el plan integral de fortalecimiento para el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), para hacerlo ágil, transparente y moderno, aumentando sus capacidades en talento humano y mecanismos de evaluación de desempeño de</p>	<p>Se elimina el artículo por cuanto fue acodo e incluido en el texto aprobado por la Comisión Séptima.</p>

<p>evaluación de desempeño de estos, implementación de sistemas informáticos que automaticen procesos, fortalecimiento de la ciberseguridad y estandarización de procesos técnicos, regulatorios y eliminación de barreras administrativas basado en la implementación de las mejores prácticas internacionales adoptadas y adaptadas a la entidad.</p>	<p>estos, implementación de sistemas informáticos que automaticen procesos, fortalecimiento de la ciberseguridad y estandarización de procesos técnicos, regulatorios y eliminación de barreras administrativas basado en la implementación de las mejores prácticas internacionales adoptadas y adaptadas a la entidad.</p>	
---	---	--

8. CIRCUNSTANCIAS O EVENTOS QUE PUEDEN GENERAR POSIBLES CONFLICTOS DE INTERESES

El artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, mediante el cual se modifica el artículo 291 de la ley 5 de 1992, dispone que el autor del proyecto y el ponente presentarán en el cuerpo de la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, de acuerdo al artículo 286; asimismo, establece que estos serán criterios guías para que los otros congresistas tomen una decisión en torno a si se encuentran en una causal de impedimento, no obstante, otras causales que el Congresista pueda encontrar.

En este sentido, con el fin de ilustrar en el análisis frente a los posibles impedimentos que podrían derivar en conflictos de intereses producto de la actividad legislativa realizada, se citarán textualmente los criterios determinados en el artículo 1 de la ley 2003 de 2019:

“ARTÍCULO 1o. *El artículo 286 de la Ley 5 de 1992 quedará así:*

Artículo 286. Régimen de conflicto de interés de los congresistas. *Todos los congresistas deberán declarar los conflictos de intereses que pudieran surgir en ejercicio de sus funciones.*

Se entiende como conflicto de interés una situación donde la discusión o votación de un proyecto de ley o acto legislativo o artículo, pueda resultar en un beneficio particular, actual y directo a favor del congresista.

a) Beneficio particular: aquel que otorga un privilegio o genera ganancias o crea indemnizaciones económicas o elimina obligaciones a favor del

congresista de las que no gozan el resto de los ciudadanos. Modifique normas que afecten investigaciones penales, disciplinarias, fiscales o administrativas a las que se encuentre formalmente vinculado.

b) Beneficio actual: aquel que efectivamente se configura en las circunstancias presentes y existentes al momento en el que el congresista participa de la decisión.

c) Beneficio directo: aquel que se produzca de forma específica respecto del congresista, de su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.

Para todos los efectos se entiende que no hay conflicto de interés en las siguientes circunstancias:

a) Cuando el congresista participe, discuta, vote un proyecto de ley o de acto legislativo que otorgue beneficios o cargos de carácter general, es decir cuando el interés del congresista coincide o se fusione con los intereses de los electores.

b) Cuando el beneficio podría o no configurarse para el congresista en el futuro.

c) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que establezcan sanciones o disminuyan beneficios, en el cual, el congresista tiene un interés particular, actual y directo. El voto negativo no constituirá conflicto de interés cuando mantiene la normatividad vigente.

d) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que regula un sector económico en el cual el congresista tiene un interés particular, actual y directo, siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual.

e) <Literal INEXEQUIBLE>

f) Cuando el congresista participa en la elección de otros servidores públicos mediante el voto secreto. Se exceptúan los casos en que se presenten inhabilidades referidas al parentesco con los candidatos.

PARÁGRAFO 1o. *Entiéndase por conflicto de interés moral aquel que presentan los congresistas cuando por razones de conciencia se quieren apartar de la discusión y votación del proyecto.*

PARÁGRAFO 2o. *Cuando se trate de funciones judiciales, disciplinarias o fiscales de los congresistas, sobre conflicto de interés se aplicará la norma especial que rige ese tipo de investigación.*

PARÁGRAFO 3o. *Igualmente se aplicará el régimen de conflicto de intereses para todos y cada uno de los actores que presenten, discutan o participen de cualquier iniciativa legislativa, conforme al artículo 140 de la Ley 5 de 1992 (...).*

En consecuencia y a manera de orientación, los ponentes consideran que las disposiciones contenidas en el presente proyecto de ley radican en normas de carácter general, impersonal y abstracto que dada su naturaleza y a los fines superiores que persigue no generarían posibles conflictos de intereses, sin embargo, lo anterior no exime del deber particular de cada Congresista que en su esfera privada, identifique causales adicionales que a su juicio considere pertinentes y exponerlas durante el trámite correspondiente.

9. IMPACTO FISCAL

El cumplimiento de las metas y la ejecución de las medidas establecidas en el Proyecto de Ley se hará en el marco de las competencias constitucionales y legales de las entidades involucradas y en concordancia con la capacidad financiera y presupuestal y las reglas del marco fiscal de mediano plazo vigentes, en tanto corresponde a cada entidad comprometer y ordenar el gasto en desarrollo de sus apropiaciones, y la ejecución de los recursos que son aprobados por el Congreso de la República.

Con el fin de darle cumplimiento a lo anterior y en atención a lo dispuesto en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003, el suscrito ponente de la presente iniciativa, señaló previamente el impacto fiscal que ha establecido el Ministerio de Hacienda y Crédito Público frente a la reforma a la salud.

No obstante, para efectos de continuar con el trámite legislativo, conviene tener presente las disposiciones desarrolladas por la Corte Constitucional a lo largo de su jurisprudencia sobre la materia. Inicialmente, estableció mediante Sentencia C-866 de 2010²³, lo siguiente:

“(...) En hilo de lo expuesto, es posible deducir las siguientes subreglas sobre el alcance del artículo 7º de la Ley 819 de 2003: (i) las obligaciones previstas en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que cumple fines constitucionalmente relevantes como el orden de las finanzas públicas y la estabilidad macroeconómica; (ii) el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003 corresponde al Congreso, pero principalmente al Ministro de Hacienda y Crédito Público, en tanto que “es el que cuenta con los datos, los equipos de

²³ Corte Constitucional. Sentencia C-866 del 3 de noviembre de 2010. M.P Jorge Ignacio Pretelt Chaljub

funcionarios y la experticia en materia económica. Por lo tanto, en el caso de que los congresistas tramiten un proyecto incorporando estimativos erróneos sobre el impacto fiscal, sobre la manera de atender esos nuevos gastos o sobre la compatibilidad del proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, le corresponde al Ministro de Hacienda intervenir en el proceso legislativo para ilustrar al Congreso acerca de las consecuencias económicas del proyecto”; (iii) en caso de que el Ministro de Hacienda y Crédito Público no intervenga en el proceso legislativo u omita conceptuar sobre la viabilidad económica del proyecto no lo vicia de inconstitucionalidad, puesto que este requisito no puede entenderse como un poder de veto sobre la actuación del Congreso o una barrera para que el Legislador ejerza su función legislativa, lo cual “se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático”; y (iv) el informe presentado por el Ministro de Hacienda y Crédito Público no obliga a las células legislativas a acoger su posición, sin embargo, sí genera una obligación en cabeza del Congreso de valorarlo y analizarlo. Sólo así se garantiza una debida colaboración entre las ramas del poder público y se armoniza el principio democrático con la estabilidad macroeconómica (...).

(...) Por otra parte, es preciso reiterar que **si el Ministerio de Hacienda no participa en el curso del proyecto durante su formación en el Congreso de la República, mal puede ello significar que el proceso legislativo se encuentra viciado por no haber tenido en cuenta las condiciones establecidas en el art. 7º de la Ley 819 de 2003.** Puesto que la carga principal en la presentación de las consecuencias fiscales de los proyectos reside en el Ministerio de Hacienda, la omisión del Ministerio en informar a los congresistas acerca de los problemas que presenta el proyecto no afecta la validez del proceso legislativo ni vicia la ley correspondiente. (Resaltado fuera del texto) (...).

(...) En hilo de lo expuesto, es posible deducir las siguientes subreglas sobre el alcance del artículo 7º de la Ley 819 de 2003:

(i) las obligaciones previstas en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003 constituyen un parámetro de racionalidad legislativa, que cumple fines constitucionalmente relevantes como el orden de las finanzas públicas y la estabilidad macroeconómica;

(ii) el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7º de la Ley 819 de 2003 corresponde al Congreso, pero principalmente al Ministro de Hacienda y Crédito Público, en tanto que “es el que cuenta con los datos, los equipos de funcionarios y la experticia en materia económica. Por lo tanto, en el caso de que los congresistas tramiten un proyecto incorporando estimativos erróneos sobre el impacto fiscal, sobre la manera de atender esos nuevos gastos o sobre la compatibilidad del proyecto con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, le corresponde al Ministro de Hacienda intervenir en el proceso legislativo

para ilustrar al Congreso acerca de las consecuencias económicas del proyecto”;

(iii) en caso de que el Ministro de Hacienda y Crédito Público no intervenga en el proceso legislativo u omita conceptuar sobre la viabilidad económica del proyecto no lo vicia de inconstitucionalidad, puesto que este requisito no puede entenderse como un poder de veto sobre la actuación del Congreso o una barrera para que el Legislador ejerza su función legislativa, lo cual “se muestra incompatible con el balance entre los poderes públicos y el principio democrático”; y

(iv) el informe presentado por el Ministro de Hacienda y Crédito Público no obliga a las células legislativas a acoger su posición, sin embargo, sí genera una obligación en cabeza del Congreso de valorarlo y analizarlo. Sólo así se garantiza una debida colaboración entre las ramas del poder público y se armoniza el principio democrático con la estabilidad macroeconómica (...),”

Por otra parte, recientemente decidió unificar la interpretación de lo dispuesto en la Ley 819 de 2003, disponiendo en Sentencia C-520 de 2019²⁴, lo que inmediatamente se cita:

“Finalmente, y dadas las discrepancias que se habían dado sobre el alcance de las obligaciones a cargo del legislador en esta materia, en la reciente Sentencia C-110 de 2019, la Sala Plena se inclinó por una decisión intermedia y unificó la interpretación al respecto así:

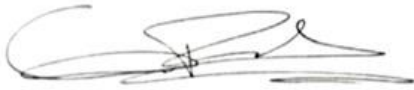
“80.3. Con el propósito de unificar la interpretación en esta materia, la Corte estima necesario precisar (i) que el Congreso tiene la responsabilidad -como lo dejó dicho la sentencia C-502 de 2007 y con fundamento en el artículo 7 de la ley 819 de 2003- de valorar las incidencias fiscales del proyecto de ley. Tal carga (ii) no exige un análisis detallado o exhaustivo del costo fiscal y las fuentes de financiamiento. Sin embargo, (iii) sí demanda una mínima consideración al respecto, de modo que sea posible establecer los referentes básicos para analizar los efectos fiscales del proyecto de ley. En todo caso (iv) la carga principal se encuentra radicada en el MHCP por sus conocimientos técnicos y por su condición de principal ejecutor del gasto público. En consecuencia, (v) el incumplimiento del Gobierno no afecta la decisión del Congreso cuando este ha cumplido su deber. A su vez (vi) si el Gobierno atiende su obligación de emitir su concepto, se radica en el Congreso el deber de estudiarlo y discutirlo –ver num. 79.3 y 90-(...)”.

²⁴ Corte Constitucional. Sentencia C-520 del 5 de noviembre de 2019. M.P Cristina Pardo S.

10. PROPOSICIÓN

Con fundamento en las razones aquí expuestas, me permito rendir PONENCIA POSITIVA alternativa, y en consecuencia, de manera respetuosa a solicito a la Honorable Plenaria de la Cámara de Representantes, dar SEGUNDO DEBATE al proyecto de Ley No. **Proyecto de Ley No. 339 de 2023 Cámara** "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones", acumulado con el **Proyecto de Ley No. 340 de 2023 Cámara** "Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud; el **Proyecto de Ley No. 341 de 2023 Cámara** "Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)", y el **Proyecto de Ley No. 344 de 2023 Cámara** "Por medio del cual se adoptan medidas para el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud".

Del Honorable Representante,



GERMÁN ROGELIO ROZO ANÍS
Representante a la Cámara
Departamento de Arauca
Coordinador Ponente

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY 339 DE 2023 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE TRANSFORMA EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES", ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NO. 340 DE 2023 CÁMARA "POR LA CUAL SE ADOPTAN MEDIDAS PARA MEJORAR Y FORTALECER EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD; EL PROYECTO DE LEY NO. 341 DE 2023 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE DICTAN DISPOSICIONES SOBRE EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)", Y EL PROYECTO DE LEY NO. 344 DE 2023 CÁMARA "POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTAN MEDIDAS PARA EL FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD"

El Congreso de Colombia,

DECRETA:

**CAPÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES**

ARTÍCULO 1°. Objeto. Por medio de la presente ley se establecen disposiciones tendientes a fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el acceso efectivo a servicios de salud por parte de las personas, familias y la población, las cuales están fundamentadas en un Aseguramiento Social en Salud que cuenta con actores diversos públicos, privados y mixtos para la gestión integral del riesgo en salud tanto individual como colectivo, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, la intersectorialidad para el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud, y el empoderamiento de las personas y comunidades, en el desarrollo de la garantía del derecho fundamental a la salud.

ARTÍCULO 2°. Definiciones.

1. Atención primaria en salud. Es una estrategia que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas. Comprende tres componentes interrelacionados y sinérgicos: 1. Servicios de salud coordinados y completos, en los que se incluyen, como piezas centrales, la atención primaria y funciones y bienes de salud pública; 2. Acciones y políticas multi-sectoriales en el ámbito de los determinantes de la salud más extendidos y de carácter general, y 3. El establecimiento de un diálogo

con personas, familias y comunidades, y su empoderamiento, para aumentar la participación social y mejorar la auto-asistencia y la autosuficiencia en la salud.

2. Gestión del Riesgo en Salud. Corresponde a las actividades destinadas a impactar positivamente los factores que influyen en la salud de las personas, familias y comunidades, así como en sus modos, condiciones y estilos de vida, de tal manera que se anticipe a la materialización de riesgos en salud para que estos no se presenten o para que se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias.

3. Interoperabilidad. Es la capacidad de varios sistemas o componentes para intercambiar información, entender estos datos y utilizarlos. En la progresividad de la interoperabilidad se buscará la articulación con otros sectores para gestionar la integralidad de la atención

4. Redes de prestación de servicios de salud (RIISS). Son una estructura funcional compuesta por grupos de prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de naturaleza pública, privada o mixta, organizados y articulados por una Entidad Gestora de Salud y Vida o una Entidad Promotora de Salud (EPS), durante la transición de esta ley, para prestar los servicios de salud de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación a la población de un territorio. Esta Red Integral e Integrada de servicios de Salud debe garantizar todas las tecnologías que necesita el individuo y su familia en el ámbito ambulatorio, hospitalario y domiciliario de tal forma que se pueda saber de manera pública cuál o cuáles tecnologías en salud son prestadas por cual institución.

5. Salud Preventiva. Son todas las actividades que realiza el Sistema de Salud con el objetivo de atender los determinantes sociales y los factores biológicos que pueden producir enfermedad para promover hábitos de vida saludable y la cultura del autocuidado de salud.

6. Salud Predictiva. Son todas las acciones encaminadas a estudiar el comportamiento demográfico, epidemiológico y los hábitos de consumo de servicios para planificar y proyectar las acciones a ejecutar por el Sistema de Salud para descubrir determinantes sociales y factores de riesgo biológicos que sean fuentes de enfermedad.

7. Salud Resolutiva. Son todas las decisiones sobre bienes y servicios que toma el sistema de salud para atender de manera oportuna y efectiva a las personas enfermas a fin de restablecerles la salud, respetando la autonomía de cada persona y la dignidad humana.

8. Servicios Primarios de Salud. Corresponden a los servicios de salud de baja complejidad, en las diferentes modalidades de prestación previstas en la reglamentación en la materia, requeridas de acuerdo con las necesidades en salud

de la población y sus condiciones socioeconómicas y culturales, en un territorio determinado.

9. Servicios Complementarios de Salud. Corresponde a todos los servicios de salud de mediana y alta complejidad, en las diferentes modalidades de prestación previstas en la reglamentación en la materia, necesarios para garantizar la continuidad, integralidad y complementariedad de la atención de los servicios primarios.

10. El Sistema Único Interoperable de Información en Salud (SUIS). Comprende un conjunto de componentes organizados e interactuantes en torno al objetivo de producir información destinada a respaldar las decisiones y acciones que busquen alcanzar mejores servicios y resultados en cada nivel del sistema de salud en su generalidad, en el entendido que la información en salud es un insumo clave para el desarrollo de políticas relacionadas con la salud, la planeación y el funcionamiento de programas, la vigilancia de la salud y el seguimiento, la evaluación y la investigación de resultados.

11. Territorios de Gestión en Salud. Son territorios funcionales conformados por áreas geográficas homogéneas e integradas entre sí, geográficamente continuos que compartan características poblacionales, demográficas, socioeconómicas, socioculturales, ambientales y que reflejen los grados de desarrollo de capacidades que han alcanzado cada uno de los territorios para atender las necesidades de la población, pero que son heterogéneos y diferenciados entre ellos en cuanto a sus relaciones funcionales. Estos territorios comprenderán, por regla general, áreas de varios Departamentos.

CAPÍTULO II

GOBERNANZA Y RECTORÍA DEL SISTEMA

ARTÍCULO 3°. Gobernanza y Rectoría del Sistema de Salud. La gobernanza y rectoría del Sistema estará en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, quien orientará a los actores para el logro de la garantía del derecho a la salud, el acceso efectivo de servicios de salud, al buen desempeño del sistema, sus agentes, la transparencia, el buen uso de los recursos públicos y, en conjunto con los demás sectores, el goce efectivo del derecho fundamental a la Salud de toda la población.

El Ministerio de Salud y Protección Social, contará con el Consejo Nacional de Seguridad Social como órgano asesor del Ministerio y con escenarios para fomentar y desarrollar la participación de las personas y sus organizaciones sociales y civiles en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas de salud.

ARTÍCULO 4°. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). Créese el Consejo Nacional de Salud, como órgano asesor del Gobierno Nacional

en materia de salud, siendo un espacio de concertación entre los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y cuya función será emitir recomendaciones a los diferentes sectores del Gobierno Nacional que conlleve al goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

El CNSSS estará presidido por el Ministerio de Salud y Protección Social y estará conformado por 16 representantes del Estado, las empresas del sector, la academia y la sociedad civil y organizada, así:

1. El ministro de Salud y Protección Social o su delegado, quien lo presidirá.
2. El ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado.
3. El director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado.
4. Dos (2) representantes de las Direcciones Territoriales de Salud: Un representante de las Direcciones Departamentales o Distritales y un representante de las Direcciones Municipales de Salud, designado entre ellos mismos por el mecanismo que definan.
5. Dos (2) representantes de las Entidades Gestoras de Salud y Vida: Un representante de las EGVIS públicas y mixtas y una EGVIS privadas designado ambas por las agrupaciones, agremiaciones y asociaciones que las congregue.
6. Tres (3) representantes de los Prestadores de servicios y Proveedores de Tecnologías en Salud; Un (1) representante de las IPS públicas y mixtas, designado por las agremiaciones y asociaciones que los congreguen y un (1) representante de las IPS privadas, designado por las agremiaciones y asociaciones que los congreguen y un (1) representante de las industrias productoras de medicamentos, dispositivos e insumos para la salud, designado por las agremiaciones y asociaciones que los congreguen.
7. Un (1) representante de los trabajadores de la salud elegido por las organizaciones sindicales.
8. Dos (2) representantes de los usuarios del Sistema: Un representante designado por las asociaciones de Pacientes y un representante designado por las Asociaciones de Usuarios.
9. Un (1) representantes de comunidades étnicas: elegidos entre los pueblos indígenas, las comunidades afrocolombianas y la comunidad ROM.
10. Dos (2) representantes de la academia; Un representante que será escogido por la Academia Nacional de Medicina y un representante de la terna enviada por los colegios, sociedades científicas y facultades de Ciencias de la Salud.

Parágrafo 1. Los representantes no gubernamentales serán elegidos directamente por cada una de las organizaciones correspondientes, de acuerdo con la

reglamentación que, dentro de los 3 meses siguientes a la expedición de la Ley, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en principios democráticos, de representatividad, transparencia, e imparcialidad.

Parágrafo 2. La secretaría técnica del CNSSS será ejercida desde el despacho del ministro de Salud y Protección Social la cual convocará a las sesiones, registrará el contenido de las sesiones y publicará las actas de cada sesión.

Parágrafo 3. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en su primera sesión adoptará su propio reglamento de funcionamiento, en el cual deberá definir, como mínimo, sus funciones, periodicidad de los consejeros y de la sesión, mecanismos de concertación entre otros.

Parágrafo 4. El CNSSS, podrán invitar a sus sesiones de acuerdo con los temas a desarrollar al Instituto Nacional de Salud - INS, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), la Superintendencia Nacional de Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS), el Instituto Nacional de Cancerología, la Cuenta de Alto Costo y terceros expertos con voz, pero sin voto.

Parágrafo 5. El Gobierno Nacional, proporcionará los recursos para garantizar las reuniones del Consejo, de forma presencial o virtual, incluyendo los gastos de transporte y estancia de aquellos consejeros que no vivan en el lugar de reunión. Los consejeros no percibirán honorarios por su participación en el Consejo.

ARTÍCULO 5°. Funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El Consejo Nacional de Seguridad Social en salud tendrá las siguientes funciones:

1. Recomendar políticas relacionadas con la salud pública, Plan de beneficios, los modelos de atención y prestación de servicios, los incentivos para las buenas prácticas a los diferentes actores del Sistema, los indicadores de medición del acceso efectivo a los servicios de salud, la calidad en la prestación de los servicios y los resultados en salud.
2. Recomendar a los distintos sectores y Entidades del Gobierno Nacional y a los actores del Sistema de Salud, para la definición e implementación de políticas, estrategias, planes y programas relacionados con las necesidades de intervención de los Determinantes Sociales de la Salud para la gestión del riesgo en salud colectivo, comunitario e individual, en los distintos territorios.
3. Proponer estrategias encaminadas al buen recaudo, flujo y uso de los recursos de manera que se garantice la sostenibilidad del Sistema, y la garantía del derecho fundamental a la salud.

Parágrafo. En caso de que el Gobierno Nacional y sus Entidades se aparten de las recomendaciones hechas por el Consejo, éstas deberán justificar su accionar.

ARTÍCULO 6°. Consejos Territoriales de Salud. Los Departamentos, Distritos y Municipios, conformarán los Consejos Territoriales de Salud, los cuales tendrán, en lo posible, análoga composición del Consejo Nacional, pero con la participación de las entidades o asociaciones del orden departamental, distrital o municipal.

ARTÍCULO 7°. Ámbitos de la participación ciudadana y social. La participación de las personas y sus organizaciones sociales y civiles se ejercerán en los siguientes ámbitos:

1. Participación en los contextos comunitarios y territoriales. Los Integrantes del Sistema de Salud promoverán espacios y mecanismos de participación ciudadana y de organizaciones sociales y civiles, conducentes a la construcción de políticas, estrategias e intervenciones en salud, generación e implementación de abordajes comunitarios de los problemas de salud y empoderamiento comunitario en salud.
2. Participación en las políticas públicas de salud. El Ministerio de Salud, como ente rector del Sistema de Salud, contará con reglas, mecanismos y escenarios para fomentar y desarrollar la participación informada, activa, propositiva y efectiva de los ciudadanos y las organizaciones sociales y civiles en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas de salud. Por su parte, el Ministerio de Salud y Protección Social en articulación con el Ministerio del Interior y los Departamentos, Distritos y Municipios, generarán los mecanismos, procesos y espacios para consolidar la veeduría ciudadana de las políticas, planes, estrategias e intervenciones del Sistema de Salud en el nivel nacional y territorial.
3. Consulta previa a las comunidades étnicas. La formulación de las macro-políticas de salud, tendrán un enfoque diferencial con especial énfasis en comunidades étnicas, las cuales ejercerán su participación por medio de consultas previas, en el marco de lo dispuesto por la Constitución Política y el marco legal y normativo en la materia.

ARTÍCULO 8°. Territorios de gestión en salud. Para garantizar el derecho fundamental a la salud y el acceso efectivo de la población a los servicios de salud, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá Territorios para la Gestión en Salud, como estructuras funcionales, promoviendo así una gestión en salud que fortalezca i) el diseño y aplicación de las políticas públicas adecuadas a la realidad territorial, ii) la focalización y priorización efectiva de la inversión territorial y iii) el cierre de brechas e inequidades en salud. Los agentes del Sistema de Salud desarrollarán sus funciones - desde las acciones promocionales de salud, pasando por la prestación de servicios de salud, operado en redes, el aseguramiento social en salud, hasta la definición de intervenciones y metas, las cuales se ajustarán a las

distintas necesidades y problemas en salud de las personas y poblaciones que allí habitan.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los Territorios de Gestión en Salud, usando métodos y algoritmos de estadística espacial que incluyan como mínimo los siguientes elementos: i) organización de tipologías de municipios y distritos usando variables socio económicas, ii) ajuste de modelos de territorialización basada en vecinos más cercanos entre municipios o distritos de distintas tipologías y iii) validación de divisiones territoriales basadas en distancias y diferencias de capacidades territoriales.

Parágrafo 2. Los Territorios de Gestión de Salud pueden acudir a esquemas asociativos territoriales como lo dispone la normatividad vigente.

ARTÍCULO 9°. Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA). Con el objetivo de garantizar el buen desempeño del Sistema de Salud, orientar su gobernanza y otorgarle instrumentos técnicos al ejercicio de la rectoría del Sistema, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) se transformará en el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA). El Gobierno Nacional en un plazo de un (1) año, contado a partir de la vigencia de la presente Ley, reglamentará los siguientes componentes:

1. Habilitación y Funcionamiento de los Agentes. Es el sistema mediante el cual el Ministerio de Salud define los criterios y estándares mínimos para el ingreso y permanencia en el sistema de salud de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, la prestación de servicios, el suministro de tecnologías de salud públicos, privados y mixtos para garantizar la efectividad, la seguridad y aceptabilidad de la atención en salud, así como los como elementos para otorgar y mantener la habilitación de operación.

2. Mejoramiento Continuo de la Calidad en la Atención en Salud. El Ministerio de Salud y Protección social, desarrollará mecanismos sistemáticos y continuos de evaluación del cumplimiento de estándares de calidad concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación superiores a los que se determinan como básicos en el componente de habilitación.

3. Relaciones funcionales entre los agentes del Sistema de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los incentivos correctos en las relaciones y acuerdos de voluntades entre los distintos agentes del Sistema de Salud, el SICA formulará, monitoreará y evaluará los elementos que modularán dichas relaciones con una visión integral de sistema, enfoque diferencial territorial y social, enfoque en resultados en salud y mejores prácticas de gestión, centrando las necesidades de los usuarios, calidad de la prestación de servicios y la sostenibilidad del sistema, entre otros.

4. Desarrollo de Capacidades Institucionales y de Talento Humano en Salud.

El Gobierno nacional desarrollará, de forma dinámica, la generación de capacidades institucionales de gestión del riesgo en salud de las personas, familias y sus comunidades, desde los ámbitos clínicos hasta los propios del Aseguramiento Social en Salud y la política pública. A su vez, promoverá la adecuada formación, y entrenamiento del talento humano en salud, adecuado a las necesidades territoriales del país presentes y futuras, el trato digno y diferencial a los usuarios del sistema y armonizado con las políticas, planes y acciones del sector educación y otros, en esta materia.

5. Monitoreo y evaluación del desempeño del Sistema de Salud y sus agentes.

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

6. Mejoramiento continuo y Excelencia en Salud. Formulará e implementará políticas, planes, estrategias o acciones tendientes al mejoramiento progresivo y sistemático de la calidad de los agentes del Sistema de Salud, hacia niveles superiores o de excelencia.

7. Innovación Social en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con el Ministerio de Tecnología, Ciencia e Innovación, desarrollará políticas, planes, estrategias o acciones encaminadas a búsqueda de abordajes e intervenciones innovadoras a los problemas de salud tanto de los individuos, familias, como sus comunidades, fomentando el trabajo conjunto del Gobierno nacional, las Entidades Territoriales, los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), los usuarios y pacientes del sistema y demás sectores que pueden requerirse.

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

CAPÍTULO III

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y SALUD PÚBLICA

ARTÍCULO 10°. De las orientaciones estratégicas de la salud pública. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) así como los demás

sectores involucrados en el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud, orientarán y articularán sus estrategias, acciones, intervenciones y recursos hacia el cumplimiento de los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP).

ARTÍCULO 11°. Gestión Integral del Riesgo en Salud. La gestión integral del riesgo en salud corresponde a la identificación de los riesgos de presentar un evento en salud de las personas y las comunidades, a fin de promocionar estados saludables y realizar intervenciones y acciones de prevención primaria individuales y poblacionales; cuando se materialicen tales riesgos, esta gestión implica la atención integral, oportuna y de calidad en salud desde la prevención secundaria y terciaria, el tratamiento, hasta la paliación y el buen morir con dignidad. La Gestión integral del riesgo en salud implica la tanto a la articulación y coordinación de los diferentes actores públicos, privados y mixtos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y otros sectores sociales y, además, contempla la responsabilidad del Estado de evitar el empobrecimiento de las personas y comunidades por los gastos asociados a los eventos en salud, en el marco de la protección financiera social.

El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, determinarán los instrumentos, mecanismo y acciones de coordinación entre los distintos agentes del sistema de salud para el abordaje de los riesgos de salud de los individuos y comunidades de forma integral, continua y eficiente.

Las personas y comunidades, en sus entornos, tienen el deber de auto cuidarse realizando las acciones de promoción y mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad, al igual que seguir las recomendaciones dadas por el personal de salud, la adherencia al tratamiento, el cumplimiento de citas y otras atenciones que inciden en su condición de salud.

ARTÍCULO 12°. Modelo Resolutivo y Predictivo de Promoción de la Salud y Prevención Primaria. El Sistema de Salud, en conjunto con los diferentes sectores sociales y sus Entidades, enfocará sus esfuerzos en la promoción de la salud, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la prevención primaria, con un carácter resolutivo en el nivel primario de atención de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS).

Este modelo deberá fortalecer el acceso efectivo a servicios de salud, en especial en zonas rurales, zonas con población dispersas, con vulnerabilidades socioeconómicas y desigualdades en salud, poblaciones con presencia de grupos étnicos. Para ello, se establecerán Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS) con enfoque territorial, intercultural, de derechos y diferencial, los cuales estarán coordinados con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), en el componente primario de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS).

El componente predictivo del modelo estará desarrollado en conjunto por el Ministerio de Salud y Protección Social, las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Entidades Gestoras de Salud y Vida, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y los prestadores de Salud. Para ello, se utilizará la mejor evidencia disponible, modelos estadísticos, interoperabilidad de sistemas de información entre los agentes del Sistema de Salud para proyectar la carga de la enfermedad futura, el comportamiento demográfico, epidemiológico y los hábitos de consumo de servicios de salud, de acuerdo con la definición de salud predictiva definida en la presente Ley.

Parágrafo. El diseño, implementación y mantenimiento del Modelo Resolutivo de Promoción de la Salud y Prevención Primaria, al igual que los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS) deberá estar basado en evidencia, contar con un sistema de monitoreo y evaluación de coberturas y resultados, en el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA) incluyendo el uso eficiente y transparente de los recursos disponibles.

ARTÍCULO 13°. Modelo Diferencial de Salud. Con el propósito de avanzar en equidad y acceso efectivo de toda la población al aseguramiento en salud, se diseñará un modelo diferencial en zonas territoriales que cuenten con cualquiera de las siguientes características: baja densidad o alta dispersión de la población, presencia de comunidades étnicas, reconocidas por el marco legal y normativo correspondiente, o alta prevalencia de personas con discapacidad, limitada oferta de servicios, difícil accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, el Estado deberá desarrollar modelos de atención diferenciados que se ajusten a dichas características territoriales. Estos modelos se construirán con una activa participación de las comunidades y podrán ser estructurados y operados bajo modelos públicos, privados o en alianzas público privadas.

Parágrafo 1. Los modelos diferenciales contemplarán las intervenciones positivas de los determinantes sociales en salud de las poblaciones objeto y la participación intersectorial de entidades del orden nacional y territorial en su construcción e implementación.

Parágrafo 2. En los pueblos indígenas, se dará continuidad a la implementación y desarrollo total del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), manteniendo la indemnidad de las garantías y derechos consagrados en las normas y acuerdos existentes a la sanción de la presente Ley.

Parágrafo 3. En las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras del país, el Gobierno Nacional teniendo en cuenta la consulta y concertación previa se definirá y reglamentará un modelo diferencial de salud, que esté acorde con sus condiciones sociales, económicas, geográficas, y culturales, así como con sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

Parágrafo 4. El Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con las disposiciones de la presente Ley, dará prioridad a la población ubicada en los municipios del Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), descritos en el Decreto Ley 893 de 2017 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

ARTÍCULO 14°. Acción Estatal frente a los Determinantes Sociales de la Salud. El Gobierno nacional en coordinación con los Ministros del gabinete y el Departamento Nacional de Planeación, de manera prioritaria realizará acciones que incidirán positivamente sobre los Determinantes Sociales de la Salud, a fin de mejorar las condiciones generales e individuales de vida de los habitantes del territorio nacional. Su financiamiento se planeará y ejecutará de manera transversal en cada una de las entidades sectoriales responsables y estará orientado hacia el logro de los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública.

ARTÍCULO 15°. Comisión Nacional Intersectorial para el Abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud. La comisión Nacional Intersectorial para el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud se orientará por el Plan Decenal de Salud Pública vigente

El Presidente de la República presidirá la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud, integrada por todos los Ministros del gabinete y el Director del Departamento Nacional de Planeación.

ARTÍCULO 16°. Funciones de la Comisión Nacional Intersectorial para el Abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud. La comisión nacional intersectorial para el abordaje de los determinantes de salud tendrá las siguientes funciones:

1. Establecer las intervenciones y recursos para actuar sobre los Determinantes Sociales de la Salud según la información epidemiológica que presente el Instituto Nacional de Salud (INS), quien deberá solicitar información a las demás instituciones con competencias respecto a los determinantes en la salud.
2. Participar en la formulación inicial del Plan Nacional de Desarrollo, de que tratan los artículos 14° y 15° de la Ley 152 de 1994, para proponer las políticas, estrategias y recursos que incidan en los determinantes de salud.
3. Evaluar el impacto y evolución de sus directrices en materia de salud y realizará el seguimiento a los indicadores de salud en los términos que establezca el reglamento.

Parágrafo 1. El Gobierno nacional, en los tres (3) meses siguientes a la expedición de la presente Ley reglamentará la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud de la cual deberá ejercer la Secretaria Técnica.

La comisión Intersectorial Nacional de Determinantes de Salud deberá sesionar dos veces al año.

Parágrafo 2. La Comisión intersectorial de orden nacional deberá informar a las Comisiones Intersectoriales Departamentales, Distritales y Municipales las directrices y lineamientos de la política de los determinantes sociales de la salud. Así mismo, estas comisiones informarán las directrices a los municipios de su jurisdicción.

ARTÍCULO 17°. Comisiones Departamentales, Distritales y Municipales de Determinantes de la Salud. Los Gobernadores, alcaldes distritales y municipales conformarán la Comisión de Determinantes de Salud en el ámbito de su jurisdicción. Tales comisiones revisarán la información epidemiológica departamental, el Consejo Territorial de Salud y su Dirección Territorial de Salud para evaluar y analizar el impacto mediante la evaluación de indicadores de salud, las cuales se publicarán trimestralmente.

Las decisiones de estas comisiones serán consideradas en el proceso de formulación del Plan Territorial de Desarrollo respectivo en los términos establecidos en los artículos 36°, 37° y 39° de la Ley 152 de 1994. Igualmente, las comisiones participarán en la estructuración de los planes de acción de que trata el artículo 41° de la Ley 152 de 1994 y en las evaluaciones de los planes territoriales.

CAPÍTULO IV

ASEGURAMIENTO SOCIAL EN SALUD

ARTÍCULO 18°. Modelo de Aseguramiento Social en Salud. El Estado garantizará la gestión integral de los riesgos de salud técnicos y financieros, tanto individuales, como colectivos de toda la población, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual se apoyará en los demás sectores de forma articulada para el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud. El Aseguramiento Social en Salud se garantizará por medio de actores de naturaleza pública, privada o mixta o el Estado directamente, cuando no exista otra forma de garantizar el acceso efectivo a servicios de salud en zonas rurales de difícil acceso o población dispersa.

Parágrafo 1. En caso de que el Estado decida operar directamente el Aseguramiento Social en Salud, deberá contar con los mismos requisitos técnicos que las Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS) y se deberá conformar una estructura funcional unificada con las capacidades necesarias para la adecuada gestión del riesgo en salud y financiero de las personas y comunidades, en igualdad de condiciones técnicas que las EGVIS; además, esta estructura funcional tendrá las mismas condiciones de flujo, giro y gestión financiera que las EGVIS, por medio

de los componentes fijos de la UPC y en ningún caso recibirán recursos calculados en el componente variable de la misma.

Parágrafo 2. El Estado podrá asumir directa, temporal y transitoriamente la atención en salud de personas en las cuales exista inminencia o franca vulneración del derecho fundamental a la salud, de acuerdo con la mejor evidencia científica disponible, las demás disposiciones de esta Ley, la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, por medio de prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos, a los cuales se les reconocerá financieramente por los servicios y tecnologías prestados. Se diseñará un mecanismo de ajuste financiero por los gastos generados en las atenciones requeridas a las Gestoras de Salud y Vida que tengan a cargo estas personas.

ARTÍCULO 19°. Régimen Único de Salud. Dentro del primer (1) año de vigencia de la presente ley, el Gobierno nacional unificará técnica, financiera y jurídicamente, los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

Desde su nacimiento, los nacionales colombianos quedarán afiliados al Sistema de Salud.

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

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

ARTICULO 20°. Financiación de las Prestaciones Económicas. La población aportante al Sistema General de Seguridad Social en Salud, tendrá derecho al reconocimiento de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad y/o paternidad. Las incapacidades por enfermedad general se financiarán con el porcentaje de los recursos entregados a las Entidades Gestoras de Salud y Vida en función del Ingreso Base de Cotización del aportante el cual se descontará de los aportes. Las licencias de maternidad y/o paternidad se reconocerán con cargo a recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que administra la ADRES.

Las liquidaciones y gestión operativa de las prestaciones económicas las realizará la Entidad Gestora de Salud y Vida.

ARTÍCULO 21°. Tecnologías y servicios de Salud del Régimen Único de Salud. Las personas tendrán derecho a acceso de tecnologías y servicios de salud, garantizadas por los actores del Aseguramiento Social en Salud de acuerdo a lo establecido en la Ley Estatutaria de la Salud 1751 de 2015.

ARTÍCULO 22°. Libre elección de los Usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tendrán derecho a elegir libremente la Entidad Gestora de Salud y Vida de su preferencia, dentro de la oferta disponible en el respectivo territorio de aseguramiento y podrán trasladarse en cualquier momento. Igualmente, podrá elegir dentro de la oferta de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) de cada Entidad Gestora de Salud y Vida, el Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS), según su necesidad y dependiendo de la oferta de talento humano disponible, podrá elegir a su médico con enfoque familiar y comunitario.

ARTÍCULO 23°. Adscripción de la Población a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). Las Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán realizar la adscripción de cada afiliado a su cargo a un Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) cercano a su lugar de residencia o de trabajo, al cual se le asignará un médico con enfoque familiar y comunitario. El afiliado podrá acceder en todo momento a la atención en otro Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) de su escogencia.

Parágrafo 1. Las cohortes de pacientes con condiciones de salud que requieran del manejo a cargo de un profesional de la salud en un nivel de mayor complejidad, serán gestionadas en dichas instituciones prestadoras por sus respectivas Gestoras de Salud y Vida, coordinando su monitoreo o atenciones en sus respectivos CAPS.

ARTÍCULO 24°. Territorialización del Aseguramiento Social en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará un instrumento técnico para determinar la cantidad y tamaño de las Entidades Gestoras de Salud y Vida que deben operar en cada Territorio de Gestión en Salud, de conformidad con el número de afiliados en cada uno de ellos y las condiciones propias de dichos territorios.

Las Entidades Gestoras en Salud y Vida, podrán operar en uno o varios Territorios de Gestión en Salud, para lo cual deberán contar con la capacidad institucional en cada uno de los municipios que pertenecen a dicho Territorio, de manera que garanticen la gestión individual del riesgo en salud y coordine las intervenciones con los responsables de la gestión de los riesgos poblacionales, colectivos, e individuales en salud y riesgos laborales.

En cada uno de los Territorios de Gestión de Salud, las Entidades Gestoras de Salud y Vida deben garantizar el acceso efectivo, oportuno y con calidad a los servicios de salud, mediante las Redes Integrales e Integradas de Servicios de

Salud (RIISS) para lo cual deberá fortalecerse los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), los equipos y servicios extramurales, la telesalud, consulta y hospitalización domiciliaria, entre otros.

ARTÍCULO 25°. Naturaleza y funciones de las Gestoras de Salud y Vida. Las Gestoras de Salud y Vida son entidades de naturaleza privada, pública o mixta, con o sin ánimo de lucro, creadas únicamente para los fines expresados en esta Ley, conformadas de acuerdo con las disposiciones civiles que rigen este tipo de entidades y debidamente autorizadas y habilitadas para su funcionamiento por la Superintendencia Nacional de Salud.

Las Gestoras de Salud y Vida contribuirán a la gestión integral del riesgo en salud y operativo en el territorio de salud asignado, para lo cual cumplirán las siguientes funciones de administración:

1. En coordinación con los CAPS, desarrollar todas las acciones para identificar, segmentar y analizar los riesgos en salud para la población a cargo en el territorio para la gestión en salud, incluyendo la población sana.
2. En coordinación con las direcciones Departamentales y Distritales de Salud la conformación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud para los Territorios de Salud, incluyendo los CAPS, de acuerdo con las normas de habilitación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
3. Coordinar la planeación estratégica del desarrollo de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud en coordinación con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social.
4. Gestionar el riesgo en salud en coordinación con los CAPS desde la Atención Primaria en Salud hasta la prestación de los servicios de salud de mediana y alta complejidad, según la organización de las Redes Integrales e Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIISS).
5. Establecer los planes de intervención y articular la ejecución de la gestión operativa para responder a la demanda de servicios de los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS y a las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.
6. Desarrollar modelos estimativos que permitan la gestión anticipada de los riesgos en salud y operacionales a través de la intervención de factores de riesgo que identifiquen patrones de comportamiento para ajustar las acciones establecidas que enfrenten el nivel de riesgo.
7. Implementar mecanismos efectivos de coordinación asistencial al interior de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, que contribuyan a la continuidad de la atención de las personas.

8. Establecer un sistema de referencia y contrarreferencia en coordinación con las secretarías departamentales, distritales o quienes hagan sus veces y los CAPS, que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio asignado; de acuerdo con las RIISS habilitadas y autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluido el traslado no asistencial cuando por condiciones del territorio y de la red así lo requiera la población.
9. ejecutar en coordinación con las direcciones territoriales de salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, las actividades de monitoreo y evaluación del desempeño de las RIISS.
10. Implementar salas situacionales que permitan el análisis de información, a través de tableros de gestión para la toma de decisiones, el reporte de alertas y entrega de insumos para el ejercicio de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud y de las Entidades Territoriales.
11. Entregar informes periódicos del funcionamiento de las Redes.
12. Participar en el Consejo Asesor de Planeación y Evaluación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios en Salud.
13. Contribuir al uso eficiente, racional y óptimo de los recursos financieros.
14. Prestar asistencia técnica con planes de capacitación a los integrantes de la red para el mejoramiento continuo, la implementación de modelos innovadores de servicios de salud y el fortalecimiento de la calidad en la atención en salud.
15. Gestionar en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y los Centros de Atención Primaria en Salud CAPS, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras y su prevención según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, así como en el caso de las enfermedades de alto costo.
16. Garantizar el acceso oportuno y expedito a los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos a las personas que los requieran de tal forma que su prestación no afecte la oportunidad, pertinencia, seguridad y eficiencia.
17. Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con los sistemas de información de las RIISS y con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud, en la forma y condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.
18. Realizar la auditoría de calidad, de cuentas médicas y concurrente de las prestaciones de servicios de salud componente complementario de las RIISS.
19. Validar la facturación del componente complementario de las RIISS, la cual será remitida a la ADRES para los pagos a que haya lugar.

20. Implementar un Sistema de Información y Atención a la Población a través del cual interactúen con las personas, asociaciones de usuarios o pacientes y demás organizaciones de la sociedad civil, con el fin de conocer sus inquietudes, peticiones, sugerencias, quejas y denuncias, para poder dar soluciones efectivas a las no conformidades manifestadas.
21. Realizar rendición de cuentas de sus actividades con la periodicidad, mecanismos y sobre los temas que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.
22. Solo podrán operar en los territorios donde hayan tenido autorización como Gestoras de Salud y Vida y donde tengan mayor desarrollo de su capacidad de operación, según necesidades que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.
23. Realizar la gestión para el pago de las prestaciones económicas.
24. Gestionar la atención integral de la salud del usuario.

ARTÍCULO 26°. Habilitación de las Entidades Gestoras de Salud y Vida. El Gobierno nacional establecerá los requisitos mínimos de habilitación y permanencia para operar el aseguramiento social en salud, que serán verificados por la Superintendencia Nacional de Salud, Superintendencia Financiera de Colombia, la cual emitirá la habilitación que autorizará su funcionamiento.

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

CAPÍTULO V.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

ARTÍCULO 28°. Conformación y Funcionamiento de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). Con el propósito de lograr el acceso efectivo a servicios de salud por parte de todos los habitantes del territorio nacional, la equidad en salud y la resolutivez del Aseguramiento Social en Salud, las Redes Integrales e Integradas de Atención en Salud (RIISS) deberán contar con un componente primario, cuyo eje fundamental serán los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) con servicios habilitados de primer nivel de atención en salud, se constituirán como Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

El Ministerio de Salud y Protección Social, establecerá las condiciones y características para la constitución de los CAPS, en el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA).

Parágrafo 1. Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, bajo los lineamientos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco del proceso de Habilitación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), determinarán el número, la ubicación y las características de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los equipos interdisciplinarios de atención primaria en salud (EPAS) que deberán existir en los Territorios de Gestión de Salud. Todos los territorios tendrán un promotor designado para un determinado número de familias.

Parágrafo 2. Los CAPS y los EPAS se implementarán progresivamente con prioridad en los municipios de categorías 5 y 6 y en zonas donde existan brechas de desigualdad en salud.

ARTÍCULO 29°. Atenciones de los Centros de Atención Primaria en salud (CAPS). Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), en coordinación con los Equipos interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS), deberán garantizar, como mínimo, los siguientes servicios:

1. Recolección de información para la caracterización de riesgos de salud individuales, familiares, poblacionales, comunitarios, de acuerdo con el entorno donde habita e identifica las necesidades en salud de la población.
2. Consulta médica de urgencias y ambulatoria resolutive.
3. Gestión clínica del riesgo en salud para las RIAS de Promoción y Mantenimiento de la Salud; Riesgos Cardiovasculares y Metabólicos y de Riesgos Materno-Perinatales o aquellas que según la caracterización poblacional sean priorizadas.
4. Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico de acuerdo al comportamiento epidemiológico del territorio.

Parágrafo. De acuerdo al enfoque intercultural los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), trabajarán articuladamente con las agrupaciones de parteras, conforme a la Ruta Integral de Atención de Salud Materno-Perinatal.

ARTÍCULO 30°. Habilitación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). El Ministerio de Salud y Protección Social, definirá los criterios y estándares para la habilitación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), con

enfoque diferencial y territorial, atendiendo a las necesidades y condiciones socio-económicas y culturales particulares de cada territorio y sus comunidades.

Las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales realizarán la habilitación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), bajo el marco de lo dispuesto por el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA).

ARTÍCULO 31°. Conformación y Funcionamiento de los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS). Los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en salud (EPAS) tendrán vocación extramural y estarán coordinados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), articuladamente con las Gestoras de Salud y Vida y la gestión integral del riesgo en salud de los individuos y comunidades. Contarán con promotores de salud que tendrán un grupo de la personas y familias a su cargo, realizarán la recolección de los datos primarios para la identificación y caracterización de los riesgos en salud individuales y colectivos, actividades de promoción de la salud y atenciones básicas en salud. Además, los promotores de salud activarán al resto del equipo a necesidad.

El Ministerio de Salud y Protección Social, deberá desarrollar los lineamientos técnicos para la conformación y operación de los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS), dentro del Modelo Resolutivo y Predictivo de Promoción de la Salud y Prevención Primaria, los elementos de uso eficiente de los recursos y evaluación de resultados dentro de los seis meses siguientes a la sanción de la presente Ley.

Los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS) deberán interactuar y funcionar articuladamente con otros sectores sociales para la intervención de los Determinantes Sociales de la Salud, Para tales efectos, los demás sectores sociales podrán complementar estos equipos con perfiles de técnicos, tecnólogos y profesionales necesarios para abordar los Determinantes Sociales de la Salud. Las Entidades Territoriales propenderán por esta articulación, de forma efectiva y eficiente.

Parágrafo. La implementación progresiva de los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS), en el marco de la constitución de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), se priorizará las zonas rurales con población dispersa y aquellos lugares donde existan brechas de desigualdad en salud.

ARTÍCULO 32°. Redes Integrales e Integradas de Prestación de Servicios de Salud (RIISS). Las Redes Integrales de Servicios de Salud podrán ser prestados por instituciones públicas, privadas o mixtas.

Los servicios en materia de promoción de la salud, prevención primaria de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación se garantizarán por

las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) con la suficiencia técnica y administrativa necesarias.

La prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), las cuales se conformarán y gestionarán con criterios de racionalidad de los servicios y oportunidad de la atención, bajo los principios de accesibilidad, calidad, equidad y eficiencia buscando una atención continua, integral y resolutive.

Las Entidades Gestoras de Salud y Vida, en coordinación con las direcciones territoriales de salud, teniendo en cuenta el comportamiento epidemiológico y las prioridades del Plan Territorial de Salud, deben conformar las RIISS, articulando los servicios primarios y complementarios tanto públicos como privados.

Las Entidades Gestoras de Salud y Vida deben garantizarle a su población a cargo los servicios y tecnologías necesarios para atender sus riesgos en salud, mediante las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), en los lugares donde sus afiliados a cargo habitan, estudian o trabajan, con sujeción a las normas que regulan la garantía de portabilidad, así como la totalidad de los servicios primarios en el nivel municipal y complementarios el nivel municipal o departamental. En caso de no contar con la totalidad de los servicios en el ámbito municipal por falta de oferta, deberá garantizarlo en los municipios inmediatamente contiguos.

Parágrafo 1. Para el caso de servicios de salud sub-especializados con oferta limitada, estos podrán garantizarse en el nivel de Territorios de Gestión en Salud o excepcionalmente, en el nivel nacional.

ARTÍCULO 33°. Conformación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS). Todos los prestadores de servicios de salud inscritos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) deberán pertenecer a una (RIISS) para poder ofertar servicios al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Un Prestador de Servicios podrá pertenecer a dos o más RIISS. Las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud estarán conformadas por los siguientes componentes, como mínimo:

1. Componente primario, a través de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y servicios de urgencias médicas y odontológicas.
2. Servicios especializados ambulatorios.
3. Servicios de hospitalización general o especializados, incluyendo hospitalización domiciliaria.
4. Servicios de rehabilitación y apoyo terapéutico.
5. Servicios de laboratorio y apoyo diagnóstico.

6. Laboratorios de salud pública.

7. Servicios de dispensación y entrega de medicamentos, dispositivos médicos.

Parágrafo. El componente primario de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, a través de los CAPS, estará en el ámbito municipal y rural. El componente de mediana y alta complejidad se desarrollará principalmente en el ámbito subregional y departamental, dentro de los Territorios de Gestión de Salud. Excepcionalmente, en función de la disponibilidad del talento humano idóneo, las capacidades instaladas y la situación epidemiológica, los Territorios de Gestión de Salud podrán acordar la prestación de servicios complementarios sub-especializados en un Departamento continuo.

ARTÍCULO 34°. Habilitación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS). El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los estándares, criterios y mecanismos para la conformación de las RIISS en los Territorios de Gestión de Salud. La habilitación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) deberá estar bajo el marco del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICA), de tal manera que esté en armonía con el enfoque en resultados en salud y enfoque diferencial, de acuerdo con las condiciones de los distintos territorios.

ARTÍCULO 35°. Condiciones para la Habilitación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS). Las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud se habilitarán para un Territorio de Gestión de Salud, por el Ministerio de Salud y Protección Social fundamentado el aval que otorguen las respectivas direcciones Departamentales y Distritales que pertenezcan al territorio de gestión en salud, previa concertación de la conformación de las redes de servicios de salud de su jurisdicción en coordinación con las Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS).

Parágrafo 1. Entre tanto el Ministerio de Salud y Protección Social no realice la habilitación de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud de una Entidad Gestora de Salud y Vida para el Territorio de Gestión de Salud, esta Entidad podrá operar transitoriamente en la jurisdicción de los Departamentos o Distritos del Territorio de Gestión de Salud, previo aval de su red de servicios por las respectivas Direcciones Departamentales y Distritales.

Parágrafo 2. Para la habilitación de las redes el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) tendrá máximo seis (6) meses para actualizar y habilitar las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) de las Entidades Gestoras de Salud y Vida para los Territorios de Gestión de Salud, y las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, tendrán seis (6) meses para conformar las redes cada Entidad Gestora de Salud y Vida, a partir de la presentación de su propuesta de red.

ARTÍCULO 36°. Sistema de Monitoreo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud generarán un sistema de monitoreo del desempeño, la calidad y la garantía de acceso efectivo a servicios de salud de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) tanto de las Gestoras de Salud y Vida como del Modelo de Aseguramiento Público, el cual estará bajo el marco del Sistema Unificado Interoperable de Salud (SUIS).

El Sistema de Monitoreo de las RIISS deberá ser interoperable con los sistemas de información de la gestión integral del riesgo de las Entidades Gestoras de Salud y Vida y prestarán especial atención a los siguientes componentes:

1. Seguimiento a cohortes de riesgo.
2. Oportunidad de la atención en salud (servicios y procedimientos).
3. Efectividad de la Atención en Salud.
4. Cobertura de intervenciones de promoción y prevención de salud.

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

ARTÍCULO 37°. Resultados en Salud en la gestión de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS). Las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud de las Gestoras de Salud y Vida y el Aseguramiento Social en salud por parte del Estado deberán estar basadas en resultados clínicos de salud de la población a la que sirve, e indicadores de eficiencia en el uso de los recursos de la salud en el marco del Sistema Integral para la Calidad en Salud (SICA). El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los lineamientos y el aplicativo para tal fin.

ARTÍCULO 38°. Transformación de las Empresas Sociales del Estado (ESE) a Instituciones de Salud del Estado (ISE). La prestación de servicios de salud por parte de la red pública hospitalaria, incluidos los Centros de Atención Primaria en Salud públicos, tendrán carácter social, para lo cual las Empresas Sociales del Estado (ESE) se transformarán en Instituciones de Salud del Estado (ISE). Éstas se constituirán en una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas departamentales o concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta Ley.

ARTÍCULO 39°. Objeto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). El objeto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), será la prestación de servicios de salud como un servicio público esencial a cargo del Estado.

Parágrafo. El Instituto Nacional de Cancerología se regirá por las disposiciones de carácter especial que lo regulan y el marco legal correspondiente.

ARTÍCULO 40°. Tipologías y niveles de Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Instituciones de Salud del Estado (ISE), se agruparán por prestadores primarios y prestadores complementarios, y operarán en Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), en los términos definidos en la presente ley.

Para determinar las tipologías y niveles de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), se deberán tener en cuenta, entre otros, los siguientes criterios:

1. La relación geográfica entendida como la cercanía al lugar de residencia y los entornos de la población.
2. La caracterización socio-epidemiológica de la población.
3. Los lineamientos de política de oferta de servicios específicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y las estimaciones de demanda de requerimientos de la población.
4. El portafolio de servicios de salud.
5. El personal sanitario requerido.
6. Los costos de funcionamiento e inversión.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las tipologías y niveles de complejidad y clasificará las Instituciones de Salud del Estado (ISE) de acuerdo con este reglamento.

Parágrafo 2. Los departamentos, distritos y municipios que así lo definan, podrán estructurar Instituciones de salud del estado (ISE) subregionales, creadas por ordenanza o acuerdo municipal, de acuerdo con el modelo de territorialización del Aseguramiento Social en Salud definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, que integren varios municipios, organizadas en red integral. Los Departamentos que en la actualidad tienen hospitales públicos configurados en red, creados por ordenanzas, podrán mantener dichos modelos de organización y compatibilizarlos con el sistema de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS).

Parágrafo 3. La creación de nuevas Instituciones de Salud del Estado (ISE) se hará previa evaluación de la necesidad de creación de nueva oferta de servicios, según los parámetros que al efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 41°. Régimen jurídico de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Instituciones de Salud del Estado (ISE), se someterán al siguiente régimen jurídico:

1. En su denominación se incluirá la expresión " Instituciones de Salud del Estado (ISE)".
2. Conservarán el régimen presupuestal en los términos en que lo prevé el artículo 5º del Decreto 111 de 1996 a cuyo efecto las Empresas Sociales del Estado se entienden homologadas en esta materia a las Instituciones de Salud del Estado.
3. Podrá recibir transferencias directas de los presupuestos de la nación o de las entidades territoriales.
4. Para efectos tributarios se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.

Parágrafo. Aquellos establecimientos públicos creados por la Ley, Asambleas Departamentales, Consejos Distritales o Municipales, que estén adscritos a Ministerios, Departamentos, Distritos o Municipios que en el momento están desarrollando actividades de salud y saneamiento ambiental, serán considerados como Instituciones de Salud del Estado (ISE), con denominación de "Instituciones de Salud Ambiental Estatal (ISAE)"

ARTÍCULO 42°. Régimen de contratación de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Instituciones de Salud del Estado - ISE en materia contractual se regirán por el derecho privado, pero podrán utilizar discrecionalmente las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe.

El Ministerio de Salud y Protección Social determinará, según la conveniencia y las exigencias del servicio, mecanismos de negociación coordinadas y/o centralizadas de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, dentro y fuera del país y generará modelos de gestión que permitan disminuir los precios de los mismos y facilitar el acceso de la población a estos. El Ministerio de Salud y Protección social, coordinará con Colombia compra Eficiente la generación de mecanismos e instrumentos que puedan colocarse al alcance de las entidades territoriales y las Instituciones de Salud del Estado del nivel territorial.

ARTÍCULO 43°. Órganos de dirección y administración. La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), estará a cargo de un Consejo Directivo y de un director.

ARTÍCULO 44°. Integración del Consejo Directivo. El Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) de orden territorial estará integrado de la siguiente manera:

1. El jefe de la administración departamental, distrital o municipal, o su delegado, quien la presidirá.
2. El Secretario de Salud o Director de Salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.
3. Un (1) representante de las comunidades, designado por las alianzas o asociaciones legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la Dirección Departamental, Distrital o Municipal de Salud.
4. Dos (2) representantes profesionales de los trabajadores de la salud de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por voto secreto.

Parágrafo 1. Los representantes de las comunidades y de los trabajadores de la salud de la institución tendrán un periodo de cuatro (4) años y no podrán ser reelegidos para periodos consecutivos, ni podrán ser parte de los Consejos Directivos de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) en más de dos ocasiones.

Parágrafo 2. Cuando exista empate respecto de una materia sujeta a votación y aprobación por parte del Consejo Directivo, se resolverá con el voto de quien preside la Junta Directiva. En todo caso cuando se trate de aprobar el presupuesto de la Institución de Salud del Estado (ISE), se requiere del voto favorable del presidente del Consejo Directivo.

Parágrafo 3. Servidores públicos miembros del Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). Los servidores públicos que sean miembros del Consejo Directivo de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), lo serán por derecho propio mientras ejerzan sus cargos.

Parágrafo 4. Calidad de los miembros del Consejo Directivo. Los particulares miembros de los Consejos Directivos o asesores de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, aunque ejercen funciones públicas no adquieren por ese sólo hecho la calidad de empleados públicos. Su responsabilidad, lo mismo que sus incompatibilidades e inhabilidades, se regirán por las leyes de la materia, entendiéndose que se hacen extensivas a las Instituciones Hospitalarias Estatales (ISE), las que correspondían a las Empresas Sociales del estado.

ARTÍCULO 45°. Requisitos para el cargo de director de Instituciones de Salud del Estado (ISE). Para el desempeño del cargo de director de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), se deberán acreditar los siguientes requisitos:

1. Para ser director de Institución de Salud del Estado (ISE) de baja complejidad. Para el desempeño del cargo de director de Institución de Salud del Estado (ISE)

de servicios de baja complejidad en salud, se exigirán los siguientes requisitos, establecidos de acuerdo con la categorización de los departamentos y municipios regulada por la Ley 617 y la ley 136 de 1994, y demás normas que la modifiquen o adicionen.

2. Para la categoría especial y primera se exigirá como requisitos, título profesional en el área de conocimiento de ciencias de la salud, economía y administración; título de posgrado en salud pública, administración o gerencia hospitalaria, administración en salud o afines a las anteriores; y experiencia profesional de tres (3) años en el sector salud.

3. Para la categoría segunda se exigirá como requisitos, título profesional en el área de conocimiento de ciencias de la salud, economía y administración; título de posgrado en salud pública, administración o gerencia hospitalaria, administración en salud o afines a las anteriores; y experiencia profesional de dos (2) años en el sector salud.

4. Para las categorías tercera, cuarta, quinta y sexta se exigirá como requisitos, título profesional en el área de la salud y experiencia profesional de un (1) año, en el sector salud.

5. Para ser director de Institución de Salud del Estado - ISE de servicios de salud de mediana complejidad. Los requisitos que se deberán acreditar para ocupar este cargo son: Título profesional en áreas de la salud, económicas o administrativas; título de posgrado en salud pública, administración o gerencia hospitalaria, administración en salud u otro en el área de la administración en salud; y experiencia profesional de tres (3) años en el sector salud de los cuales dos (2) años deben corresponder a empleos gerenciales de prestación de servicios de salud.

6. Para ser director de Institución de Salud del Estado -ISE de servicios de salud de alta complejidad. Los requisitos que se deberán acreditar para el desempeño de este cargo son: Título profesional en el área de conocimiento de ciencias de la salud y título de posgrado en economía, administración o afines; o Título profesional en el área de conocimiento de ciencias económicas o administrativas, y título de posgrado en salud pública, administración o gerencia hospitalaria o administración en salud. Y experiencia profesional de cuatro (4) años en el sector salud de los cuales tres (3) años deben corresponder a empleos gerenciales de prestación de servicios de salud.

Parágrafo. El empleo de director de Institución de Salud del Estado - ISE será de dedicación exclusiva y de disponibilidad permanente; el título de postgrado, no podrá ser compensado por experiencia de cualquier naturaleza.

ARTÍCULO 46°. Provisión del empleo de director de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). La provisión de los empleos de director de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) del orden territorial se efectuará por la respectiva autoridad

nominadora, dentro de los tres (3) meses siguientes al inicio del período del respectivo alcalde municipal o distrital o gobernador, para un período institucional de cuatro (4) años, previa verificación del cumplimiento de requisitos y calidades establecidos en la presente ley.

El Ministerio de Salud y Protección Social consolidará periódicamente una lista de aspirantes en orden alfabético de acuerdo con el reporte que le remitan las Instituciones de Educación Superior y el Departamento Administrativo de la Función Pública respecto de los aspirantes que acreditan haber realizado el curso de Administración Hospitalaria y la prueba de competencias, respectivamente. La periodicidad de las pruebas y los parámetros requeridos para las pruebas, serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. La lista de aspirantes al empleo de director de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), tendrá una vigencia de cinco (5) años.

Se determinará un nivel o puntaje mínimo para dirigir instituciones de baja, mediana y alta complejidad. Las entidades territoriales no podrán nombrar directores que no certifiquen haber obtenido en los últimos cinco años el nivel mínimo requerido para la institución respectiva, según su complejidad.

Los Cursos de Administración Hospitalaria válidos para el proceso de provisión de los empleos de director de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), serán los impartidos por las instituciones de Educación Superior que cumplan con los requisitos y lineamientos que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

ARTÍCULO 47°. Educación continua y actualización en administración hospitalaria. Los directores de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), privadas y mixtas deberán realizar un curso de actualización en Administración Hospitalaria cuando cumplan dos (2) años de servicio continuos o discontinuos en el cargo.

Los eventos académicos de educación continuada y actualización en Administración Hospitalaria serán diseñados teniendo en cuenta los avances en la ciencia de la administración pública, la reingeniería del gobierno, la calidad y oportunidad en la prestación de servicios de salud centrados en las personas y las comunidades, así como la responsabilidad en el manejo técnico misional, presupuestal y financiero de la entidad, conforme a la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección. Serán financiados por la respectiva Institución Sanitaria, ya sea pública, privada o mixta.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Escuela Superior de Administración Pública, convendrá y estructurará los planes y programas de formación, asistencia técnica y capacitación, para el desarrollo de las capacidades institucionales que exija la implementación del Sistema de Salud.

ARTÍCULO 48°. Causales especiales de retiro del director de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). Serán causales especiales de retiro del director la

comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exijan o por evaluación insatisfactoria de acuerdo al procedimiento que determina la Ley 1438 de 2011, que se entenderá aplicable en reemplazo de las Empresas Sociales del Estado a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) de que trata la presente Ley y demás normas que la modifiquen o sustituyan.

ARTÍCULO 49°. Régimen Laboral de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). Para todos los efectos legales, los servidores públicos con funciones de dirección, conducción, orientación y asesoría institucional cuyo ejercicio implica la adopción de políticas o directrices o los de confianza que estén al servicio del director general de las Instituciones de Salud del Estado- ISE, se clasifican como empleados públicos de libre nombramiento y remoción.

Los servidores públicos que tengan la calidad de empleados públicos se vincularán mediante nombramiento del director general y su régimen legal será el establecido por la Ley 909 de 2004 y las normas pertinentes y complementarias.

Los demás servidores públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE y de las Instituciones mixtas con participación del Estado igual o superior al 90%, serán de régimen especial, quienes tendrán el carácter de trabajadores estatales de la salud y estarán sometidos al régimen laboral propio establecido en la presente ley.

Son normas especiales del régimen laboral de los servidores de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), las siguientes:

1. Los trabajadores estatales de la salud serán vinculados mediante contratos de trabajo suscritos por el director, por término definido o indefinido, por obra o labor y se regirán por lo dispuesto en la presente ley, lo pactado en el contrato de trabajo y en el reglamento interno. La vinculación se realizará previa verificación del cumplimiento de los requisitos de formación académica y experiencia previstos para cada denominación del cargo y la evaluación de las competencias, de lo cual se dejará evidencia.
2. El Gobierno Nacional y las respectivas autoridades competentes en el orden territorial, en la norma que defina la planta del personal de la Institución de Salud del Estado (ISE), señalará el número de trabajadores estatales de la salud requerido para la prestación de servicios, de acuerdo con las tipologías de institución prestadora de servicios de salud que determine el Gobierno Nacional.
3. En materia de la jornada laboral, los trabajadores estatales de la salud de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 o por las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan; el Consejo Directivo señalará la manera como se dará cumplimiento a la jornada laboral en donde se tendrá en cuenta la naturaleza del cargo o actividad, la intensidad horaria y su cumplimiento por áreas de servicio.

4. La remuneración de los empleados públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE será fijada por las respectivas autoridades competentes y con sujeción a las previsiones de la Ley 4ª de 1992; la de los trabajadores estatales de la salud la fijará el Consejo Directivo de la respectiva institución, para lo cual tendrá en cuenta los parámetros que para su efecto fije el Gobierno Nacional.
5. A los trabajadores estatales de la salud se les aplicará las previsiones que en materia de negociación colectiva aplica a los empleados públicos de la rama ejecutiva nacional, para lo cual deberá observarse lo dispuesto por el artículo 9 de la Ley 4 de 1992 y demás normas pertinentes.
6. En lo relacionado con la administración del personal, a los trabajadores estatales de la salud les serán aplicables en lo pertinente las disposiciones del Decreto Ley 2400 de 1968 y las demás normas que lo reglamenten, modifiquen o sustituyan.
7. El retiro para los empleados públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE, se dará por las causales legales señaladas por la Ley 909 de 2004; para los trabajadores estatales de la salud lo serán por las mismas causas, por la terminación de la obra o labor o el cumplimiento del término pactado o por razones disciplinarias, y en caso de supresión del cargo se indemnizarán aplicando la tabla establecida en la Ley 909 de 2004 o en las normas que la modifiquen o sustituyan.
8. Los servidores públicos de las Instituciones de Salud del Estado-ISE estarán sometidos al régimen disciplinario único fijado por la Ley 1952 y las normas que la modifiquen o complementen.

ARTÍCULO 50°. Derechos de permanencia de los servidores en las Instituciones de Salud del Estado (ISE). Los empleados públicos con derechos de carrera administrativa o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado del orden nacional y territorial al momento de entrada en vigencia de la presente ley conservarán el carácter de su vinculación hasta su incorporación como trabajadores estatales de la salud en las Instituciones de Salud del Estado (ISE), momento en el cual continuarán laborando, sin solución de continuidad y sin que en ningún momento se desmejoren sus condiciones laborales.

Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales al momento de expedición de la presente ley, conservarán esta vinculación, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los mismos y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva Institución de Salud del Estado (ISE).

Para todos los efectos legales, el tiempo de servicio de los empleados vinculados mediante relación legal y reglamentaria, así como los empleados públicos que sean incorporados automáticamente a la nueva planta de personal y su relación sea ajustada al nuevo régimen, se computará para todos los efectos legales, con el tiempo servido en la Empresa Social del Estado, sin solución de continuidad.

Parágrafo 1. Los procesos de selección que se encuentren en curso a la entrada de vigencia de la presente ley, para proveer empleos de carrera de los empleados de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) culminarán, pero el uso de las listas de elegibles resultantes se entenderá que serán usadas bajo el nuevo régimen y por tanto no se usarán para proveer empleos de carrera administrativa sino excepcionalmente y por una vez, para los contratos de trabajo de régimen especial de que trata la presente Ley y según las necesidades del servicio y su sostenibilidad financiera.

Parágrafo 2. Los contratos de prestación de servicios a cargo de las Empresas Sociales del Estado que a la entrada en vigencia de la presente ley se encuentren en ejecución se entenderán subrogados en las Instituciones de Salud del Estado (ISE).

Parágrafo 3. Las Instituciones de Salud del Estado-ISE respetarán los derechos adquiridos por los trabajadores estatales de la salud en materia salarial y prestacional; derivados de la ley, los acuerdos laborales o la convención colectiva de trabajo. En todo caso no podrá haber desmejoramiento de las condiciones laborales.

Parágrafo 4. El Gobierno nacional establecerá un sistema de estímulos para los trabajadores estatales de la salud que laboren en zonas con población dispersas y de difícil acceso.

ARTÍCULO 51°. Entidad de Salud del Estado Itinerante (Hospital Itinerante). Para las zonas alejadas y con población dispersa y de difícil acceso podrán operar instituciones prestadoras de salud de naturaleza públicas, privadas o mixtas bajo la figura de Hospital Itinerante, que prestará atención básica y especializada y podrá operar con el soporte logístico de las Fuerzas Militares, de la Policía Nacional y de las Patrullas Aéreas Colombianas u otras Entidades u organizaciones públicas, privadas o mixtas debidamente acreditadas por el Ministerio de Salud y Protección Social para tales fines.

CAPÍTULO VI

TALENTO HUMANO EN SALUD

ARTÍCULO 52°. Política Nacional de Talento Humano en Salud (THS). El Gobierno Nacional, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, actualizará de manera integral e iniciará la implementación completa de la Política Nacional de Talento Humano en salud, la cual debe incluir como mínimo:

1. Las directrices para que los modelos de educación, formal y continuada, del Talento Humano en Salud, se ajusten al desarrollo de competencias requeridas para garantizar en forma progresiva el derecho a la salud previsto en la Ley Estatutaria de salud.
2. Desarrollar modelos y programas de formación continuada del THS que garanticen el mantenimiento de la competencia del THS en el tiempo.
3. Establecer mecanismos de política pública para ajustar la oferta del THS a los cambios en la demanda de servicios de salud.
4. Determinar incentivos para el disminuir las inequidades de perfiles asistenciales en los territorios.
5. Establecer políticas de salud para reducir las brechas de Talento Humano en Salud capacitados y distribuidos de manera adecuada, para lograr la salud universal, de calidad y equitativa.
6. Limitación y eventualmente eliminar las relaciones laborales inestables y altamente intermediadas del Talento Humano en Salud.

ARTÍCULO 53°. Necesidades estratégicas del talento humano en salud. En el marco de la Política Nacional de Talento Humano en Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá las necesidades estratégicas de Talento Humano en Salud para el país, cada cuatro años, las cuales deberán ser abordadas de forma armónica y coordinada con el Ministerio de Educación Nacional y las instituciones de educación superior e instituciones de educación para el trabajo y las demás que correspondan.

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

ARTÍCULO 54°. Observatorio de Talento Humano en Salud. El Gobierno Nacional, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, adelantará la reorganización del Observatorio de Talento Humano en Salud (OTHS), de manera que este se desarrolle como una iniciativa de cooperación entre varios sectores y organizaciones para mejorar las decisiones políticas en materia de THS, para el intercambio de información y desarrollo de capacidades para mejorar el desarrollo del personal sanitario. El OTHS deberá tener como principales funciones:

1. La consolidación de información sobre el Talento Humano en Salud en materia de educación
2. El análisis y la obtención de pruebas sobre la dinámica del mercado laboral

3. La identificación de las cuestiones clave de la política de Talento Humano en Salud.
4. La revisión y perfeccionamiento de los sistemas de información y seguimiento del Talento Humano en Salud, incluidos los indicadores clave y los métodos para compartir datos
5. La implementación de métodos para el análisis de la oferta y la demanda del Talento Humano en Salud, entre otras.

Parágrafo. Estarán obligados a reportar información al OTHS, para el cumplimiento de sus funciones: el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio del Trabajo, las Instituciones de Educación Superior e instituciones de educación para el trabajo que tengan programas vigentes de formación del Talento Humano en Salud, las Empresas Gestoras de Salud y Vida, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, privadas y mixtas, los apoyos logísticos en tecnologías en salud y gestores farmacéuticos y en general cualquier institución de cualquier nivel relacionado con la dinámica del Talento Humano en Salud del país, en la forma y condiciones que determine el Gobierno Nacional.

ARTÍCULO 55°. Incentivos para la suficiencia y redistribución del Talento Humano en Salud. El Gobierno Nacional, dentro del año a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, y con base en el diagnóstico estratégico, formulará e implementará incentivos que contribuyan a incrementar la atracción, captación y retención de profesionales de salud necesarios, pertinentes y suficientes en las zonas rurales y remotas con población dispersa, con el propósito de reducir las brechas de desigualdad en salud, en el marco de la garantía al derecho fundamental a la salud, y aumentar la disponibilidad de talento humano en salud, adecuadamente capacitado y distribuido de forma eficiente, para lo cual podrán hacer uso de los subsidios de oferta.

Así mismo, estos incentivos buscarán el fortalecimiento de perfiles necesarios para la implementación del Modelo Resolutivo y Predictivo de Promoción de la Salud y Prevención Primaria y el Modelo de Atención Diferencial, especialmente aquellos de los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria (EPAS) y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), buscando el empoderamiento comunitario y la generación de capacidad humana, incluyendo aquellos grupos sociales de salud como las parteras y médicos (as) tradicionales.

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

ARTÍCULO 56°. Formalización del Talento Humano en Salud. La formalización del THS corresponde a la vinculación de éste mediante contrato de trabajo o a

través de relación legal y reglamentaria, según corresponda, garantizando condiciones laborales justas y dignas.

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 57°. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud especialistas. La vinculación de los especialistas del área de conocimiento de ciencias de la salud podrá realizarse tanto en el sector público como el privado a través de las distintas modalidades que permita el ordenamiento jurídico colombiano para la contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades

establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas.

Dicha vinculación se realizará acorde a los siguientes criterios:

1. En la vinculación de especialistas en áreas de conocimiento de ciencias de la salud.
2. En aquellas situaciones que por las características del servicio de salud que se presta no pueda ser realizado por el personal de planta o requieran características intuito personas.
3. En la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera independiente.

ARTÍCULO 58°. Pago digno, justo y oportuno para los trabajadores de la salud.

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

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

ARTÍCULO 59°. Garantías para el suministro de los medios de labor. Las Instituciones Prestadoras de Salud tanto públicas como privadas, independientemente de la forma de vinculación contractual, garantizarán los insumos, recursos, tecnologías en salud, así como los demás medios de labor necesarios y suficientes para la atención segura y con calidad a los usuarios del sistema, independientemente de su forma de vinculación contractual con la entidad.

ARTÍCULO 60°. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo tendrá cobertura para todo el talento humano del sistema de salud, independiente de su forma de vinculación y la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas del Sistema de Riesgos Laborales por parte de los empleadores y contratantes corresponde al Ministerio del Trabajo de acuerdo con sus competencias.

Las Instituciones Prestadoras de Salud públicas y privadas y demás organizaciones que vinculen talento humano del sistema de salud deben desarrollar los Sistemas

de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo conforme lo dispuesto en la Ley 1562 de 2012, el Decreto Ley 1295 de 1994 o las que las modifiquen o adicionen y demás normas concordantes. Para tal efecto deben destinar los recursos suficientes de acuerdo con el número de trabajadores y la complejidad de la organización.

Dicho sistema deberá incluir las acciones dirigidas al mejoramiento de la calidad de vida y bienestar del talento humano del sistema de salud creando espacios e instancias donde puedan desarrollar actividades que favorezcan su desarrollo personal y profesional desde una perspectiva de integralidad y trato digno, abarcando aspectos laborales, económicos, culturales, académicos, deportivos y familiares.

Parágrafo. El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo deberá tener en cuenta que el control de los factores de riesgos laborales deberá enfocarse en los riesgos inherentes a la prestación de servicios de salud.

ARTÍCULO 61°. Formación de médicos especialistas por parte de instituciones prestadoras de salud. Los hospitales universitarios públicos, privados y mixtos, podrán formar especialidades médicas, en convenio con instituciones de educación superior, de conformidad con las condiciones que determinen los Ministerios de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional.

ARTÍCULO 62°. Becas para formación de médicos. El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el ECAES u otro instrumento que defina el Gobierno Nacional, seleccionará aquellos profesionales de la salud que acceden a residencias médicas, con beca del gobierno. Los cupos para becas no podrán ser inferiores a los ya existentes.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de los cupos para becas, teniendo en cuenta, además del ECAES, la distribución regional, la participación por universidades y los cupos por especialidades médicas necesarias para cada región y población del país.

Parágrafo 1. Los beneficiarios nacionales y extranjeros de becas de residencias médicas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo remunerado en las regiones con requerimientos de dicho personal.

Parágrafo 2. Las Universidades y las instituciones universitarias prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas podrán admitir nuevos residentes por fuera del listado que emita el Gobierno Nacional, sin el beneficio de la beca.

CAPÍTULO VII

POLÍTICA FARMACÉUTICA Y DE INNOVACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD

ARTÍCULO 63°. Política de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud. El Gobierno Nacional reglamentará una política con visión estratégica de

largo plazo de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud, liderada conjuntamente por el Ministerio de Salud de Salud y Protección Social y el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, la cual deberá contemplar:

1. Desarrollo de capacidades científicas del país y el talento humano.
2. Desarrollo y fomento a la investigación en ciencias básicas y avanzadas, priorizando las primeras.
3. Generación de redes de conocimiento para la innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud.
4. Industrialización nacional en salud y transferencia de tecnología y conocimiento, con el objetivo de la producción a pequeña, mediana y gran escala de tecnologías en salud en el país, la cual deberá estar acorde con la mejor evidencia científica disponible.
5. De acuerdo con la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 y la autonomía médica, El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) utilizará tecnologías de salud con la mejor evidencia científica disponible, el mayor perfil de seguridad posible para los pacientes, reconociendo el valor terapéutico de éstas y buscando el mayor beneficio para los pacientes.
6. Mecanismos de financiación sostenible para las tecnologías innovadoras y rutas diferenciales para el estudio de su evidencia, con enfoque en la evaluación y reconocimiento del valor terapéutico de las tecnologías innovadoras en salud con criterios diferenciales.

ARTÍCULO 64°. Interoperabilidad de sistemas para la trazabilidad de la prescripción médica. El Ministerio de Salud y Protección Social buscará la eficiencia y transparencia en el gasto público de tecnologías en salud financiadas con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), para lo cual, implementará un sistema de información que garantice la trazabilidad nominal de las prescripciones por parte de los profesionales de la salud, el cual deberá ser interoperable con el Sistema Unificado Interoperable de Salud (SUIS) Igualmente, deberá ser unificado e interoperable con los sistemas propios de información de los actores del SGSSS.

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

ARTÍCULO 65°. Instituto Nacional de Desarrollo y Protección de Tecnologías de Salud (INSALUD). Créese el Instituto Nacional de Desarrollo y Protección de Tecnologías de Salud (INSALUD), como organismo autónomo con personería jurídica propia, que se regirá por estatutos constitutivos que reglamentarán su

funcionamiento, del orden nacional, vinculado al Ministerio de Salud y Protección Social, el cual tendrá como su domicilio principal la ciudad de Bogotá, D.C., y podrá establecer subsidiarias, sucursales y agencias en el territorio nacional y en el exterior.

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

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

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

ARTÍCULO 66°. Del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) del instituto de evaluación tecnológica en salud-IETS. El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud-IETS, entidad descentralizada indirecta o de segundo grado del orden nacional seguirá siendo una entidad independiente en el ámbito técnico y administrativo. Le corresponderá al Gobierno Nacional, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social, cubrir los gastos de funcionamiento e inversión del IETS para lo cual este Ministerio deberá destinar y transferir los recursos necesarios de su presupuesto.

El IETS adelantará de manera exclusiva e independiente las evaluaciones de tecnología en materia de salud que se considerarán de referencia dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), teniendo en cuenta criterios cualitativos y cuantitativos que permitan una evaluación holística y justa de cualquier tecnología de salud, conforme a lo establecido en el artículo 93 de la Ley 1438 de 2011.

Parágrafo. El IETS podrá contratar con el sector privado, público y mixto, en el marco del desarrollo de su objeto.

ARTÍCULO 67°. Regulación de Precios de Medicamentos. Se regularán los precios de los medicamentos a lo largo de la cadena farmacéutica, para ello se incluirán los precios desde la salida del proveedor mayorista, el margen de distribución y comercialización hasta el usuario final, es decir, la definición de un precio máximo de venta al público (PMVP), respetando condiciones de competencia

y mejor acceso a las tecnologías para los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Gobierno Nacional dispondrá de seis meses para reglamentar lo correspondiente, considerando medicamentos esenciales, de mayor rotación y uso dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, atendiendo a lo definido en relación con precios de referencia internacional, comparación de países OCDE y con sistemas de salud afines al colombiano.

La referenciación internacional deberá ser la base para la fijación de precios en el país. El precio de referencia nacional (PRN) será utilizado solo como referencia, en el sistema a menos que haya desviaciones que obliguen a su implementación, según los criterios que determinará la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos. La regulación de precios aplicará para el canal comercial y el institucional.

ARTÍCULO 68°. Políticas de Estado para la soberanía y seguridad farmacéutica. Tanto la Política de innovación y desarrollo de ciencia y tecnología en salud, como la Política para el acceso de Medicamentos, Insumos y Tecnologías de salud serán políticas de Estado para garantizar la seguridad farmacéutica.

CAPÍTULO VIII

FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD

ARTÍCULO 69°. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). La ADRES tiene por objeto garantizar el recaudo, el adecuado flujo, la administración y control de los recursos que financian el Sistema de Salud.

Le corresponde a la Entidad Administradora de los recursos del Sistema de Salud:

1. Recaudar los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); recaudar y administrar los recursos de Coljuegos con destinación a ciencia y tecnología en salud y todos los demás recursos previstos en el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, los cuales confluirán en la Entidad.

2. Gestionar el recaudo de las cotizaciones obligatorias definidas en la presente Ley, dentro del esquema de unidad de caja con situación de fondos y bajo condiciones óptimas de manejo de cuentas bancarias, de manera que se logre optimizar costos de transacción sin que esto represente riesgos de contraparte. Esta cuenta contará con un mecanismo de registro de tipo electrónico y con un sistema único de

identificación de usuarios, basado en el documento de identificación empresarial y ciudadana, según corresponda.

3. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la Atención Primaria en Salud, el adecuado funcionamiento de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria (EPAS) y cuando se establezcan subsidios de oferta.

4. Administrar los recursos del Sistema y del Fondo de Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud de conformidad con lo previsto en el presente artículo.

5. Administrar los recursos que el Gobierno Nacional determinará una fuente para financiar los servicios sociales complementarios en salud.

6. Realizar los pagos, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, para lo cual deberá establecer un sistema de información interconectado con la factura electrónica de venta para el sector salud, donde se tendrá en cuenta, entre otras variables, las fechas de expedición, radicación y aceptación de la factura, para contribuir a mejorar los indicadores de cartera.

7. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promueva la eficiencia en la gestión de los recursos.

9. Realizar los contratos para garantizar en el nivel nacional, la gestión de los recursos, el sistema de pagos y la auditoría de las cuentas a entidades gestoras de salud y vida de forma aleatoria. Su régimen de contratación se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe.

10. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales y Entidades Gestoras de Salud y Vida.

11. Garantizar el flujo de recursos de la Nación hacia los Territorios de Salud para los programas y conceptos definidos en la presente ley.

12. Garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud.

13. Administrar la información propia de sus operaciones.

Parágrafo 1. A partir de las verificaciones, la entidad deberá generar análisis y notificará al Ministerio de Salud y Protección Social de cualquier evento atípico o

situación de alarma que pueda poner en riesgo los recursos del sistema, su sostenibilidad y por ende el acceso de los usuarios a los servicios de salud.

Parágrafo 2. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) dispondrá de lo necesario para generar análisis sobre el gasto en salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y sus agentes, actual y proyectado a futuro. Con base en esto, generará recomendaciones de política pública y sostenibilidad de la financiación del Sistema.

ARTÍCULO 70°. Unidad de Pago por Capitación (UPC). El Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y, tomando en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud, definirá el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), la cual será reconocida mensualmente a cada entidad Gestora de Salud y Vida y al modelo de aseguramiento diferencial por cada una de las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La UPC tendrá dos componentes fijos para cubrir la atención en salud de la población asegurada y sus prestaciones sociales y los gastos administrativos necesarios para la gestión de la Entidad Gestora de Salud y Vida y un componente variable como reconocimiento a la adecuada gestión de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, evidenciado en indicadores de resultados en salud, entre otros.

El Estado tiene la responsabilidad de calcular una Unidad de Pago por Capitación (UPC) suficiente para financiar adecuadamente el Plan Único de Beneficios en Salud (PUBS), ajustada a los riesgos de salud de la población y otras condiciones de acuerdo con lo establecido en la presente Ley.

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

ARTÍCULO 71°. Cálculo del componente fijo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la atención en salud y las prestaciones sociales. Está destinado a la atención en salud y las prestaciones sociales; corresponde a los valores mínimos necesarios por cada usuario para garantizar los servicios y tecnologías en salud a que tienen derecho en el Sistema. Se sustentará en estudios técnicos, considerando ajustadores de riesgo para cada Entidad Gestora de Salud y Vida, en función de la edad, el sexo, la ubicación geográfica, la densidad poblacional, las condiciones epidemiológicas, de riesgo en salud y socioeconómicas de la población, el costo de las tecnologías en salud, el comportamiento de la inflación, la referenciación internacional del gasto en salud, entre otros. El Ministerio de Salud y Protección Social estará encargado de presentar al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud los factores de ajuste de la UPC antes de finalizar cada

año y éste recomendará al Gobierno Nacional su aplicación para la siguiente vigencia y la proyección estimada para los próximos a tres años.

ARTÍCULO 72°. Componente fijo de la Unidad de Pago por Capitación para los gastos administrativos de las Entidades Gestoras de Salud y Vida. Se destinará un porcentaje del valor total calculado de la UPC para los gastos administrativos necesarios para la adecuada gestión del riesgo en salud y financiera de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) el cual será girado a cada Entidad Gestora de Salud y Vida, de acuerdo con su población a cargo, según corresponda. Este porcentaje será calculado a partir de un estudio hecho por el Ministerio de Salud y Protección Social y en ningún caso sobrepasará el 7% del valor total de la UPC.

ARTÍCULO 73°. Cálculo del componente variable de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). El componente variable de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), corresponde al valor que se reconocerá a cada Entidad Gestora de Salud y Vida por la adecuada gestión del riesgo de cada uno de los afiliados Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a su cargo.

El Componente Variable de la UPC alcanzará hasta el 3% del valor total calculado de la UPC, teniendo en cuenta como mínimo los siguientes criterios: (i) Satisfacción de los Usuarios, (ii) el cumplimiento de indicadores de resultados en salud, (iii) la estabilidad y eficiencia en el manejo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS), (iv) Calidad y oportunidad en el reporte de la información al sistema (v) agilidad y oportunidad en la auditoría y o autorización para la realización de giros por parte de la ADRES.

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

El Ministerio de Salud y Protección Social presentará el resultado de la aplicación de la metodología de cálculo del Componente Variable de la UPC para cada Entidad Gestora de Salud y Vida al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud antes de finalizar el año y éste recomendará al Gobierno Nacional su aplicación para la vigencia siguiente.

Parágrafo. El componente variable de la UPC no se aplica al Aseguramiento Social en Salud por parte del Estado.

ARTÍCULO 74°. Implementación del Cálculo de la UPC con el componente fijo y variable. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, realizarán un estudio técnico a profundidad con los criterios para el

cálculo de la UPC dispuestos por esta Ley, el cual debe ser completado antes de los siguientes doce (12) meses luego de la sanción de la presente Ley. El estudio será presentado al Consejo Nacional de Salud, el cual emitirá sus recomendaciones; con base en lo anterior se adoptará el nuevo cálculo por parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

ARTÍCULO 75°. Flujo de los recursos financieros del Aseguramiento Social en Salud. La ADRES efectuará directamente el giro de los recursos para la prestación de los servicios y tecnologías en salud contratados por las Entidades Gestoras de Salud y Vida, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos y gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, en los casos en que se realice la provisión directa.

Para la realización de los giros, la ADRES en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, deberá establecer un sistema de información interconectado con la factura electrónica de venta para el sector salud, donde se tendrá en cuenta, entre otras variables, las fechas de expedición, radicación y aceptación de la factura, para contribuir a mejorar los indicadores de cartera.

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

Parágrafo 2. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) pagará el 70% del valor a girar de los servicios de salud y tecnologías en salud, al presentar la factura con requisitos completos ante la Entidad Gestora de Salud y Vida, reservando el 30% restante a la finalización de la revisión y auditoría de estas prestaciones.

ARTÍCULO 76°. Sobre los excedentes y suficiencia del componente fijo de la UPC. Los excedentes anuales, si los hubiere, de la cuenta individual de cada Entidad Gestora de Salud y Vida, del componente fijo de la unidad de pago por capitación (UPC) para la atención en salud y las prestaciones sociales, se mantendrán para la siguiente vigencia fiscal la misma destinación para garantizar a los usuarios los beneficios definidos por el sistema. En ningún caso estos recursos remanentes pertenecerán o serán girados a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.

ARTÍCULO 77°. Reserva Técnica del Estado para garantizar el giro directo. Con el objetivo de prever el registro de posibles gastos por servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las Entidades Gestoras de Salud y Vida, constituirán las respectivas reservas técnicas y contabilizarán los ingresos sin situación de fondos y los gastos de acuerdo con la naturaleza de la operación.

La ADRES constituirá el régimen de inversión de la reserva técnica de cada Entidad Gestora de Salud y Vida, con los recursos que se manejan en la cuenta de atención en salud de cada Entidad. En Los rendimientos financieros que se llegaren a generar permanecerán en la misma cuenta de atención en salud, con excepción a los que deban transferirse para el financiamiento del Fondo de Garantías en Salud.

ARTÍCULO 78°. Suficiencia Patrimonial de las Entidades Gestoras de Salud y Vida. Con el objetivo de asegurar la adecuada gestión en salud de su población afiliada, las Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán contar con una suficiencia patrimonial para respaldar el gasto en salud frente a un eventual exceso de siniestralidad, cuando se supere una ejecución del 100% de la UPC calculada suficientemente y dicha sobrejecucion resulte de una inadecuada gestión de la población, de conformidad con los indicadores definidos por el MSPS.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público elaborarán, dentro de los siguientes dieciocho (18) meses posterior a la sanción de la presente Ley, un estudio técnico para definir la suficiencia patrimonial de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, articuladamente con el estudio de cálculo de la UPC con criterios aquí contenidos y reglamentará el cálculo y lineamientos para la constitución de los recursos líquidos que estas entidades deberán mantener en sus activos. El cálculo de este patrimonio podrá alcanzar hasta el 3% de los recursos de la UPC establecidos para cada Entidad Gestora de Salud y Vida.

Parágrafo 2. Entre tanto ocurre la transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a Entidades Gestoras de Salud y Vida, las EPS deberán contar con las respectivas Reservas Técnicas según lo dispuesto por el marco normativo vigente.

Parágrafo 3. La suficiencia patrimonial será un criterio para la habilitación para la operación y funcionamiento de las Entidades Gestoras de Salud y Vida.

ARTÍCULO 79°. Financiación de la Atención Primaria en Salud. Los Centros de atención Primaria en Salud y sus Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS), públicos, privados o mixtos, harán parte de la oferta de prestadores del componente primario de las RIISS. Se financiarán con los recursos de UPC que les reconozcan las Entidades Gestoras de Salud y Vida.

Parágrafo 1. En los casos de los CAPS y los Equipos Interdisciplinarios de Atención Primaria en Salud (EPAS) de naturaleza pública ubicados en zonas cuyas condiciones de mercado no les permitan el equilibrio financiero por cuenta exclusiva de la venta de servicios, podrán recibir subsidio a la oferta mediante transferencias de la nación o de las entidades territoriales. Del mismo modo, las entidades territoriales contratarán los servicios de los EPAS adscritos a los CAPS públicos con parte de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud Pública.

Parágrafo 2. El Gobierno nacional determinará en los seis (6) meses siguientes a la promulgación de la presente ley el porcentaje mínimo de UPC que se destinará para este fin de manera diferencial por territorios y por municipios, según el número de habitantes y las fuentes de los recursos de oferta de la nación y de las entidades territoriales que se utilizarán para complementar por subsidio a la oferta los CAPS y EPAS de carácter público.

ARTÍCULO 80°. De los Servicios Sociales Complementarios en Salud. El Gobierno nacional determinará una fuente para financiar los servicios sociales complementarios en salud, la cual será administrada de la Administradora de los Recursos del Sistema general de Seguridad Social en Salud (ADRES). Para tales efectos, el Ministerio de Salud y Protección Social formulará un listado de estos servicios, el cual deberá ser actualizado permanentemente.

ARTÍCULO 81°. Saneamiento de Hospitales Públicos previa a la transformación en ISE. Las Empresas Sociales del Estado, en el marco de su transformación a Instituciones de Salud del Estado (ISE), deberían realizar un proceso de saneamiento de sus pasivos. Para este fin, en los términos del artículo 33 de la Ley 2155 de 2022, las entidades territoriales podrán acceder directamente a los créditos con condiciones blandas que otorgue FINDETER.

En los términos de la mencionada ley los proyectos de saneamiento fiscal y financiero serán considerados de inversión y en consecuencia podrán financiarse igualmente con recursos de regalías. Para este fin se establecerá un proceso expedito de tal forma que el proyecto pueda ser viabilizado en corto plazo mediante la información que sobre el monto a sanear entregue el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en desarrollo de la gestión realizada según lo establecido en el artículo 8 de la Ley 1966 de 2019.

ARTÍCULO 82°. Salvamento de las Entidades Gestoras de Salud y Vida y los prestadores de servicios de salud en estado de liquidación inminente. Cualquier acreedor podrá evitar la liquidación de una Entidad Gestora de Salud y Vida cuando su causa sea por el incumplimiento de condiciones financieras o de solvencia, o, de un prestador de servicios de salud cuando esté en proceso de liquidación por aspectos económicos o financieros, manifestando su interés en aportar nuevo capital, en los términos que se indican a continuación, siempre y cuando se evidencie con la información que reposa en el expediente que el patrimonio de la Entidad Gestora de Salud y Vida o el prestador de servicios de salud es negativo.

1. Manifestar el interés una vez proferido el acto administrativo o auto que ordena el inicio del proceso de liquidación, según corresponda, en el término para presentar recursos durante la audiencia o durante la ejecutoria que decreta la liquidación.

2. Presentada la manifestación de interés, la Superintendencia Nacional de Salud mantendrá el nombramiento del liquidador, pero suspenderá otros efectos de la liquidación, según corresponda.
3. La suspensión de los efectos de la liquidación procederá siempre y cuando, junto con la manifestación de interés, el acreedor o acreedores interesados presten garantía para el aporte de nuevo capital.
4. La oferta económica deberá corresponder, como mínimo, al valor a pagar por la totalidad de los créditos a los que hace referencia el literal a) y b) del artículo 12 la Ley 1797 de 2019.
5. La suspensión de los efectos de la liquidación procederá hasta máximo por un (1) mes.
6. Si el interesado o interesados realizan el depósito del valor completo de la operación, la Superintendencia Nacional de Salud autorizará la operación.
7. Aprobada la operación, se realizarán los pagos a favor de la totalidad de los créditos a los que hace referencia el literal a) y b) del artículo 12 la Ley 1797 de 2019, con cargo al depósito realizado por el interesado; el incumplimiento de esta obligación será causal de liquidación inminente y no procederá una nueva manifestación de interés de aporte de capital.
8. Realizados los pagos a los que se refiere el numeral anterior, terminará el proceso de liquidación, en la cual se aprobará la rendición final de cuentas, se fijarán los honorarios del liquidador, se ordenará la capitalización a valor nominal de las acreencias pagadas y la emisión de nuevas acciones o cuotas de interés a favor del adquirente o de los adquirentes. Para estos efectos no se aplicará el derecho de preferencia. Igualmente, en la providencia se ordenará la cancelación de las acciones de los anteriores accionistas o asociados.
9. De no realizarse el depósito del valor completo a pagar por parte del oferente u oferentes seleccionados, la Superintendencia Nacional de Salud impondrá una sanción equivalente al cincuenta por ciento (50%) del valor ofertado, la cual, corresponderá a un ingreso no gravado para la masa de la liquidación. En este caso, al igual que en el evento en el que no se confirme la operación, se continuará con el proceso de liquidación, conforme las etapas que correspondan.
10. Los acreedores que presenten ofertas conjuntas responderán por ellas solidaria e ilimitadamente. En caso de que exista más de una oferta, se preferirá aquella que presente el mayor valor. Si se presentan ofertas iguales, se preferirá la del acreedor no vinculado sobre la del acreedor vinculado.

ARTÍCULO 83°. Insolvencia empresarial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Entidades Promotoras de Salud. A las Instituciones

Prestadoras de Servicios de Salud les aplicarán las reglas del régimen de insolvencia empresarial establecidas en la Ley 1116 de 2006 y a las Entidades Promotoras de Salud les serán aplicables las normas del proceso de reorganización establecido en los artículos 9 a 46 de la referida Ley.

CAPÍTULO IX

SISTEMA ÚNIFICADO E INTEROPERABLE DE INFORMACIÓN EN SALUD

ARTÍCULO 84°. Elementos esenciales del Sistema Unificado e Interoperable de Información en Salud (SUIS). Son elementos esenciales del SUIS:

1. Proporcionar "información para la acción."
2. Mostrar resultados y aportar pruebas para futuras intervenciones.
3. Fundamentar los datos para la rendición de cuentas.
4. Mejorar la calidad de los análisis y la capacidad para tomar decisiones correctas.
5. Alinear los objetivos, incentivos y mediciones del rendimiento para mejorar la coordinación de acciones.
6. Unificar indicadores clave para mantener una visión única del rendimiento en todo el sistema.
7. Eliminar las lagunas en los datos subyacentes, las consultas de datos mal diseñadas, la visualización inadecuada, la falta de estandarización y las malas experiencias que pudieran limitar la utilización de la analítica en la generación de conocimiento e inteligencia.

ARTÍCULO 85°. Subsistemas del Sistema Unificado e Interoperable de Información en Salud (SUIS). El SUIS estará conformado por al menos los siguientes subsistemas:

1. **Subsistema de Gestión del Riesgo en Salud.** En el que se gestionarán datos e información relativos a:
 - 1.1. Desarrollar perfiles sanitarios cronológicos nacionales y regionales, en particular de morbilidad, mortalidad y utilización de servicios, junto con el despliegue de los recursos adecuados para la evaluación de los cambios generales de esos perfiles a lo largo del tiempo.
 - 1.2. Recopilar conjuntos normalizados de datos e indicadores para elaborar informes estadísticos oficiales.

1.3. Construir series históricas e informes de resumen de los valores, variaciones, tendencias, evaluación e información resultante sobre la población del país y sus unidades políticas.

Lo anterior se realizará adoptando conjuntos de datos recomendados por organizaciones internacionales, que permitan la comparación de los resultados nacionales con otros países de la región y el mundo.

2. **Subsistema de RISS.** Que prestará especial atención a la cobertura de intervenciones de promoción y prevención de salud, el seguimiento a cohortes de alto riesgo, de alto costo, la accesibilidad, oportunidad, efectividad, eficacia, seguridad y aceptabilidad de la prestación de los servicios de salud.

3. **Subsistema de información para la calidad de la atención en salud.** En este subsistema se adelantarán procesos que busquen realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud en el Sistema de Calidad de la Atención en Salud (SICA), proporcionar información a los usuarios para elegir libremente su Entidad Gestora de Salud y Vida y su proveedor de servicios de salud con base a la calidad de los servicios.

4. **Subsistema de Talento Humano en Salud.** Su objetivo fundamental será captar las diversas dinámicas de las existencias y los flujos de THS, utilizando diversas fuentes de datos.

CAPÍTULO X

INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

ARTÍCULO 86°. Limitación de la Integración Vertical. Se prohíbe la integración vertical en los niveles de mediana y alta complejidad por parte de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, salvo por una situación certificada por el Ministerio de Salud y Protección Social de oferta insuficiente de prestadores o de servicios de salud que afecten la garantía de continuidad del derecho fundamental a la salud para la población. Se permite la integración vertical en el componente primario de las Redes Integrales de Servicios de Salud (RISS).

Parágrafo. Las Entidades Gestoras de Salud y Vida que al momento de expedición de la presente ley presentan integración vertical en la mediana y alta complejidad, tendrán un plazo máximo desiete (7) años para cumplir con la disposición.

ARTÍCULO 87°. Inspección, Vigilancia y Control de las Entidades Gestoras de Salud y Vida. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá la responsabilidad de hacer la Inspección, Vigilancia y Control de la gestión integral del riesgo en salud de las Entidades Gestoras de Salud y Vida de todas las condiciones técnicas de las siguientes funciones:

1. La organización y gestión de las Redes Integrales de Atención de Servicios de Salud (RIISS), según lo dispuesto en la presente Ley.
2. El cumplimiento de indicadores de resultados en salud y de gestión operativa relacionada con los procesos de gestión del riesgo en salud y ordenación del gasto en salud a los prestadores de servicios de salud.

Por su parte, la Superintendencia Financiera de Colombia realizará la Inspección Vigilancia y Control del cumplimiento de las condiciones de gobierno corporativo, gestión operativa empresarial, indicadores financieros, constitución, administración y utilización de las Reservas Técnicas.

Parágrafo. Bajo el principio de colaboración armónica de las Entidades públicas, la Superintendencia Nacional de Salud y la Superintendencia Financiera de Colombia establecerán los canales de intercambio de información necesarios para el cumplimiento de sus funciones, además de la toma de decisiones por cada una de ellas.

ARTÍCULO 88. Control en la Gestión Integral del Riesgo de las Entidades Gestoras de Salud y Vida. De acuerdo con las funciones de la vigilancia y el control del aseguramiento establecido con el artículo 44°, numeral 43.4.1. de la Ley 715 de 2001, en caso de detectar una alerta temprana por parte del Sistema de Monitoreo de las RIISS sobre la cual la Entidad Gestora de Salud y Vida no haya hecho la oportuna intervención, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, podrán adelantar acciones administrativas de corrección de los procesos y actividades específicas institucionales de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, con base en la mejor evidencia científica disponible, concepto o prescripción médica de un profesional de la salud debidamente habilitado en el territorio nacional para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de los usuarios. De igual manera, se deberá informar de esta situación a la Superintendencia Nacional de Salud, quien adelantará las acciones a que tenga lugar.

Parágrafo 1. El Gobierno nacional deberá reglamentar este mecanismo de control de la Gestión Integral del Riesgo en un plazo no mayor al siguiente año posterior a la sanción de la presente Ley.

Parágrafo 2. Para generar una adecuada coordinación y control de la gestión integral del riesgo por parte de las Entidades Gestoras de Salud y Vida, las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud deberán confirmar un área específica dentro de su estructura administrativa y funcional, con capacidades técnicas y de talento humano suficientes. El Gobierno nacional podrá concurrir con recursos necesarios para esto.

ARTÍCULO 89°. Resolución administrativa de las necesidades de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La Superintendencia

Nacional de Salud generará un mecanismo de resolución administrativa de solicitudes de los usuarios del Sistema de Salud, el cual contará con un sistema interoperable con los canales de Peticiones, Quejas y Reclamos de las Gestoras de Salud y canales propios de la Entidad Nacionales y territoriales para acceso a este mecanismo por parte de los ciudadanos.

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

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

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

CAPÍTULO XI

RÉGIMEN DE TRANSICIÓN

ARTÍCULO 90°. Plan Nacional de Equipamiento en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social estructurará un Plan Decenal de Equipamiento en Salud que se revisará cada cuatro (4) años, con criterios de equidad regional, el cual se financiará con recursos específicos para este propósito, administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Podrán diseñarse líneas de crédito con tasas compensadas u otros instrumentos de alivio de deuda para este propósito.

ARTÍCULO 91°. Proceso de retiro ordenado de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGISV) deberán presentar un plan de retiro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que contemple el saneamiento de deudas de acuerdo a lo establecido en la presente Ley, así como un esquema de transferencia de sus usuarios a las futuras Entidades Gestoras de Salud y Vida, preservando las condiciones de atención al momento del retiro, su red de atención y los profesionales de la salud a cargo de los pacientes.

ARTÍCULO 92°. Garantía de la atención de los usuarios. Entretanto se habilitan las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) para los Territorios de Gestión de Salud y se configuran los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), se atenderá a los usuarios indistintamente de la Entidad Gestora de Salud y Vida a la que se encuentra afiliado. Asimismo, cada usuario a cargo de las Entidades Gestoras de Salud y Vida preservarán su Institución Prestadora de Salud Primaria (IPS primaria) hasta tanto se realiza su adscripción a un Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS).

ARTÍCULO 93°. Transición al Aseguramiento Social en Salud. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) serán responsables de la gestión integral del riesgo de la población que tienen a cargo en todo momento hasta tanto no entren en operación las Entidades Gestoras de Salud y Vida o su población no sea transferida a una de ellas. En ningún momento ningún afiliado del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) podrá dejar de contar con un operador del aseguramiento, sea este público o privado.

ARTÍCULO 94°. Atención de los pacientes con patologías crónicas. Las Entidades Gestoras de Salud y Vida y la habilitación de sus Redes Integrales de Servicios de Salud, preservarán el manejo clínico de los pacientes en grupos con enfermedades crónicas de alto riesgo y tratamiento especializado en el nivel de complejidad que sea requerido, con su médico tratante, dentro de la Institución Prestadora de Salud o Institución de Salud del Estado (ISE) durante al menos seis (6) meses posteriores a su transformación. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explícita basada en la evidencia o se negarán consultas médicas por especialistas dentro de este periodo de transición.

ARTÍCULO 95°. Atención de las peticiones, quejas o reclamos por parte de los usuarios durante el periodo de transición. La Superintendencia Nacional de Salud dispondrá de canales adicionales, especiales y excepcionales para la atención de solicitudes, quejas y reclamos por parte de los usuarios del Sistema General de Seguridad en Salud, durante la transición de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) a Entidades Gestoras de Salud y Vida y la conformación de sus Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.

Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud y Vida deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios mientras no hayan sido liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de salud y vida.

ARTÍCULO 96°. Pago de Deudas de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) transformadas o liquidadas a las Empresas Sociales del Estado (ESE). Como parte de la transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a Entidades de Gestión de Salud y Vida (EGVIS), el Gobierno Nacional establecerá un proceso especial de saneamiento de la deuda contraída con las Empresas Sociales del

Estado (ESE) por parte de las EPS que realicen su transformación a Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS) y para aquellas EPS que no deseen su transformación para continuar operando en el Aseguramiento Social en Salud o no cumplan con las condiciones mínimas para su Habilitación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, se implementará un proceso de liquidación ordenado y transparente. Este proceso de saneamiento seguirá los siguientes esquemas generales:

1. Aquellas Entidades Promotoras de Salud (EPS) que en su proceso de transformación a Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGVIS) o liquidación cuenten con un respaldo financiero, iniciarán un plan de pagos y saneamiento de la deuda de forma inmediata.

2. Para aquellas Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS) que deseen transformarse en Entidades Gestoras de Salud y Vida, pero cuyos indicadores no le permitan contar con un respaldo financiero, el Gobierno Nacional diseñará un programa o línea de crédito con un periodo de gracia de 5 años, tasas compensadas, entre otros instrumentos de alivio de deuda, al cual podrán acceder, con el único objetivo de pagar las deudas contraídas principalmente con las Empresas Sociales del Estado. La Superintendencia Financiera de Colombia, en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, serán los encargados de diseñar e implementar dicho programa, pudiendo operarlo con las Entidades Financieras habilitadas para ello.

3. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen a Entidades Gestoras de Salud y Vida e ingresen a un proceso de liquidación, también accederán al programa o línea de crédito que el Gobierno Nacional cree para esta materia.

Parágrafo. La Superintendencia Financiera vigilará este proceso de saneamiento de deudas a la red pública hospitalaria, en el marco de lo establecido en este artículo.

ARTÍCULO 97°. Vigencia y derogatoria. La presente Ley entra en vigencia a partir de la fecha su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Del Honorable Representante,



GERMÁN ROGELIO ROZO ANÍS
Representante a la Cámara
Departamento de Arauca
Coordinador Ponente