



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXIII - N° 1456

Bogotá, D. C., martes, 17 de septiembre de 2024

EDICIÓN DE 119 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 312 DE 2024 CÁMARA

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

Señor

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

Secretario General

Honorable Cámara de Representantes.

Asunto: Radicación proyecto de ley, por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones.

Señor Secretario, reciba un cordial saludo.

En mi calidad de Ministro de Salud y Protección Social, me permito radicar el proyecto de ley, por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones, de conformidad con los artículos 139 y 140 de la Ley 5ª de 1992. El proyecto de ley será entregado en original y dos copias, y remitido por correo electrónico.

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



Hacia un Sistema de Salud garantista, universal, eficiente y solidario que privilegie la vida

Proyecto de ley por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. INTRODUCCIÓN
2. LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

Anexo: Proyecto de ley

Revisó/Aprobó:
Firmado digitalmente por Luis Alberto Martínez Saldarriaga

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ
Viceministro de Protección Social

Firmado digitalmente por Jaime Hernán Urrego Rodríguez
JAIME HERNÁN URREGO
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

3. ESPACIO PARA AUMENTAR LA EFICIENCIA EN EL ACTUAL SISTEMA DE SALUD

4. RECTORÍA Y GOBERNANZA DE ACTUAL SISTEMA DE SALUD

5. COMPORTAMIENTO HISTÓRICO DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD

5.1 Flexibilidad normativa de la habilitación financiera de las Entidades Promotoras de Salud

5.2 Cumplimiento de los indicadores financieros

5.3 Proyecciones de cumplimiento de indicadores financieros

6. INTEGRACIÓN VERTICAL, SOBRECOSTOS Y OPACIDAD DE LA INFORMACIÓN

7. SITUACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

8. CONTEXTO DE LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

9. ORIENTACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD HACIA LA ENFERMEDAD Y RESULTADOS EN SALUD INEQUITATIVOS

9.1 Acceso a los servicios de salud

9.2 Estado de la garantía del derecho de la población a la detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer

9.3 Estado de la garantía del derecho de la población a la detección y tratamiento de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)

9.4 Estado de la garantía del derecho fundamental a la salud de las personas gestantes

9.5 Estado de la garantía del derecho fundamental a la salud de niños y niñas

9.6 Respuesta a muertes evitables por enfermedades infecciosas

10. HACIA UN SISTEMA DE SALUD CENTRADO EN LAS PERSONAS Y BASADO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

10.1 Rectoría y gobernanza

10.2 Generación de recursos

10.3 Prestación de servicios de salud

10.4 Financiamiento

10.5 Plan de transformación y evolución del Sistema de Salud

11. FINANCIACIÓN Y ASIGNACIÓN DE RECURSOS EN UN SISTEMA DE SALUD BASADO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

11.1 Financiación del sector salud

11.2 Asignación general de recursos en el aseguramiento social en salud

11.3 Asignación detallada de recursos en el aseguramiento social en salud

11.4 Balance de las sendas de ingresos y gastos

12. BIBLIOGRAFÍA

13. PROYECTO DE LEY

1. Introducción

El programa de gobierno 2022-2026 “COLOMBIA POTENCIA MUNDIAL DE LA VIDA” parte de entender la salud como un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, que incluye la capacidad y la potencialidad física y mental de las personas para desarrollar sus proyectos de vida en las condiciones materiales y sociales más favorables, cuyo resultado es el bienestar y buen vivir individual y colectivo. Este Gobierno, busca garantizar el derecho fundamental a la salud a través de un sistema único, público, universal, preventivo y predictivo, participativo, descentralizado e intercultural, que no dependa de la capacidad de pago, la rentabilidad económica ni de la intermediación administrativa y financiera.

Transitamos hacia un modelo de salud preventivo y predictivo que afecte positivamente los determinantes sociales, en el que todas las políticas aseguren los derechos a la alimentación, al agua, a la vivienda, al saneamiento básico, a un ambiente sano, al trabajo decente y, en fin, al conjunto de medios que permiten realizar una vida digna para todos y todas. Los sistemas de salud con enfoque en determinantes de salud tienden a ser incluyentes y mostrar mejores resultados cuando todas sus políticas tienen un enfoque en salud (1).

Nuestro papel no puede reducirse al cumplimiento de unos mínimos de asistencia sanitaria. Definiremos las políticas, programas y acciones estatales que cobijen a toda la población con el propósito de cuidar y promover la salud y prevenir las enfermedades; proteger el ambiente y mantener la salud de las comunidades y las personas para mejorar continuamente su calidad de vida, bienestar, y preservar en condiciones óptimas un ambiente y entorno sano y saludable, es nuestro objetivo. Nos ocuparemos del conjunto de condiciones sociales, políticas, económicas y culturales que promueven u obstaculizan el desarrollo de capacidades para vivir saludablemente.

La Constitución Política de Colombia de 1991, en el artículo 48 se definió la Seguridad Social como “*un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social*”. En 1993, la Ley 100 estableció el Sistema General de Seguridad Social Integral que incorpora la figura del aseguramiento, un conjunto de seguros regulados por el Estado y financiados con contribuciones salariales y patronales, o mediante subsidios del Estado, que gestionarían el riesgo en salud de la población.

A pesar de los 30 años del Sistema, los intentos por mejorarlo en la marcha con la expedición de la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1751 de 2015, el Sistema General de Seguridad

Social en Salud, no han podido mostrar resultados en salud que permitan evidenciar de un goce efectivo del derecho fundamental a la salud para toda la población residente en el país. En estas tres décadas la defensa del Sistema se ha centrado en la cobertura, mediada por la afiliación a un asegurador, dejando a un lado del debate el acceso que es lo que realmente determina el goce del derecho. De otro lado, este modelo de aseguramiento, en un sistema de libre regulación del mercado y una débil rectoría del Estado, ha generado competencia entre los actores que han ido en contravía del derecho a la salud, la dignidad de las personas y la estabilidad de la red hospitalaria pública y privada.

Desde la aprobación de la Ley 100 de 1993, se ha sustentado la bondad de un Sistema de Salud en el progreso de los niveles de afiliación, dejando de lado aspectos importantes de la salud pública como la rectoría y gobernanza del Sistema en términos de pérdida de la autoridad sanitaria; sin embargo, el cumplimiento del Sistema General de Seguridad Social en relación a la mejora de salud de la población, la respuesta a las expectativas de las personas y la protección financiera mediante un financiamiento justo (2,3) los resultados solo reflejan inequidades e ineficiencias.

Si bien, Colombia registra coberturas de aseguramiento en salud por encima del 99% (4) y se realiza una importante inversión pública (5), aún no logra garantizar el derecho fundamental a la salud a toda la población. El país registra resultados en salud deficientes e inequitativos, segmentación de la población por capacidad de pago, bajas coberturas en intervenciones de protección específica y detección temprana, múltiples barreras de acceso a los servicios de salud, fragmentación de la atención y presencia de morbilidad y mortalidad por condiciones que se consideran evitables y atribuibles al Sistema de Salud (6-11).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud se estructura en un modelo que genera altos niveles de segmentación de la población por capacidad de pago y fragmentación de la atención, adicionalmente se centra en la atención de la enfermedad (12) lo que impide el desarrollo de la promoción de la salud, no garantiza una atención diferenciada de las personas, según sus condiciones de vida, cultura y territorio (13) y realiza un énfasis excesivo en la rentabilidad económica (14, 15); posee altos márgenes de ineficiencia (16) y gran limitación para generar salud y reducir las inequidades (17).

Lo anterior, ha significado una importante carga de morbilidad y mortalidad por condiciones prevenibles; anualmente en el país mueren de manera prematura por Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) 46.763 personas y en los últimos cuatro años se evidencia un aumento del 26% en la tasa de mortalidad prematura por ECNT, alcanzando una tasa de 243,84 defunciones por cada 100 mil habitantes en el año 2021.

Las importantes restricciones para el acceso efectivo a los servicios de salud, así como para la integralidad y continuidad de la atención, conllevaron a la interposición de 156.413 tutelas en 2022 y más de 5.800.000 tutelas en los últimos diez años (18, 19). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) fueron las instituciones del sector salud más tuteladas; y para el año 2022, las EPS con mayor número de tutelas por cada 10.000 afiliados, fueron: Savia Salud (51,73), Ecoopsos (44,06), Emsanar (36,48), Asmet Salud (34,49) y Nueva EPS (34,49) (19).

El 46,64% de las tutelas se debieron a solicitudes de citas médicas especializadas, imágenes diagnósticas y exámenes de laboratorio clínico. El 23,91%, consistió en peticiones de alojamiento y alimentación para pacientes y acompañantes, requerimientos de transporte y servicios de cuidado; el 13,32% a reclamos de tratamiento integral en personas con cáncer; y el 11,16% a solicitudes de medicamentos, siendo los antiinflamatorios no esteroideos los más frecuentes (AINES) (19). En relación con las citas especializadas, la principal queja fue la falta de oportunidad y la asignación de citas sin considerar el lugar de residencia del solicitante; lo que se asocia a solitud de viáticos, como segundo motivo de interposición de tutela (19).

Con ocasión a la radicación del proyecto de Reforma al Sistema de Salud, el 13 de febrero de 2023¹ el país inició una intensa discusión, en la que participaron todos los actores del Sistema: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Entidades Promotoras de Salud (EPS), pacientes, academia, investigadores, gremios, etc. Se realizaron 49² audiencias públicas, 12 mesas

¹ Proyecto de Ley número 339 – 2023 Cámara, 216 – 2023 Senado presentado por el Ministerio de Salud y Protección Social, los honorables Senadores *Isabel Cristina Zuleta López, Martha Isabel Peralta Epieyú, Aída Yolanda Avella Esquivel, César Augusto Pachón Achury*, y los honorables Representantes *Alfredo Mondragón Garzón, Juan Carlos Vargas Soler, David Ricardo Race-ro Mayorca, Agmeth José Escaf Tijerino, Pedro Baracutao García Ospina, Marta Alfonso Jurado y Juan Pablo Salazar Rivera*.

² Durante el debate en Comisión Séptima de Cámara se realizaron 38 audiencias públicas en 21 ciudades: *Bogotá, Cali, Fonseca, Cauca, Aracataca, Inírida, Fômeque, Caldas, Pasto, Villavicencio, Quibdó, Medellín, Barranquilla, Yopal, Ibagué, Palmira, Cúcuta, San Andrés, San José del Guaviare, Arauca, Bucaramanga*. Posteriormente en el trámite de Comisión Séptima de Senado, se realizaron 11 audiencias públicas en las ciudades de: *Bucaramanga, Santa Marta, Riohacha, Villavicencio, San Andrés, Pasto, Cali (dos veces), Cartagena, Barranquilla y Medellín*.

técnicas³, dos (2) subcomisiones⁴, entre otros espacios de deliberación y análisis. Si bien la Comisión Séptima del Senado de la República votó positivo el archivo de la iniciativa, hoy es clara la necesidad de transformación de un Sistema de Salud, en la cual: a) se oriente la atención hacia la generación de salud y el cuidado de la vida, b) se fortalezca la gobernanza, c) se consolide la atención primaria en salud, c) se aumente el acceso a los servicios de salud en las zonas marginales, rurales y dispersas, d) se utilicen e incorporen los aprendizajes y capacidades acumuladas de los actores, e) se garantice la formalización de los trabajadores de la salud, f) se aumente la eficiencia y la transparencia en el uso del dinero.

Posterior al archivo de la propuesta de reforma a la salud inicial, el Ministerio de Salud y Protección Social continuó liderando espacios de concertación con los actores del Sistema y de la sociedad civil para presentar una nueva propuesta de transformación y evolución de un Sistema de Salud que permita avanzar hacia la garantía del derecho y recoja los avances logrados en tres décadas del Sistema General de Seguridad Social.

A continuación, se exponen los argumentos que justifican las transformaciones propuestas en el proyecto de ley; en la primera parte se hace una síntesis del marco legal y constitucional del derecho a la salud, se continúa con la descripción de las fallas estructurales del actual Sistema, se parte de la exposición de ineficiencias y márgenes de mejora, se continúa con el deterioro de la rectoría y gobernanza, la inviabilidad de las Entidades Promotoras de Salud para cumplir con su objeto social, los sobrecostos y demás implicaciones asociadas a la integración vertical y a la opacidad de la información, se describe la situación del talento humano en salud, así como de la infraestructura hospitalaria y finalmente se presentan las fallas e inequidades en los resultados

³ Durante el segundo debate se realizaron cinco mesas técnicas [1) *Gestoras y ADRES*, 2) *Disposiciones generales y transitorias*, 3) *Políticas y régimen laboral*, 4) *Sistema de información, participación social e inspección, vigilancia y control*, y 5) *modelo de salud, organización del sistema e Instituciones de Salud del Estado*]. Igualmente durante su paso por la Comisión Séptima de Senado se realizaron otras siete (7) mesas [1) *aspectos relacionados con licencias, producción y distribución de medicamentos*, 2) *condiciones laborales del talento humano en salud*, 3) *experiencias de los pacientes en el sistema de salud*, 4) *fortalecimiento de la gobernanza del sistema y uso de las tecnologías de la información y la comunicación en el sector salud*, 5) *experiencias y perspectivas: atención primaria en salud, equipos extramurales y redes de servicios de salud*, 6) *aspectos financieros del sistema de salud –flujo de recursos y pagos, fuentes y usos, valoración de tecnologías en salud–*, 7) *aspectos financieros del sistema de salud –endeudamiento y sostenibilidad financiera del sistema–*].

⁴ Tanto durante el primer debate como en el segundo, se designaron comisiones accidentales para organizar el debate, analizar las proposiciones y escuchar a los actores.

en salud. Posteriormente, a partir del marco de Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud (3) se exponen las transformaciones propuestas y el plan de transición diseñado.

Finalmente, se presentan las consideraciones económicas y estudio fiscal construido por el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. La salud como derecho fundamental

Colombia es un Estado Social de Derecho, en ese sentido la meta principal dentro del cumplimiento de los derechos sociales ha sido “(...) *la creación de condiciones razonables de vida (...)*”⁵, lo cual guarda entera armonía con el hecho de que la Constitución Política establece como principios la dignidad humana, la solidaridad y la prevalencia del interés general. 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, la esencia y objetivo es garantizar la vida digna de quienes se encuentran dentro del territorio colombiano; su reconocimiento y garantía ha sido materia de gran debate.

Así, a través de los años, la actividad judicial y, en especial la de la Corte Constitucional, ha acudido a esos principios para el análisis de posibles violaciones de derechos fundamentales establecidos en la Carta Magna. La Corte Constitucional se ha referido al derecho a la salud como un derecho fundamental atípico, pues si bien se ubica en el acápite de los derechos sociales, su naturaleza se nutre de principios como el de solidaridad⁶ y dignidad humana⁷, como también del derecho

⁵ Gaceta # 3 Asamblea Constituyente 1991 “Proyecto de Acto Reformatorio de la Constitución Política de Colombia” Título: Derechos sociales.

⁶ Sentencia C-313 de 2014: “(...) El principio de solidaridad exige la ayuda mutua entre las personas afiliadas, vinculadas y beneficiarias, independientemente del sector económico al cual pertenezcan, y sin importar el estricto orden generacional en el cual se encuentren. Este principio se manifiesta en dos subreglas, a saber: En primer lugar, el deber de los sectores con mayores recursos económicos de contribuir al financiamiento de la seguridad social de las personas de escasos ingresos, por ejemplo, mediante aportes adicionales destinados a subsidiar las subcuentas de solidaridad y subsistencia del sistema integral de seguridad social en pensiones, cuando los altos ingresos del cotizante así lo permiten. En segundo término, la obligación de la sociedad entera o de alguna parte de ella, de colaborar en la protección de la seguridad social de las personas que por diversas circunstancias están imposibilitadas para procurarse su propio sustento y el de su familia. (...)”.

⁷ Sentencia C-313 de 2014: “(...) Una síntesis de la configuración jurisprudencial del referente o del contenido de la expresión “dignidad humana” como entidad normativa, puede presentarse de dos maneras: a partir de su objeto concreto de protección y a partir de su funcio-

fundamental a la vida; así fue establecido por el alto tribunal en la Sentencia T-760 de 2008:

“[...] 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 [...]”.

En dicha Sentencia, si bien no se declara el estado de cosas inconstitucional, sí se afirma categóricamente que el modelo estructurado en 1993 es susceptible de mejoras, de ahí las 14 órdenes estructurales; esta decisión estratégica evitó la inconstitucionalidad de la Ley 100 (20), lo que le permitió un respiro y algunas modificaciones subsecuentes (Ley 1122 de 2007 y Ley 1438 de 2011) que tampoco han permitido la garantía del derecho a la salud en los términos definidos por la Corte Constitucional.

Después de múltiples propuestas e intensas discusiones, se logra la aprobación de la Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751 de 2015), la cual fue declarada exequible por la Corte Constitucional, mediante la Sentencia C-313 de 2014, en cuya providencia se expone que:

En cuanto al marco normativo se destacó la importancia de la Observación General número 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.

La Corporación reiteró la importancia de los diversos elementos que caracterizan a un derecho como fundamental y en particular la transmutación del derecho en una garantía subjetiva en razón del desarrollo legislativo o administrativo de las cláusulas constitucionales y la importancia de la existencia de consensos, en torno al carácter fundamental del derecho.

La Sala, destacó los propósitos de la Ley Estatutaria, en particular, se hizo alusión a la exposición de motivos, enfatizándose en la relevancia de la Observación 14 como guía interpretativa y en la idea de una cobertura de beneficios que tuviese como límite lo excluido por la ley.

De ahí que la Corte Constitucional afirma, dentro de la misma decisión, que *“(...) es de esperarse que, en la legislación ordinaria y su reglamentación, las labores de dirección, regulación, vigilancia y control, así como los agentes prestadores del servicio y quienes suministran los insumos, se enfoquen en función de garantizar el derecho fundamental a la salud para todos los habitantes de Colombia en forma universal y con calidad”.* Igualmente, en la Sentencia queda claro que el pluralismo estructurado no es un elemento estructural del derecho a la salud, como tampoco lo son las Entidades Promotoras de Salud (20), y ratifica las funciones indelegables del Estado en cuanto a la dirección, supervisión, organización, regulación y control de la prestación del servicio de salud; esto último en los siguientes términos:

Finalmente, por lo que concierne a la caracterización del derecho, encuentra la Sala que los atributos estipulados por el legislador no agotan los que puedan predicar de la salud como derecho fundamental. Así por ejemplo, en la Observación 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se ha connotado al derecho a la salud como derecho inclusivo, con lo cual se abarca la atención a diversos factores determinantes de la salud. Para la Corte, se impone en este punto una interpretación amplia, con lo cual la caracterización aludida, podrá expandirse e incorporar otras cualidades que tiendan a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud. No advirtiéndose, pues, razones que conduzcan a la Corporación a censurar el enunciado legal en estudio y, conforme con los presupuestos anotados, se declarará la constitucionalidad de rigor.

Así pues, procederá la Corte a pronunciarse a favor de la exequibilidad del artículo 2° del proyecto, atendiendo los presupuestos interpretativos que se orientan a una lectura amplia del derecho.

La Corte recalcó que se deberán hacer los respectivos ajustes para contrarrestar las ineficacias o errores mismos de un Sistema de Salud, siendo competencia del Ministerio de Salud presentar

nalidad normativa. Al tener como punto de vista el objeto de protección del enunciado normativo “dignidad humana”, la Sala ha identificado a lo largo de la jurisprudencia de la Corte, tres lineamientos claros y diferenciables: (i) La dignidad humana entendida como autonomía o como posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según sus características (vivir como quiera). (ii) La dignidad humana entendida como ciertas condiciones materiales concretas de existencia (vivir bien). Y (iii) la dignidad humana entendida como intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral (vivir sin humillaciones)” (Sentencia T-881 de 2002 M. P. Montealegre Lynett).

la propuesta de reforma que permita resolver los problemas al: (i) manejo adecuado de los recursos públicos; (ii) la prevención y atención de la enfermedad; (iii) la rectoría de un Sistema de Salud en cabeza del Estado –como modelo de salud de aseguramiento público–; (iv) el acceso y calidad de servicios de salud para toda la población en cualquier parte del país; (v) el saneamiento financiero de las entidades del Estado del sector salud; (vi) la regulación de los mercados de salud a través de políticas públicas claras; y (vii) la inspección, vigilancia y control.

Estos contenidos de la Constitución Política y la ley guardan entera armonía con los principios y mandatos que forman parte del denominado bloque de constitucionalidad y que aluden a la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, la Declaración Universal de Derechos Humanos, los Convenios de Ginebra, la Declaración de los Derechos del Niño, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de Naciones Unidas, los Pactos Internacionales de Derechos Humanos, la Observación General número 14, la Proclamación de Teherán, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social, la Declaración de Alma Ata, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Observación General número 6 sobre derecho a la vida, los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, el Protocolo de San Salvador de 1988, la Convención sobre los Derechos del Niño, el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares, los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, las Observaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Declaración y Programa de Acción de Viena, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. En especial, como lo ha hecho la Corte Constitucional en sus diversas sentencias, se ha acudido a las recomendaciones para un mejor Sistema de Salud de la Observación General 14, así como a la Resolución número 2542 de 1969 de las Naciones Unidas y la Observación General 6.

3. Espacio para aumentar la eficiencia en el actual Sistema de Salud

La eficiencia en los sistemas de salud se refiere a la correlación entre el dinero invertido y la salud obtenida por ello (16, 21). Pueden diferenciarse dos clases:

a. Asignativa (“hacer las cosas correctas”): Hace referencia a la asignación de recursos a los

servicios que obtienen mayor ganancia en resultados en salud. Ejemplos de asignación ineficiente son: priorización inadecuada, ausencia de guías de práctica clínica, reportes con información incompleta y gobernanza inadecuada del sistema (21).

b. Técnica (“hacer las cosas bien”): Se refiere a la obtención de productos con la menor cantidad posible de recursos o insumos; ejemplo de esta ineficiencia es: duplicación de exámenes, reingresos evitables o estancias hospitalarias prolongadas (21).

Utilizando el *Análisis Envolvente de Datos – DEA* (Data Envelopment Analysis – DEA) Izquierdo y cols. (2018) identificaron que: “una mejor gobernanza y calidad institucional de los sistemas de salud influyen en la eficiencia con la que los países traducen un determinado presupuesto para la salud en mejores resultados de salud de la población, acceso y equidad en el acceso a los servicios” (21). Adicionalmente, Izquierdo y cols. encontraron que los estudios en los países de ingresos más altos muestran que las puntuaciones de eficiencia superiores están asociadas con menos aseguradoras, con modelos de prestación de servicios de salud donde los médicos de atención primaria orientan la puerta de entrada y con sistemas de salud descentralizados.

Se ha demostrado que la prestación de servicios de diagnóstico y de tratamiento oportunos y de alta calidad en la atención primaria previene el deterioro agudo, la progresión y las complicaciones en personas enfermas. Además, la gestión proactiva de las enfermedades en la atención primaria puede contribuir a contener el gasto en salud, al reducir o incluso evitar la necesidad de visitas de urgencia, hospitalizaciones o procedimientos más complejos (21). Igualmente, la subutilización de la atención primaria, además de ineficiente, tiene como resultado la calidad subóptima del cuidado; lo cual, no solo pone en peligro la salud de las personas sino que se pierden oportunidades de ahorro.

En la eficiencia de un Sistema de Salud, influyen también de forma importante: a) la efectividad del Gobierno, b) la transparencia, c) la participación ciudadana en la formulación de políticas, y d) la calidad regulatoria (21).

El análisis en América Latina y el Caribe muestra que persisten grandes ineficiencias en los sistemas de salud, debido sobre todo al segmentado despliegue de la atención primaria; se calcula que para el año 2009 se podrían haber prevenido un promedio de 9,6 millones de hospitalizaciones (el 19% del total de egresos) por año mediante una atención primaria accesible, oportuna y adecuada; por lo cual, el costo anual para la región de las hospitalizaciones evitables se estimó en un 2,4% del gasto público total en salud y en un 1,5% del total de gastos en salud (16).

Específicamente, para el Sistema de Salud colombiano, un reciente informe del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (16) concluye que la eficiencia del gasto de un Sistema de

Salud colombiano es menor comparada con otros países, ocupando el puesto 10 entre 25 países de Latinoamérica y el Caribe. El informe detalla que, si bien, Colombia gasta 0,5 puntos porcentuales por debajo del promedio de la muestra de los 47 países analizados (8,5%) y un (1) punto porcentual por encima del promedio de los países latinoamericanos (7%), el país “compra un poco menos de salud por cada peso gastado por persona que el promedio de países estudiados por la OCDE” y que en caso de mejorar la eficiencia podría aumentar entre 6 meses y hasta 4 años la esperanza de vida de la población.

El informe detalla cuatro (4) áreas clave en las que el país debería trabajar para mejorar la eficiencia de un Sistema de Salud:

a. Disminución de gasto administrativo

En los países de la OCDE, este gasto es en promedio de 3,5%; para Colombia este rubro reporta en promedio en 5,4%.

De acuerdo con el BID, el gasto administrativo excesivo puede reflejar ineficiencias en la gestión o en la gobernanza del sistema, por ejemplo en la duplicidad de funciones.

b. Desarrollo de la Atención Primaria

Colombia debe aumentar la resolutivez y la calidad de la atención primaria en salud, lo cual permitiría:

- Ofrecer mejor atención a las personas que tienen enfermedades crónicas y así disminuir la tasa de hospitalizaciones por causas susceptibles de atención en el nivel primario de atención.

Se calcula que el 17% del gasto en hospitalizaciones, obedece a causas prevenibles; esta mejora significaría un ahorro aproximado de 1.7 billones al año (3% del gasto en salud).

- Disminuir el uso de servicios de urgencias, puesto que es el doble de la encontrada en los países de la OCDE. En Colombia, la tasa estimada de servicios de urgencias es de 58 por cada 100 afiliados, lo que casi duplica al promedio de la OCDE, que asciende a 31 por cada 100 personas.

Dicho sobreuso de urgencias puede estar explicado por la limitada capacidad resolutivez en el primer nivel.

c. Enfocar el sistema hacia la promoción y prevención

El un Sistema de Salud colombiano tiene poco impacto sobre los estilos de vida modificables asociados a la presencia de enfermedades crónicas.

Los resultados para el país muestran que una reducción del 10% en la incidencia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas cardiovasculares (tabaco, hipertensión arterial, niveles altos de glucosa en sangre y alcohol) disminuiría el gasto proyectado en salud en casi 2%.

d. Mejorar el gasto en medicamentos

Para 2021, la OCDE evidenció un gasto público promedio en medicamentos de alrededor del 12 a

15%; por su parte, Colombia registra un gasto de 4 a 7 puntos porcentuales por encima en el mismo rubro.

Adicionalmente, el país registra una diferencia de 20% entre el precio de compra en el laboratorio mayorista de medicamentos y el precio que paga el Sistema de Salud.

En el mismo sentido, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en su reciente informe Health at a Glance 2023 (22), analizó en qué medida el gasto en salud de los países miembros de la organización se correlaciona con una mejora en dos dimensiones: resultados de salud y acceso a la atención en salud de calidad.

Las Figuras 1 y 2 ilustran la correlación entre gasto en salud y resultados en salud para los países de la OCDE. Como lo ilustra la Figura 1: “*Esperanza de vida y gasto en salud*”, hay una relación positiva entre las dos variables mencionadas; de la muestra de 38 países, aquellos ubicados en el cuadrante superior derecho (18 en total) tienen un gasto en salud mayor y una esperanza de vida mayor que el promedio de la OCDE. Caso contrario, los 11 países ubicados en el cuadrante inferior izquierdo registran gastar menos en salud como proporción de su PIB, y tener una esperanza de vida menor que el promedio de la OCDE; en este último grupo se encuentra ubicado Colombia.

Para el caso de las variables analizadas en la Figura 2: “*Mortalidad evitable (prevenible y tratable) y gasto en salud*”, también existe una asociación positiva. En la muestra de países analizados, 18 registran un gasto superior al promedio y tasas de mortalidad evitables más bajas (cuadrante inferior derecho), mientras 10 países gastan menos en salud que el promedio de la OCDE y evidencian más muertes que podrían haberse evitado (cuadrante superior izquierdo); en este último grupo se encuentra ubicado Colombia.

Figura 1. Esperanza de vida y gasto en salud

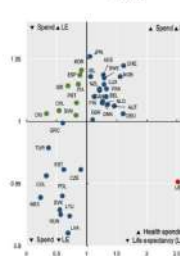
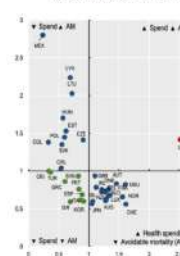


Figura 2. Mortalidad Evitable (prevenible y tratable) y gasto en salud

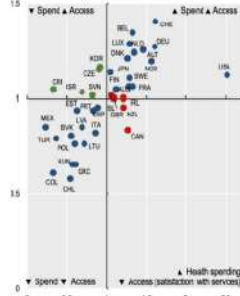


Fuente: OECD (2023). Health at a Glance 2023.

En la Figura 3 se analizan los resultados en acceso a salud respecto al gasto en dicho rubro. Se evidencia una correlación positiva entre las dos variables, ubicando en el cuadrante superior derecho a 14 países con un gasto superior al promedio de la OCDE y una mayor proporción de población satisfecha con la disponibilidad de atención médica de calidad. Por su parte, en el cuadrante inferior izquierdo, 14 países registran un gasto en salud menor y una menor porción de la población satisfecha con el acceso a servicios de salud de calidad respecto

al promedio de la OCDE; en este último grupo se encuentra ubicado Colombia.

Figura 3. Satisfacción con la disponibilidad de servicios de calidad y gasto sanitario



Fuente: OECD (2023), Health at a Glance 2023.

De esta manera, se demuestra que Colombia registra bajos resultados en salud en correlación con su nivel de gasto. Esto puede explicarse por fallas en la eficiencia asignativa de un Sistema de Salud, en concordancia con las conclusiones del estudio previamente citado del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Además, dicho nivel de ineficiencia toma particular relevancia teniendo en cuenta que, aún ante escenarios de aumentos considerables en el presupuesto destinado al sector salud, los resultados del gasto continuarían viéndose limitados de mantenerse el esquema vigente de asignación del mismo; obediendo a las conclusiones del BID, un 20% del presupuesto en salud seguiría desviándose a gasto ineficiente.

En igual sentido, *The Lancet Global Health Commission on financing primary health care*, (Lancet Global Health 2022) (168), recomienda que los países deben invertir más e invertir mejor en la APS para priorizar a las personas y, en primer lugar, abordar las desigualdades. Los acuerdos de financiación centrados en las personas para la APS exigen un enfoque unánime a nivel gubernamental, que involucre a todos los ministerios con un ámbito de actuación relacionado con el sector de la salud y la sociedad civil, mediante dos acciones: 1) Invertir más en la APS para alcanzar las metas de desarrollo sustentable, brindar una cobertura médica universal y lidiar mejor con la próxima crisis sanitaria, y 2) Proteger a las personas y promover la equidad asignando recursos de la APS según las necesidades médicas de la población y garantizar que los recursos adecuados lleguen a los proveedores de primera línea de la APS.

4. Rectoría y gobernanza del actual Sistema de Salud

La adecuada rectoría⁸ y gobernanza⁹ es fundamental para el óptimo funcionamiento de un Sistema de Salud (3); tanto así, que la OPS/OMS

⁸ Rectoría: Capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud (167).

⁹ Gobernanza: Capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento o el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud (167).

han definido el fortalecimiento de la rectoría y gobernanza de la autoridad nacional de salud como el segundo objetivo de la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (23); al respecto, consideran que: “el logro de este objetivo requiere el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública, el establecimiento o fortalecimiento de los mecanismos de participación social y el diálogo para promover la formulación y ejecución de políticas inclusivas, al igual que la rendición de cuentas y la transparencia”.

En Colombia, durante los últimos 30 años, se ha presentado la combinación de dos factores que progresivamente han llevado al debilitamiento de la autoridad sanitaria expresada en la pérdida en el ejercicio de las funciones esenciales de la salud pública, incluyendo la capacidad para la organización de los servicios de salud, y el marchitamiento de la red pública hospitalaria; estos factores son: a) disminución de la transferencia de recursos a los municipios y departamentos, y b) marco normativo orientado a la reducción del Estado.

En relación al primer aspecto, se destacan:

- El Acto Legislativo número 01 de 2001
- El Acto Legislativo número 04 de 2007

Como ejemplos del marco normativo orientado a la reducción del Estado, se subrayan las siguientes normas:

- Ley 100 de 1993, los hospitales públicos fueron transformados en Empresas Sociales del Estado (ESE), entre 1996-1999, previo cumplimiento de requisitos. Sus ingresos pasaron del subsidio a la oferta, al subsidio a la demanda, o el pago por venta de servicios en un sistema de aseguramiento según contrataciones con administradoras, y avales de interventorías-auditorías. Se favoreció el crecimiento administrativo y los costos de operación, afectando los ingresos y la financiación de las ESE (24).

- El documento Conpes 3204 de 2001-2002 del Consejo Nacional de Política Económica y Social, el cual viabilizó la reestructuración de las ESE entre 2002 y 2004, con resultados contractuales flexibilizados y tercerizados a través de cooperativas de trabajo asociado, con procesos previos de indemnización de trabajadores (24).

- La Política de Prestación de Servicios (PPS) del 2005, que estableció un convenio con el Banco Interamericano de Desarrollo para los procesos de reestructuración de los hospitales públicos. Ambas políticas (Conpes 3204 de 2001-2002 y PPS-2005) tuvieron como objeto la disminución de costos laborales con la tercerización/intermediación. El Gobierno nacional sometió a las ESE a convenios de desempeño por 10 años que implicaron pagos a través de créditos condonables, entregados para el financiamiento y sostenimiento, según condiciones de resultados de evaluaciones desde las secretarías departamentales de salud, con apoyo del Ministerio de Hacienda, y que serían retornados ante incumplimientos de condiciones. Este sometimiento implicaba para las ESE la restricción en el aumento

de su oferta, de sus ingresos, financiación y crecimiento (24).

- La declaratoria de la emergencia social en salud (2009-2010), la cual estableció la Política de Categorización de Riesgo Fiscal y Financiero (PCRFF) de las ESE, que daba los criterios para categorizarlas en riesgo alto, medio, bajo y sin riesgo según su capacidad de financiar las obligaciones operacionales corrientes y no corrientes frente a los ingresos operacionales corrientes, es decir, las deudas del año presente y las anteriores se pagan con recursos del año presente producto de recuperación de cartera o pagos de facturación vigente. La categorización, declarada inexecutable en 2011, fue retomada en la Ley 1438 de 2011 y en la Resolución número 2509 de 2012 para definir la permanencia de las ESE en el mercado (24).

- El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) emitió ocho resoluciones entre 2012 y 2019 con diferentes criterios de declaratoria de riesgo, donde el Índice de Riesgo se definió solo con el indicador de Solvencia Financiera, esto es, teniendo en cuenta la capacidad de financiar las obligaciones operacionales corrientes y no corrientes de las instituciones, frente a los ingresos operacionales corrientes (artículo 2° Resolución número 2309 de 2012). Este índice no tiene en cuenta todos los criterios planeados: a) lo presupuestal y financiero, b) la prestación del servicio y c) el mercado; de hecho, estos dos últimos quedaron excluidos. Las variables financiación y permanencia se condicionaron al cumplimiento de los planes de mejoramiento entre ESE y Estado (24).

- Ley 1508 de 2012 que proyectó el presupuesto de las ESE teniendo como base solo el recaudo (lo facturado) y no el reconocimiento (lo adeudado por las administradoras), lo que limitó la capacidad de oferta de las ESE por diez años, situación agravada por el sometimiento a carteras morosas acumuladas (24).

Los efectos que estas medidas han tenido en las Entidades Territoriales, en su rol de autoridad sanitaria, y en la Red Pública Hospitalaria, han sido suficientemente estudiado (25-31). Recientemente, el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con la OPS/OMS y la Asociación Colombiana de Salud Pública realizaron la medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública renovada (27), encontrando que:

1. La implementación del enfoque y ejercicio intersectorial de Determinantes Sociales de la Salud e inequidades es incipiente.

2. Las formas de contratación del recurso humano en salud pública afectan su dignidad laboral y la continuidad en las funciones de las autoridades sanitarias territoriales.

3. Existe una gran capacidad técnica en el INS, Invima e IETS que todavía no se despliega de forma suficiente para apoyar las entidades territoriales.

4. La normatividad vigente en salud no se adapta a la diversidad territorial del país.

5. La coordinación interinstitucional e intersectorial para el cumplimiento de las FESP es muy débil, en especial para las funciones de inspección, vigilancia y control en salud pública.

6. Existen mecanismos de participación social en procesos de rendición de cuentas, pero no consolidados en fases de diagnóstico, implementación y monitoreo de políticas y programas.

7. Los recursos destinados a financiar las acciones de salud pública en los territorios se tornan insuficientes para garantizar las múltiples competencias asignadas por norma a las Entidades Territoriales.

8. La débil gobernanza de la autoridad sanitaria y la relación tensa y conflictiva sobre el poder en el manejo de las redes de servicios de salud incide negativamente en la conformación de redes integradas para la garantía del acceso efectivo a los servicios de salud.

9. La asimetría en capacidades de los territorios incide en los resultados esperados en términos de abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud, la promoción de la salud y el acceso a servicios integrales de calidad.

Por tanto, el fortalecimiento de la rectoría y gobernanza en salud es una tarea necesaria para la transformación del Sistema, que el país necesita. En la tarea, además de la generación de capacidades a nivel territorial y nacional, se hace fundamental la recuperación de espacios colectivos para la toma de decisiones concertadas que promuevan el diálogo y que superen los intereses rentistas individualistas que prevalecen en nuestro Sistema (32), para avanzar hacia un modelo inspirado en los valores de la solidaridad, la equidad y el mayor nivel de salud posible para los colombianos.

5. Comportamiento histórico de las Entidades Promotoras de Salud

Desde 1994 a la fecha han tenido autorización para operar un total de 157 Entidades Promotoras de Salud, de las cuales, 130 han sido liquidadas, o se encuentran en proceso de liquidación; actualmente, se encuentran activas, tan solo 27, para los dos regímenes, más dos Entidades adaptadas para operar el aseguramiento.

Tabla 1. Histórico de EPS: autorizadas, liquidadas, en liquidación y vigentes

Régimen	Autorizadas	Liquidadas y/o en liquidación	Vigentes a marzo 2024
Subsidiado	122	108	14
Contributivo	27	17	10
Subsidiado y Contributivo	8	5	3
TOTAL	157	130	27*

*No se contabilizan dos Entidades Adaptadas para operar el aseguramiento: EPM y Ferrocarriles Nacionales.

Fuente: *Elaboración propia con información de la Superintendencia Nacional de Salud.*

Ahora bien, como se muestra en la siguiente tabla, el mayor periodo de intervenciones de EPS para liquidar se dio durante los años 1998-2002; seguido de los periodos 2010-2014 y 2018-2022.

Tabla 2. Histórico de EPS liquidadas e intervenidas para administrar. 1998 – abril 2024

Periodo	Intervenciones para liquidar	Solicitud de retiro voluntario	Intervenciones para administrar
1998-2002			
Andrés Pastrana	78	1	Sin dato
2000-2006			
Álvaro Uribe Vélez	3	3	Sin dato
2006-2010			
Álvaro Uribe Vélez	3	0	Sin dato
2010-2014			
Juan Manuel Santos	14	2	7
2014-2018			
Juan Manuel Santos	4	5	0
2018-2022			
Iván Duque	11	1	2
2020 - actual			
Gustavo Petro Urrego	4	0	7
TOTAL	117	12	16
TOTAL LIQUIDADAS			

Fuente: *Construcción propia a partir de información suministrada por la Superintendencia Nacional de Salud.*

Como puede observarse, el proceso de intervenciones para administración o liquidación de EPS ha estado presente durante toda la existencia del SGSSS, y durante este Gobierno no se ha dado un aumento significativo.

Ahora bien, es importante resaltar que los procesos de liquidación han dejado tras de sí una importante cartera en el sector, como se muestra en la siguiente

tabla, en la que se comparan el valor reclamado, con el reconocido y efectivamente pagado, durante los periodos 2008-2016 y 2017-2024.

Tabla 3. Gestión de acreencias de EPS liquidadas por periodos

	Periodo 2008-2016	Periodo 2017-2024
Valor reclamado	\$124.240.106.517	\$30.151.132.352.149
Valor total reconocido	\$39.590.045.517	\$9.481.755.710.957
Valor pagado	\$39.388.998.636	\$1.047.459.988.568

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud.

Como puede observarse, para ambos periodos es reconocido solamente el 30% de las acreencias reclamadas; y pagado para el primer periodo el 99% y para el segundo tan solo el 11%. Lo que pone en evidencia que el fracaso de las EPS para el cumplimiento de su objeto social ha dejado al país no solo la afectación en la prestación del servicio de salud sino también grandes deudas con prestadores, proveedores y talento humano en salud.

Actualmente, nueve (9) Entidades Promotoras de Salud (EPS) tienen algún tipo de medida especial, ya sea una intervención forzosa para administrar o medida de vigilancia especial. Esta situación significa que el 52% de las personas afiliadas al SGSSS (Tablas 4 y 5) se encuentran en alguna EPS que ha demostrado incapacidad de desarrollar adecuadamente su objeto social y cumplir con sus obligaciones legales.

Tabla 4. Cantidad de personas afiliadas por tipo de EPS

Régimen de afiliación	Nº de EPS	Afiliados a marzo de 2024
Contributivo	12	22.445.284
Subsidiado	14	10.165.343
Contributivo y Subsidiado	3	16.996.443
TOTAL	29*	49.607.070

*Se incluyen las Entidades Adaptadas para Operar el aseguramiento (EPM y Ferrocarriles Nacionales).

Fuente: *Superintendencia Nacional de Salud.*

Tabla 5. Distribución de personas por EPS con alguna medida especial

Entidad	Régimen	Tipo de medida	# Afiliados al Régimen Contributivo	# Afiliados al Régimen Subsidiado	Total
Nueva EPS	Contributivo y Subsidiado	Intervención forzosa para administrar	4.805.668	6.242.266	11.047.934
EPS Sanitas	Contributivo	Intervención forzosa para administrar	4.363.620	1.436.427	5.800.047
Famisanar	Contributivo	Intervención forzosa para administrar	1.935.213	906.904	2.842.117
Emssanar E.S.S.	Subsidiado	Intervención forzosa para administrar	111.249	1.664.027	1.775.276

Entidad	Régimen	Tipo de medida	# Afiliados al Régimen Contributivo	# Afiliados al Régimen Subsidiado	Total
Savia Salud EPS	Subsidiado	Intervención forzosa para administrar	134.187	1.537.901	1.672.088
Asmet Salud	Subsidiado	Intervención forzosa para administrar	71.317	1.557.183	1.628.500
Servicio Occidental de Salud EPS SOS	Contributivo	Intervención forzosa para administrar	570.282	181.012	751.294
Dusakawi	Subsidiado	Medida preventiva de vigilancia especial	10.169	273.112	283.281
Capresoca	Subsidiado	Medida preventiva de vigilancia especial	19.089	156.324	175.413
TOTAL			12.020.794	13.955.156	25.975.950

Fuente: Elaboración propia con información de la Superintendencia Nacional de Salud.

Durante el año 2024, la Superintendencia Nacional de Salud decidió la intervención forzosa para administrar de tres EPS, lo anterior debido a las fallas encontradas continuas evidenciadas durante los procesos de inspección y vigilancia; la medida tiene por objeto mejorar la prestación de servicios de salud para garantizar el derecho fundamental a la salud, y proteger el uso de los recursos públicos que lo financian; el 6 de junio, el Superintendente Nacional de Salud, en rueda de prensa, presentó al país las principales conclusiones de la fase diagnóstica de la intervención (33):

- a. Incremento en gastos operativos injustificados y asociados al funcionamiento de prestadores de servicios de salud.
- b. Ocultamiento de facturación.
- c. Aumento de costo médico entre los años 2022 y 2023.
- d. Mayoría de contratación bajo la modalidad por evento.
- e. Realización de pagos a prestadores sin el cumplimiento de las condiciones definidas en los contratos y sin la verificación de la calidad de la prestación.
- f. Direccionamiento de contratos hacia Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con las que se configura conflicto de interés, por participación accionaria.
- g. Ausencia de caracterización poblacional que oriente las acciones en salud.
- h. Debilidad en los registros de atenciones.
- i. Bajo cumplimiento de las actividades de promoción y mantenimiento de la salud.
- j. No hay contratación de red de prestadores para la detección temprana y manejo integral del cáncer.

Estos hallazgos, obligan a continuar estudiando y cuestionando la eficiencia y transparencia con la que son manejados los dineros públicos de un Sistema de Salud, por parte de cada uno actores, en

especial las EPS, que los reciben de manera puntual y anticipada. Igualmente, deja entrever la relación existente entre el comportamiento financiero y la respuesta a las necesidades de salud de la población.

En todo caso, es evidente y lamentable que las EPS han tenido serias dificultades para el cumplimiento de su objeto social, lo que ha producido serias fallas de prestación de servicios de salud, uso indebido de recursos, así como deudas no saldadas. Situación encubierta en la falsa sensación de estabilidad permitida por la flexibilización normativa para su operación y funcionamiento; así como los llamados de la Contraloría General de la República sobre la situación.

Cabe recordar que los recursos que manejan las Empresas Promotoras de Salud son de naturaleza pública, como lo ha reiterado la honorable Corte Constitucional *en lo que respecta al carácter público que se les atribuye a los recursos de salud, esta Corporación ha precisado, en reiteradas ocasiones, que dicho peculio es de índole parafiscal, aspecto que refuerza su naturaleza pública*(34-36). Por tanto es deber del Estado ejercer el debido control para que estos recursos se apliquen a su destinación específica, sin desvíos y sin dilaciones.

5.1 Flexibilidad normativa de la habilitación financiera de las Entidades Promotoras de Salud

Durante los 30 años del Sistema General de Seguridad Social en Salud ha sido prolija la generación de normas para facilitar el cumplimiento de estándares financieros de las Entidades Promotoras de Salud (EPS); dichas decisiones además de no permitir conocer con certeza la realidad operacional y financiera de las EPS, dando una falsa sensación de estabilidad; podrían incluso estar desatendiendo tratados internacionales como el Acuerdo de Basilea.

De acuerdo con el Tribunal Administrativo de Cundinamarca, la flexibilización de los requerimientos financieros y de solvencia ha provocado la vulneración de los derechos e intereses colectivos al patrimonio público y al acceso al servicio público a la salud y a que su prestación sea

eficiente y oportuna. De igual manera, en este fallo se evidencia una especie de captura del regulador, donde particulares han incidido en la expedición de normas según sus intereses (37).

Las reglas mínimas para definir el margen de solvencia y demás condiciones financieras fueron definidas inicialmente en el **Decreto número 1485 de 1994** (38); las cuales fueron modificadas posteriormente en el **Decreto número 882 de 1998** (39) con ajuste en el margen de solvencia como un margen de liquidez para el pago de las obligaciones con terceros, incluidas las de servicios de salud y, en la definición de las consecuencias por el no pago oportuno de las obligaciones.

Ante la necesidad de establecer unas condiciones técnicas que estuvieran acorde con la naturaleza de las entidades responsables del aseguramiento, a partir del año 2007 se expidieron **dieciocho (18) decretos**¹⁰, con los cuales se modificaron las condiciones de cumplimiento para la autorización y funcionamiento, se autorizaron inversiones o disposición de recursos, o se ampliaron los plazos para su acreditación; se comprueba cómo, de manera sistemática, se ha sido volviendo laxas las exigencias de los requisitos financieros aplicables a las funciones a cargo de las Entidades Promotoras de Salud.

Con el **Decreto número 574 de 2007** (40), en el marco del Sistema Único de Habilitación de las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo y de las Entidades adaptadas, se definen y adoptan las condiciones financieras y de solvencia definido este último como el cumplimiento del monto mínimo establecido para el margen de solvencia que atiende el patrimonio técnico primario y secundario, la constitución de las reservas técnicas (para autorizaciones de servicios, servicios cobrados, eventos ocurridos no avisados y posibles pérdidas) según la metodología establecida para el efecto, la inversión de estas reservas en los instrumentos autorizados con límites y tiempo de maduración y, las acciones a cargo de la entidad de control, como definición de indicadores, categorización del riesgo y, acciones correctivas tempranas.

Con posterioridad, a través del **Decreto número 1698 de 2007** (41): i) se modifica la forma de cálculo del margen de solvencia e introduce la opción de implementación de un sistema de administración de riesgos auditado por un tercero y para esta alternativa disminuye el factor de riesgo, ii) los porcentajes de deducción de las inversiones por infraestructura del patrimonio técnico primario, iii) adiciona la fórmula de cálculo de la reserva para eventos ocurridos no avisados durante los primeros tres años cuando las EPS inician operaciones, iv) amplía el plazo de ajuste para la constitución de las reservas técnicas,

v) modifica el régimen de inversiones para admitir el valor de los recobros presentados al entonces Fosyga y como disponible los depósitos en cuentas corrientes y de ahorros y, vi) adiciona las inversiones en fondos de valores y de inversión administrados por entidades vigiladas por la Superfinanciera o por participaciones en fondos comunes especiales administrados por entidades fiduciarias, así como los pagos en efectivo realizados en forma anticipada por servicios de salud a IPS no vinculadas económicamente.

El **Decreto número 2353 de 2008** (42) amplía al doble, el plazo para la constitución de las reservas técnicas.

A través del **Decreto número 4789 de 2009** (43) nuevamente se modifica la forma de cálculo del margen de solvencia, establece un término para diferir las pérdidas generadas en la diferencia en el valor de los recobros y el valor efectivamente recibido cuando se hubiere conciliado con el Fosyga; extiende en un año más el plazo para la constitución de las reservas técnicas y, señala el límite y tiempo de inversión del saldo disponible en caja o en cuentas de ahorro del valor que por concepto de recobros se hubiere conciliado con el Fosyga.

Mediante el **Decreto número 970 de 2011** (44) se amplía en otro año más el plazo para la constitución de las reservas técnicas, pero en dicho año, en virtud de las facultades extraordinarias otorgadas en la Ley 1444 de 2011, también se expide el **Decreto Legislativo número 4185 de 2011** (45), norma de rango legal a través de las cuales se ordenó la reasignación de las funciones de inspección, vigilancia y control de las Entidades Promotoras de Salud en relación con la administración del riesgo financiero a la Superintendencia Financiera de Colombia, siempre que cumpliera o llegaren a cumplir las normas que rigen para las entidades aseguradoras y para cuya asunción de competencia se otorgó un plazo no mayor a un (1) año, esta orden en la práctica no se cumplió porque exigía el cumplimiento de las normas prudenciales aplicables a las entidades aseguradoras y por ello se mantuvo la inspección, vigilancia y control en la Superintendencia Nacional de Salud.

Mediante el **Decreto número 1921 de 2013** (46), se modifica nuevamente el monto del margen de solvencia para establecer las consecuencias de su incumplimiento cuando se ha adoptado la opción de implementación de un sistema de administración de riesgos, pero con concepto favorable del tercero que ha auditado y, para ese año, frente a las entidades que no cumplieron el margen de solvencia al 31 de marzo, ordena la obligación de mantener el patrimonio técnico para garantizar el margen de solvencia alcanzado a dicha fecha.

El Gobierno nacional a través del **Decreto número 2702 de 2014** (47) actualiza y unifica las condiciones financieras y de solvencia de las EPS y los criterios generales para que la información financiera sea consistente, con la pretensión de

¹⁰ Ver, entre otros, Decretos números: 574 y 1698 de 2007, 2353 de 2008, 4789 de 2009, 970 de 2011, 1921 de 2013, 2702 de 2014, 2117 de 2016, 718 y 1848 de 2017, 682 de 2018, 1424 y 1683 de 2019, 1711 y 1811 de 2020, 995, 1492 y 1600 de 2022.

hacerlas más exigentes y para su cumplimiento otorga unos plazos. En tal medida, incrementa el capital mínimo y establece un monto mínimo para cada uno de los regímenes y planes complementarios si los administra la entidad, fija las reglas de indexación y, los elementos que lo integran, según la naturaleza de la entidad; define y establece la forma de cálculo del patrimonio técnico y del patrimonio adecuado; ordena la constitución de reservas técnicas; señala las inversiones admisibles de las reservas técnicas y sus límites en la composición del portafolio; prevé un período de transición para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia, para lo cual establece unos porcentajes de cubrimiento del defecto en siete (7) años.

En el **Decreto número 1681 de 2015** (48), al regular la subcuenta de garantías del Fosyga, se autoriza la utilización de estos recursos para fortalecer patrimonialmente a las EPS a través del denominado “contrato de capital de garantía” o mediante la adquisición de títulos representativos de deuda subordinada emitidos por las EPS, y en uno u otro caso, dichos valores eran computables como parte del capital mínimo y del capital primario, para efectos del cumplimiento de las condiciones financieras y de margen de solvencia de estas entidades.

A los dos años se expide el **Decreto número 2117 de 2016** (49), el cual faculta la disminución del porcentaje del patrimonio adecuado en dos puntos porcentuales si se cumplen los requisitos establecidos en la misma norma, adiciona como inversión computable de las reservas técnicas el certificado de reconocimiento de deuda por servicios No POS emitido por el Fosyga o la ADRES, define límites a las inversiones computables, y, establece las condiciones para acceder a los plazos y tratamiento financiero especial para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia, con lo cual, en la práctica, autoriza la elaboración de un plan de ajuste y un incremento del plazo a diez (10) años.

A escasos 5 meses se expide el **Decreto número 718 de 2017** (50), a través del cual se flexibiliza el requisito de capital y el plazo del plan de ajuste para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia para aquellas entidades que soliciten Procesos de Reorganización Institucional (PRI) a las cuales, el plazo de diez (10) años se cuenta a partir de la aprobación de la entidad de control.

El **Decreto número 682 de 2018** (51) establece las condiciones para la autorización de funcionamiento, habilitación y permanencia de las EPS y mantiene para las nuevas entidades o entidades en procesos de reorganización institucional, las condiciones financieras y de solvencia.

En 2018, se aprueba la **Ley 1929** (52), a través de la cual se autoriza la disposición temporal, hasta por cinco años, de un porcentaje de los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante (FOSFEC) administrado por las Cajas de Compensación Familiar para el saneamiento

de pasivos por la prestación de servicios de salud o al cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia aplicables a las EPS, según contaran con programas de salud del régimen subsidiado o participaran en el aseguramiento en salud.

El **Decreto número 1424 de 2019** (53), a través del cual se modifica la asignación de afiliados cuando se produzca la liquidación o retiro de las EPS, dispuso para las entidades receptoras de afiliados la disminución temporal del porcentaje del patrimonio adecuado definido para los ingresos operacionales, en función de la variación anual en el número de afiliados hasta el 31 de diciembre, con la correlativa obligación de incrementarlo en 0.5 puntos porcentuales para alcanzar el tope del 8%; y, por efecto de la movilidad, exime a las EPS del régimen subsidiado del cumplimiento de las condiciones de habilitación del régimen contributivo, entre otros, el capital mínimo, pero respecto de estos afiliados deben cumplir las reservas y régimen de inversiones, regla que también aplica para las EPS del régimen contributivo respecto de los afiliados del régimen subsidiado en movilidad, siempre que no supere el 30% del total de afiliados.

El **Decreto número 1683 de 2019** (54) adiciona como inversiones computables de las reservas técnicas el valor radicado por recobros entre el 1° de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2019, respecto del cual no exista o no se haya notificado el resultado definitivo, las participaciones en fondos de inversión colectiva abiertos sin pacto de permanencia y, redefine los límites; faculta a la Superintendencia Nacional de Salud para descontar el efecto del deterioro de las cuentas por cobrar por lo No PBS en la acreditación del capital mínimo y del capital primario, hasta el 31 de diciembre de 2020.

Con el **Decreto número 600 de 2020** (55) se autoriza a las EPS para que, durante el término de la emergencia sanitaria por COVID-19, utilicen los recursos de las reservas técnicas invertidos en depósitos a la vista, títulos de renta fija y títulos de deuda pública interna para el pago de deudas o cuentas por pagar de servicios de salud cubiertos con la UPC, registrados como reserva técnica.

Mediante el **Decreto número 1711 de 2020** (56) se amplía el plazo para el cumplimiento de las condiciones de autorización y habilitación, pero se salvaguardan los términos establecidos para las condiciones de carácter financiero y del margen de solvencia.

A través del **Decreto número 1811 de 2020** (57) se amplía el plazo al 31 de diciembre de 2021 para que la Superintendencia descuenta el efecto del deterioro de las cuentas por cobrar por lo No PBS en la acreditación del capital mínimo y del capital primario.

El **Decreto número 709 de 2021** (58) establece como requisito para que las EPS sean receptoras de afiliados asignados, por efecto de la liquidación ordenada o autorizada de otras entidades, el

cumplimiento del capital mínimo y del patrimonio adecuado, según la certificación expedida por la Superintendencia Nacional de Salud.

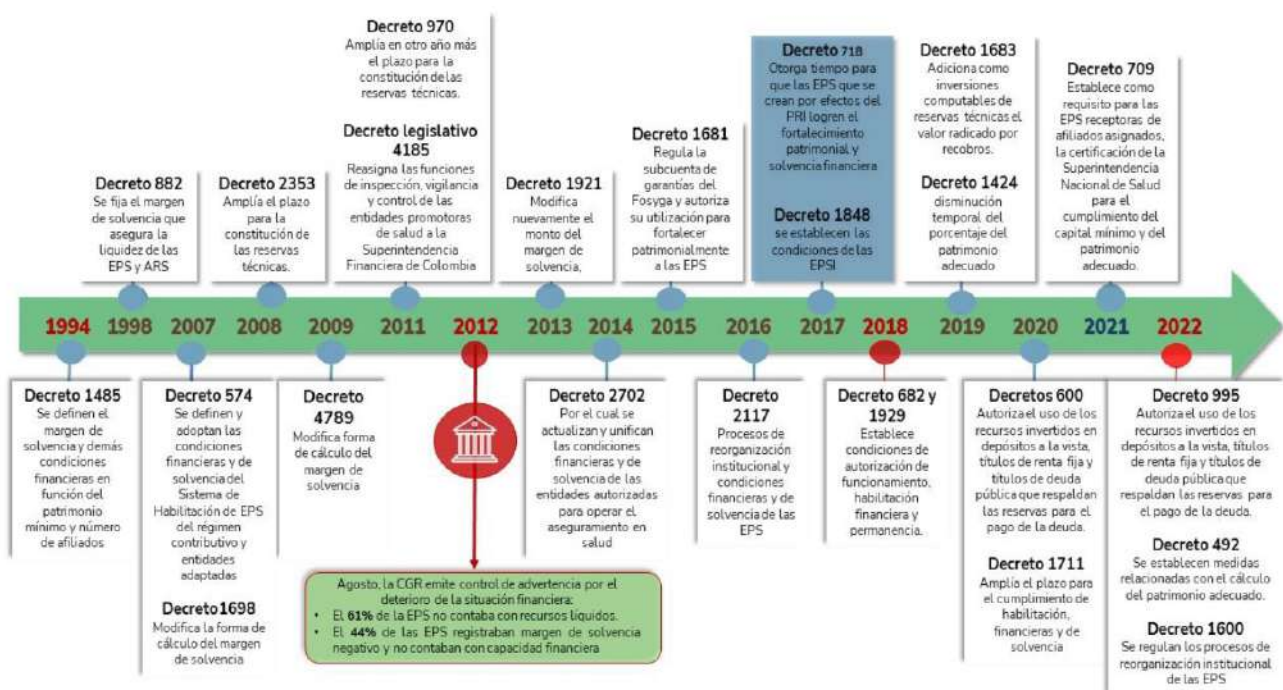
Decreto número 995 del 13 de junio de 2022 (59), el cual adiciona como inversión computable de las reservas técnicas, aplicable también a las EPSI, los denominados “*Certificados de los recursos de Unidad de Pago por Capitación (UPC), apropiados por las Entidades Promotoras de Salud y que no han sido distribuidos por la ADRES suscritos por el representante legal de ADRES*”, los cuales computarán por su valor inicial; también adiciona para las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI) como inversión computable los certificados de reconocimiento de deuda por servicios No PBS emitidos por la ADRES y, nuevamente, autoriza a las EPS que presentan una concentración de deuda mayor al 15% en acreencias que superan los 180 días, para que utilicen, por una única vez y a más tardar el 30 de junio, los recursos de las reservas técnicas invertidos en depósitos a la vista, títulos de renta fija, fondos de inversión colectiva y títulos de deuda pública interna para el pago de deudas o cuentas por pagar de servicios de salud cubiertos con la UPC, registrados como reserva técnica, previa evidencia y solicitud de un plan de pagos por la Superintendencia Nacional de Salud.

Decreto número 1492 de 2022 del 3 de agosto (60), para las entidades receptoras de afiliados, desde el 1° de enero de 2019 al 31 de julio de 2022, modifica la disminución temporal del porcentaje del patrimonio adecuado definido para los ingresos operacionales, en función de la variación anual en el número de afiliados, señalando nuevos

intervalos e incrementando el porcentaje con la correlativa obligación de incrementarlo en un (1) punto porcentual cada año para alcanzar el tope del 8% en el año 2027; no incluye y deja a la discrecionalidad de la Superintendencia Nacional de Salud el señalamiento de la forma como se deben reflejar en el cálculo del patrimonio adecuado, los recursos provenientes de los presupuestos máximos; establece una gradualidad para la inclusión de los recursos adicionales de UPC correspondientes a inclusiones de planes de beneficios que eran financiadas con presupuestos máximos en el cálculo del patrimonio adecuado; establece la regla de no inclusión en el capital mínimo, patrimonio técnico y de las inversiones que respaldan las reservas técnicas el valor correspondiente al déficit de los costos por servicios y tecnologías financiados con presupuestos máximos y el valor efectivamente recibido por este concepto; y, faculta a la Superintendencia para descontar en la verificación de las condiciones de capital mínimo y capital primario, el valor correspondiente al deterioro de las cuentas por cobrar por prestaciones No PBS.

Decreto número 1600 del 5 de agosto de 2022 (61), al regular nuevamente los procesos de reorganización institucional de las EPS, previó que la nueva entidad que se cree por efecto de la fusión, escisión o creación como resultante de estos procesos, si bien debe cumplir con el capital mínimo exigido para todas las entidades, el cumplimiento del patrimonio adecuado, reserva legal y reservas técnicas estará sujeto a las condiciones financieras y de solvencia del plan de reorganización institucional que le sea aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud.

Figura 4. Normatividad de condiciones financieras de las EPS



Fuente: Elaboración propia

Cuestionamientos a la normatividad

a. Memorandos de advertencia de la Contraloría General de la República

La Contraloría General de la República (CGR) ha emitido memorandos de advertencia, entre los cuales se destacan, los emitidos en las fechas: agosto 9 de 2012 sobre situación financiera de las EPS, Vigencia 2011, y el 11 de julio de 2014 Función de Advertencia por Incumplimiento de Decretos número 574 de 2007 y Decreto número 4185 de noviembre 3 de 2011, y omisión de seguimiento a función de advertencia 2012EE53867; en los cuales se reitera la crisis sistémica en ambos regímenes de salud, sin avizorar medidas de parte del Gobierno nacional para su resolución.

Asimismo, la CGR cuestionaba la flexibilización de las normas y el pasar por alto acuerdos internacionales como el de Basilea:

“...en el caso del Sector Salud se ha buscado flexibilizar los requisitos de cumplimiento, creando regímenes de transición, a través de sucesivas reformas al Decreto 574 de 2007, como si estos fueran meras formalidades”.

“Resulta que la realidad operacional es neutra, es apolítica, es implacable y es inexorable. Al alterar artificialmente (con todas las formalidades legales) los requisitos no implica que la realidad operacional se va a ajustar a éstos; todo lo contrario va a suceder: crecerá la frecuencia de negación de servicios, se dilatarán más las aprobaciones, crecerán en general todas las prácticas que muestran un crecimiento cada vez mayor en los “RPQ” reportados y, a su vez, crecerá el saldo insoluto de las deudas por pagar a los proveedores (62)” (...)

b. Fallos del Tribunal Administrativo de Cundinamarca

El Tribunal Administrativo de Cundinamarca Sección Primera Subsección “A” en el fallo del 10 de abril de 2019, expediente 25000-23-24-000-2017-00885-00, y luego de un trámite exhaustivo, el cual contó con la participación de la Procuraduría General de la Nación y la Contraloría General de la República, identifica varias situaciones cuestionables relacionadas con la normatividad expedida, entre las cuales se destacan: la participación de particulares en la expedición de esta regulación, la flexibilización de los requerimientos financieros y de solvencia, los hechos que se facilitaron con esta normatividad, especialmente la vulneración de los derechos e intereses colectivos al patrimonio público y al acceso al servicio público a la salud y a que su prestación sea eficiente y oportuna.

Seguidamente se detallan los apartes del fallo más relevantes relacionados con las normas en comentario.

En el fallo se relatan los hechos que facilitaron la expedición de estas normas, al afirmar:

“El Decreto número 2117 del 22 de diciembre de 2016 en su artículo 1° modificó el artículo 2.1.13.9 de Decreto número 780 de 2016, y el Decreto número 718 del 4 de mayo de 2017 adicionó dos párrafos al

artículo .1.13.9 del Decreto número 780 del 2016, el cual fue modificado por el Decreto número 2117 del 2016.

El Decreto número 718 de 2017 fue expedido con anterioridad a la creación de Medimás EPS. En tal sentido, dicha EPS fue cobijada con las dos modificaciones, es decir que Cafesalud EPS no requerirá cumplir con el requisito de participación en el capital de la entidad resultante del proceso de reorganización (Medimás), y que adicionalmente Medimás podía presentar propuesta para el cumplimiento de condiciones financieras y de solvencia durante un plazo de cumplimiento de hasta 10 años contados a partir de la aprobación del plan de ajuste que realice la Superintendencia Nacional de Salud”.

“Medimás encontró el respaldo jurídico que le permitió desprenderse de la participación accionaria de Cafesalud EPS, contar con el término de 10 años, desde el 1° de agosto de 2017 para el cumplimiento de las condiciones financieras y de solvencia durante un plazo de cumplimiento de hasta 10 años. (37)”.

Este fallo del Tribunal Administrativo de Cundinamarca da cuenta de la participación de particulares en la expedición de esta regulación y de cómo se “flexibilizan” los requerimientos de patrimonio adecuado, entre otros:

“Por otra parte, el señor Augusto Acosta, en su testimonio manifestó que participó en la estructuración de los decretos modificatorios del Decreto número 2117 de 2016, señalando (37):

“(...) Posteriormente también tuve la oportunidad de hacer aportes profesionales en lo que fue el Decreto 2117 del año 2016, que flexibilizó de alguna manera la forma como las EPS debían cumplir con los requerimientos de aportes de capital para cumplir con la norma de patrimonio adecuado y de recursos de liquidez para cumplir con la norma del 2702 referida a la liquidez de las reservas técnicas que tendrían que tener las EPS. Finalmente como parte pues de este proceso de actualización de la regulación respecto de normas de habilitación financiera, tuve también la oportunidad de conocer y participar de alguna manera indirecta en la preparación del Decreto número 718 del año 2017 que completó en alguna forma la regulación correspondiente a la manera como la EPS podían reorganizarse en su estructura societaria, podían facilitarse también algunas transferencias de propiedad y se podía dar la oportunidad para que los distintos interesados fueran sus actuales accionistas o fueran otros, pudieran repito ir recuperando paulatinamente los indicadores de solvencia financiera y de liquidez de reservas técnicas que eran necesarios” (37).

“Así, se encuentra probado que LAZARD S.A.S. junto con sus asesores tuvieron reuniones con el Ministerio de Salud y de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud en la estructuración de la transacción para la venta de

los activos de Cafesalud. Por otra parte el señor Augusto Acosta al tiempo que se desempeñaba como consultor de LAZARD S.A.S. también participó en las reuniones para la preparación del Decreto número 718 de 2017 modificatorio del Decreto número 2117 de 2016 (en el cual también había participado en su construcción en los términos descritos en el testimonio). (37).

Como se analizará en detalle más adelante, tal aspecto cobra especial trascendencia si se tiene en cuenta que la modificación introducida en el Decreto número 718 de 2017 habilitó legalmente a la reorganización institucional de Cafesalud en los términos pretendidos por Saludcoop en Liquidación y por su equipo asesor desde el diseño del Reglamento de Venta” (37).

“En ese orden, si para la estructuración del proceso de venta diseñado por LAZARD S.A.S. y su equipo asesor, y aprobado por Saludcoop EPS, se llevaron a cabo reuniones con la Superintendencia Nacional de Salud y con el Ministerio de Salud y de la Protección Social, es difícil desligar de las resultas de estas reuniones la expedición del Decreto número 718 de 2017 como la Circular número 00005 de 2017, que habilitaron jurídicamente el proceso de reorganización institucional de Cafesalud EPS, en los términos que previamente habían sido diseñados por los intervinientes en la estructuración del negocio” (37).

La principal conclusión del Tribunal se hace explícita así:

“En conclusión, la Sala evidencia que la vulneración de los derechos intereses colectivos al patrimonio público y al acceso al servicio público a la salud y a que su prestación sea eficiente y oportuna, tiene su origen en la expedición del artículo 1° del Decreto número 718 de 2017 que adicionó el artículo 2.1.13.9 del Decreto número 780 de 2016” (37).

Asimismo, el fallo define, entre las responsabilidades de los demandados, en la vulneración de derechos e intereses colectivos, la siguiente:

“a) MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

El Gobierno nacional - Ministerio de Salud y de la Protección Social es responsable de la vulneración al expedir el Decreto número 718 de 2017, que constituyó la génesis de la vulneración sistemática de los derechos e intereses colectivos al patrimonio público, y al acceso al servicio público a la salud y a que su prestación sea eficiente y oportuna, al facilitar el marco legal con el cual se permitió la reorganización institucional de Cafesalud ES en los términos pretendidos por Saludcoop EPS en liquidación, y que ya fue objeto de pronunciamiento por la Sala.

Nótese que la expedición de este decreto fue posterior a las reuniones sostenidas entre el Ministerio junto con la Superintendencia Nacional de Salud, y Saludcoop EPS con su equipo asesor,

para aclarar y definir los temas concernientes al proceso de venta de activos, pasivos y contratos de Cafesalud EPS y de las acciones de ESIMED S.A., sin que pueda desconocerse la relación entre tales reuniones y la norma expedida por parte del Ministerio” (37).

Finalmente, el fallo del Tribunal destaca en su parte resolutive, lo siguiente:

“SEGUNDO: DECLARAR que con la expedición del artículo 1° del Decreto número 718 de 2017 que adicionó el artículo 2.1.13.9 del Decreto número 780 de 2016, se vulneraron los derechos e intereses colectivos al patrimonio público y al acceso al servicio público a la salud y a que su prestación sea eficiente y oportuna.

Sería del caso anular la referida norma, si no fuera por la prohibición prevista en el inciso 2° del artículo 144 del CPACA. En su lugar, INSTASE al Gobierno nacional - Ministerio de Salud y de la Protección Social a revocar, derogar o demandar el artículo 1° del Decreto número 718 de 2017 que adicionó el artículo 2.1.13.9 del Decreto número 780 de 2016” (37).

c. Eficacia de la figura del Plan de Reorganización Institucional (PRI) y Plan de Ajuste Financiero

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que han estado ejecutando Plan de Reorganización Institucional o Plan de Ajuste Financiero, en su gran mayoría han empeorado su operación, incluso entraron en proceso de liquidación Coomeva, Cafesalud y Medimás EPS, así mismo las EPS Asmetsalud, Ecoopsos y Emssanar, con corte a diciembre de 2022, están categorizadas en alto riesgo por la Superintendencia Nacional de Salud.

Es evidente la poca eficacia de estos planes y los riesgos que está asumiendo el Estado colombiano al otorgar más plazos a las EPS para que cumplan con los indicadores financieros y de solvencia.

5.2 Cumplimiento de los indicadores financieros

El Decreto número 780 de 2016, y sus múltiples modificaciones y ajustes ya mencionados, estableció cuatro condiciones financieras y de solvencia de obligatorio cumplimiento por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS):

- a. Capital mínimo
- b. Patrimonio adecuado
- c. Constitución de reserva técnica
- d. Régimen de inversión que respalda la reserva técnica

Las EPS que se encuentran en Planes de ajuste y reorganización institucional, tienen un tratamiento especial para el cumplimiento de dichas condiciones.

El reporte presentado por la Superintendencia Nacional de Salud se basa en los reportes que las EPS hacen de sus estados financieros; el corte a marzo de 2024 (63), muestra que pese a la flexibilidad, el deterioro es progresivo.

Tabla 6. Indicadores financieros de las EPS 2020-2024

	CAPITAL MÍNIMO					PATRIMONIO ADECUADO					RÉGIMEN DE INVERSIÓN DE RESERVA TÉCNICA				
	Dic. 2020	Dic. 2021	Dic. 2022	Dic. 2023	Mar. 2024	Dic. 2020	Dic. 2021	Dic. 2022	Dic. 2023	Mar. 2024	Dic. 2020	Dic. 2021	Dic. 2022	Dic. 2023	Mar. 2024
EPS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO															
Aliansalud EPS	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Comfenalco Valle EPS	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO
Compensar EPS	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO
Salud Total EPS	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Salud Mía EPS	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Salud Bolívar EPS	-	-	SÍ	SÍ	SÍ	-	-	SÍ	SÍ	SÍ	-	-	-	SÍ	SÍ
EPS Sura	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
EPS Sanitas	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	NO
EPS RÉGIMEN SUBSIDIADO															
Famisanar EPS	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Servicio Occidental de Salud EPS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Ferrocarriles Nacionales	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
EPM	SÍ	NO	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	NO
Comfaoriental EPS	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ
Capital Salud EPS	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Comfachocó EPS	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO
Savia Salud	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Capresoca	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
EPS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO															
Mutualser EPS	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Coosalud EPS	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO
EPS CON PLAN DE REORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL Y/O PLAN DE AJUSTE FINANCIERO															
Cajacopi	-	-	SÍ	SÍ	SÍ	-	-	SÍ	SÍ	SÍ	-	-	-	NO	NO
EPS Familiar de Colombia	-	-	SÍ	SÍ	SÍ	-	-	SÍ	SÍ	SÍ	-	-	SÍ	SÍ	SÍ
Nueva EPS	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Emssanar EPS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Asmet Salud EPS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO

Fuente: Elaboración propia con información de la Superintendencia Nacional de Salud.

Como puede observarse, ha sido progresivo el incumplimiento de los indicadores, donde más se concentra es en régimen subsidiado, en las EPS con plan de reorganización institucional y el indicador de mayor incumplimiento es el régimen de inversión de reservas técnica y en segundo lugar en patrimonio adecuado.

5.3 Proyecciones de cumplimiento de indicadores financieros

Con base en el comportamiento financiero de las EPS entre el periodo 2018 – marzo de 2024 se realiza la proyección de tendencia que tendrán sus indicadores financieros para los próximos años. La metodología para la estimación de los indicadores se basa en información que proviene del catálogo de cuentas de las EPS publicado por la Superintendencia Nacional de Salud, se utilizaron

los datos entre 2018 y 2020 como base para los pronósticos de cada indicador. El pronóstico se realizó mediante la fórmula pronostico.est , que está basado en un algoritmo de suavizado exponencial triple, tomando los valores para los años entre 2018 y 2024 como base de cálculo de la tendencia que tendría el indicador en los próximos 5 años.

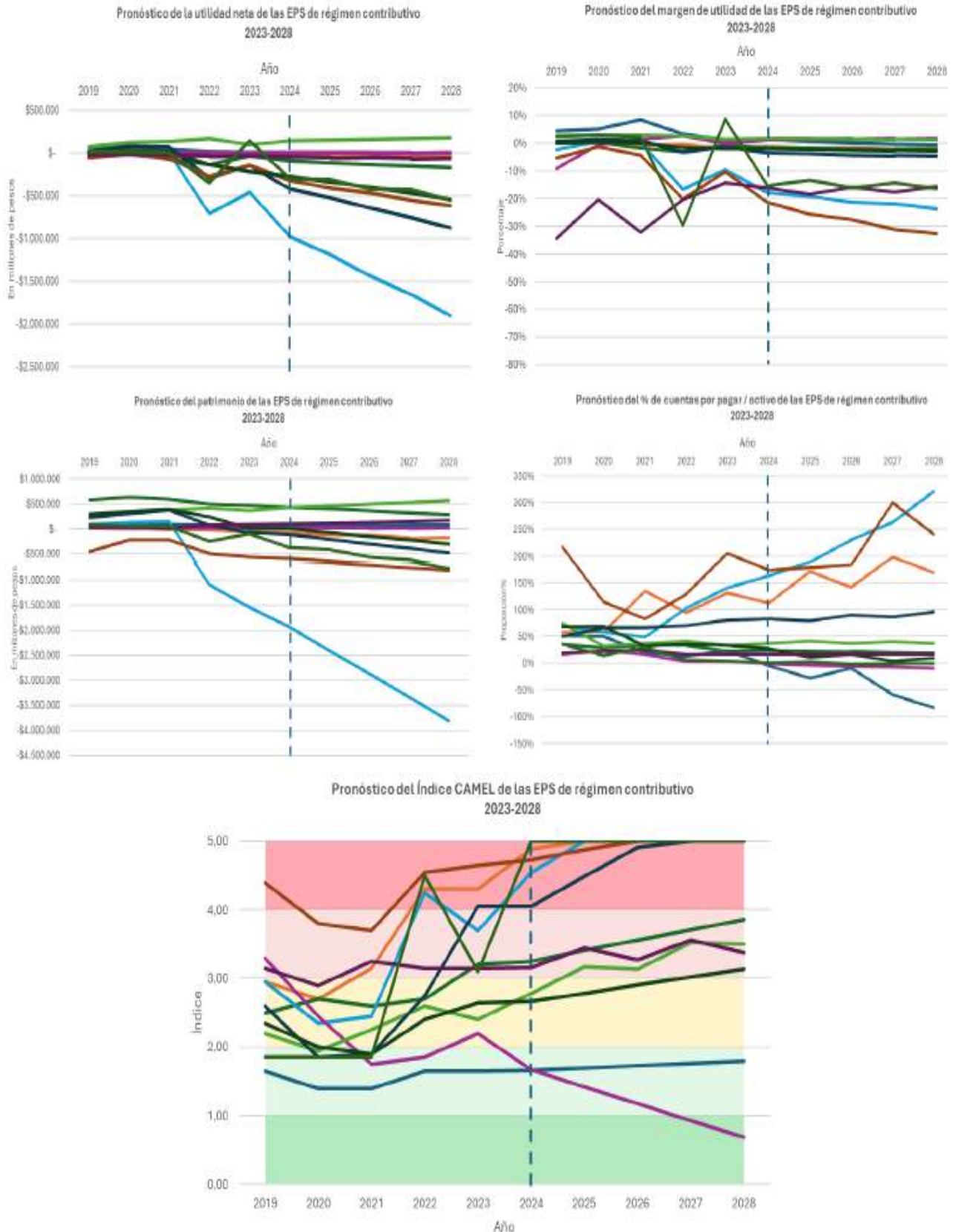
Las EPS se ordenan en cuatro grupos: Régimen Contributivo RC (9 EPS), régimen subsidiado RS (5 EPS), cajas de compensación familiar con programa de salud en RS (4 EPS) y EPS que operan en los dos regímenes de salud (3 EPS).

Se analizan cuatro indicadores para cada EPS en cada grupo y el índice de CAMEL de riesgo financiero:

1. Utilidad neta. Valor apropiado por encima de 0

2. Margen de utilidad. Valor apropiado por encima de 0
3. Patrimonio. Valor apropiado por encima de 0
4. % de cuentas por pagar / activo. Valor apropiado por debajo de 0%
5. El indicador CAMEL¹¹ de riesgo financiero. Menor a 1 = Muy bajo riesgo; entre 1 y 2 = Bajo riesgo; entre 2 y 3 = Riesgo medio; entre 3 y 4 = Riesgo alto; mayor a 4 = Muy alto riesgo.

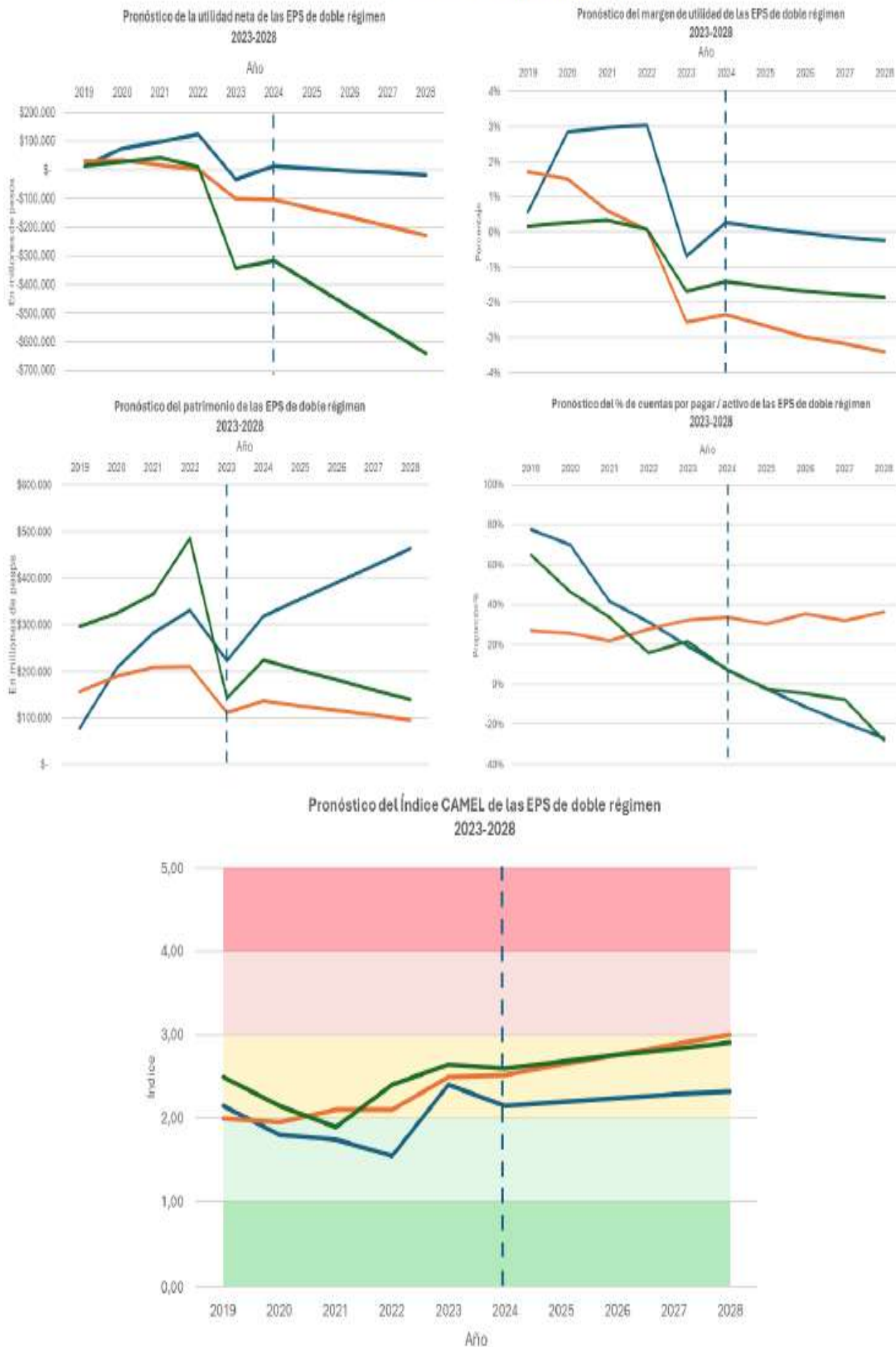
Tabla 7. Pronóstico de la utilidad neta, margen de solvencia, patrimonio adecuado, % de cuentas por pagar e índice de CAMEL de las EPS del Régimen Contributivo



Fuente: Elaboración propia

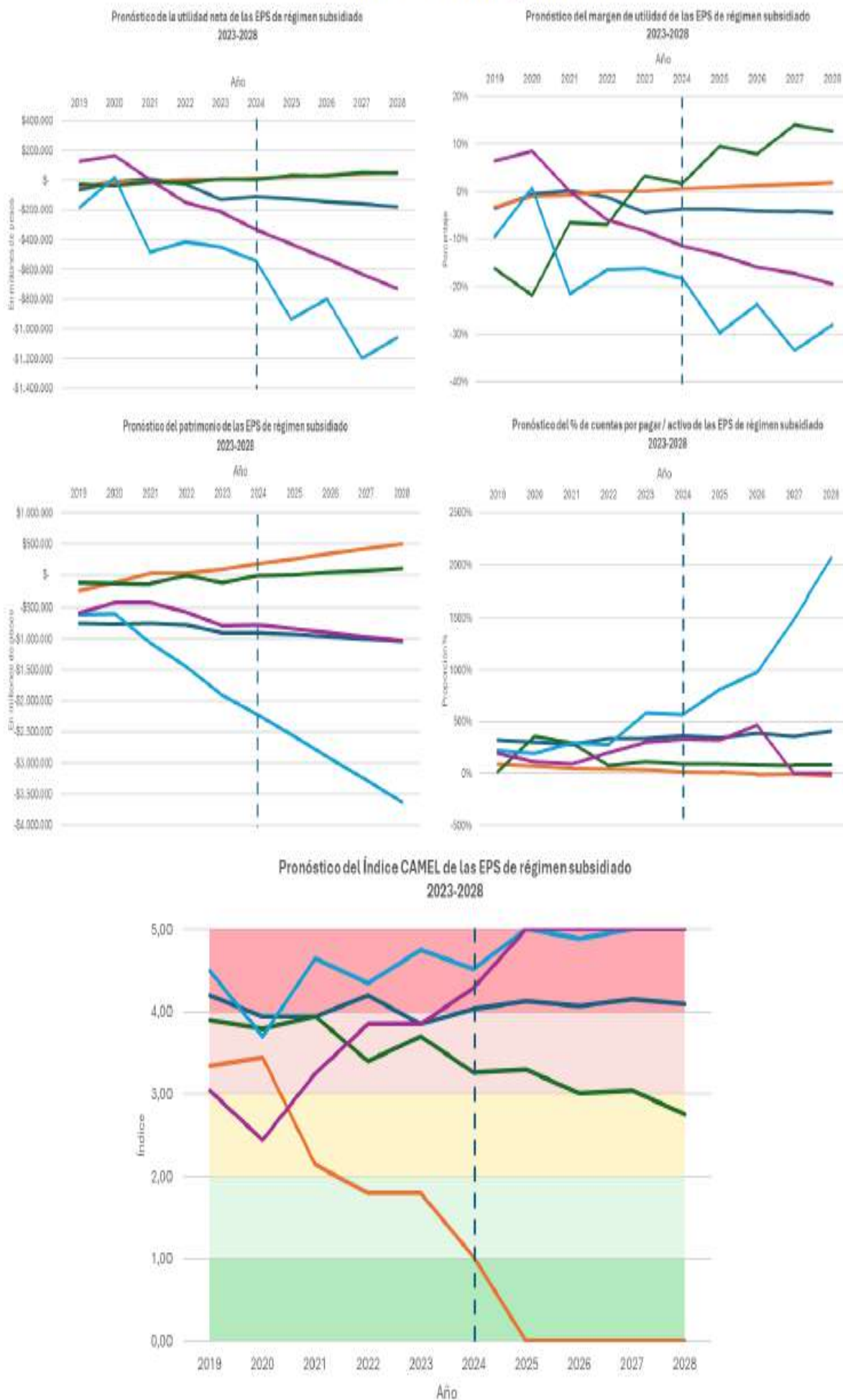
¹¹ CAMEL obedece a las cinco categorías de evalúa: Capital (C), calidad del activo (A), administración (M), rentabilidad (E) y liquidez (L).

Tabla 8. Pronóstico de utilidad neta, del margen de utilidad, patrimonio, % de cuentas por pagar e índice de CAMEL de EPS de doble Régimen



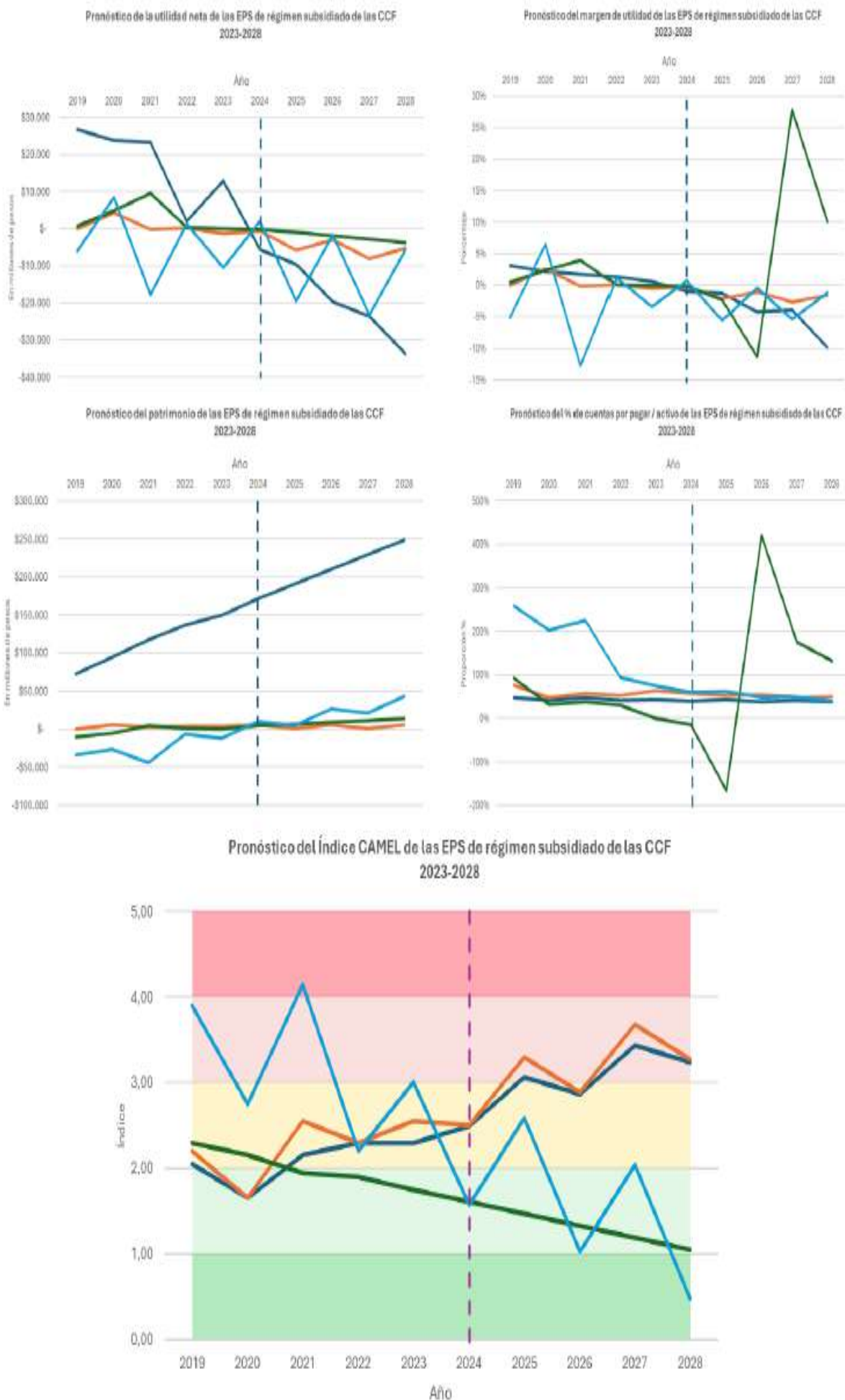
Fuente: Elaboración propia

Tabla 9. Pronóstico de utilidad neta, margen de utilidad, patrimonio, % de cuentas por pagar e índice de CAMEL de las EPS del Régimen Subsidiado



Fuente: Elaboración propia

Tabla 10. Pronóstico de utilidad neta, margen de utilidad, patrimonio, % de cuentas por pagar e índice de CAMEL del Régimen Subsidiado de las Cajas de Compensación



Fuente: Elaboración propia

Los resultados centrales del análisis son:

a. En el grupo de 9 EPS del Régimen Contributivo, se observa: una tendencia general a la pérdida en los próximos 5 años, aunque algunas mantengan patrimonios positivos, la capacidad de contar activos para solventar las cuentas por pagar se incumplen en la mayoría. El índice de riesgo financiero muestra una tendencia de deterioro en 7 de ellas. Este grupo tiene un comportamiento diverso, pero existe una fuerte tendencia a la inviabilidad.

b. En el grupo de las 3 EPS que operan en ambos regímenes de salud: es el grupo que muestra los mejores resultados en la tendencia, observándose que las 3 entidades tienen indicadores de sostenibilidad y bajo riesgo financiero en la tendencia.

c. En el grupo de las 5 EPS del Régimen Subsidiado, las tendencias muestran: al menos 3 de 5, tienen indicadores de inviabilidad actual y futura: pérdidas sostenidas, patrimonio negativo, incapacidad de pago de cuentas, y se ubican en la franja “roja” de inviabilidad por alto y muy alto riesgo financiero. En su conjunto este grupo resulta con tendencia a la inviabilidad franca.

d. En el grupo de las 3 EPS de las Cajas de Compensación Familiar con Régimen Subsidiado, 2 muestran tendencias similares a las del grupo anterior.

6. Integración vertical, sobrecostos y opacidad de la información

La integración vertical es el mecanismo mediante el cual procesos productivos realizados por un tercero se incorporan en una firma; en el caso del sistema de salud colombiano, este proceso se evidencia en la integración del aseguramiento (EPS) y la prestación de servicios (IPS), dicho de otro modo, este proceso permite que las EPS se encarguen tanto de la administración del riesgo financiero y gestión del riesgo en salud como de la prestación de servicios de salud, provisión de medicamentos y tecnologías en salud e incluso, de la prestación de servicios no misionales como aseo y seguridad.

La literatura económica ha favorecido e incentivado este tipo de conductas, ya que resultan convenientes al permitir el acceso a tarifas favorables, la eliminación de costos de intermediación, la ganancia en la capacidad de negociación y la reducción en la dependencia de terceros; sin embargo, este proceso ha traído importantes distorsiones en el sistema de salud como lo son la reducción de los prestadores de servicios de salud, la concentración de los servicios de salud de mediana y alta complejidad en las ciudades principales y zonas de alta capacidad de pago y el volcamiento de la inversión en hospitales y clínicas privadas de alto nivel asociadas a EPS con planes complementarios y empresas de medicina prepagada.

Así mismo, ha producido el debilitamiento de la red pública hospitalaria como consecuencia de la contratación privilegiada y la prelación en el pago a los prestadores que hacen parte de la integración,

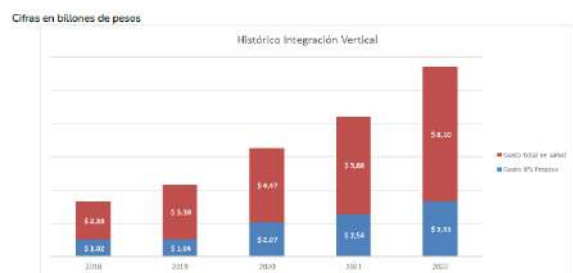
con el asociado desmantelamiento de los centros de atención primaria y pérdida de su poder resolutivo debido al traslado de procedimientos y servicios a centros especializados o de mediana complejidad.

Aunque este comportamiento ha resultado lesivo para los prestadores que no se encuentran vinculados a las EPS especialmente para las Empresas Sociales del Estado (ESE), solo existen dos medidas regulatorias que mitigan el alcance de la integración vertical. En primer lugar, el artículo 15 de la Ley 1122 de 2007 que establece que “Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud” con la respectiva definición de IPS propia en el artículo 5° de la Resolución número 1424 de 2008 como “la situación de la sociedad IPS, frente a la EPS ya sea en razón a que ostente la calidad de subordinada, o bien, porque exista vinculación a un grupo empresarial, de conformidad con las nociones del Código de Comercio” ; y en segundo lugar, el artículo 16 de la Ley 1122 de 2007 donde se establece para el régimen subsidiado que “Las EPS contratarán de manera obligatoria y efectiva con empresas sociales del Estado ESE, como mínimo, el 60% del gasto en salud”.

Si bien estas medidas generan controles frente a la subordinación y el mínimo del gasto destinado a las ESE, deja por fuera la posibilidad de participaciones accionarias inferiores al 50% sobre las IPS y el hecho de que las IPS puedan ser accionistas de las EPS, situaciones que pueden exponer a posibles conflictos de interés en la contratación de servicios.

Según las cifras reportadas por las EPS a la Superintendencia de Salud frente al gasto en integración vertical, este rubro se triplicó en el periodo comprendido entre 2018 - 2022, representando para el 2022 cerca de \$3,31 billones de pesos, frente a los \$8,1 billones que las EPS que integran verticalmente destinaron para el gasto en salud, no obstante, esta cifra puede estar subestimada por falta de información dado el carácter de autorreporte por parte de las EPS, como es el caso del año 2019, donde no se cuenta con el reporte de la EPS Sanitas.

Figura 5. Histórico de integración vertical total



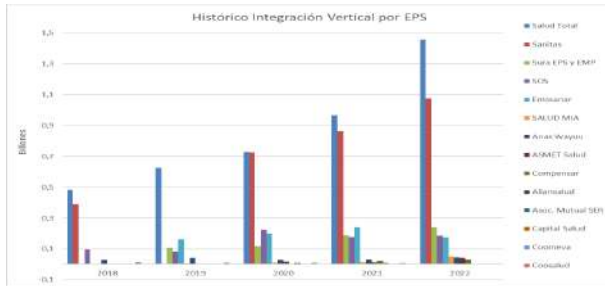
Fuente: Elaboración propia con cifras reportadas por las EPS a la Superintendencia Nacional de Salud

Entre el 2018-2022, 16 EPS reportaron rubros de integración vertical bajo las condiciones de IPS propia mencionadas, siendo Salud Total, Sanitas y Sura las EPS que integran el mayor valor. Sin embargo, al observar el porcentaje del gasto en salud para el año 2022, Salud Mía encabeza el listado con un gasto en salud con IPS propias del 69%, seguido

de Salud Total con el 29%, Anas Wayuu con el 19%, SOS con el 16% y Sanitas con el 15%.

Figura 6. Histórico de Integración Vertical por EPS

Cifras en billones de pesos



Fuente: Elaboración propia con cifras reportadas a la Superintendencia Nacional de Salud.

La práctica de integración vertical entre Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) ha emergido, de facto, como una contravención explícita al principio de ‘libre escogencia’ por parte de los usuarios, un argumento fundamental utilizado para justificar la privatización del sistema de salud. Asimismo, se ha convertido en un vehículo para la transferencia de utilidades –con grados variables de legalidad, llegando incluso a la ilegalidad– desde las EPS hacia sus entidades afiliadas.

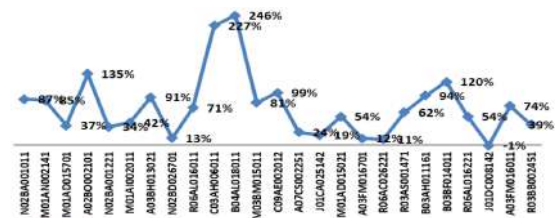
En situaciones donde la integración vertical resulta evidente o incómoda, a las EPS les ha bastado con modificar el nombre y, ocasionalmente, la composición accionaria de las entidades subsidiarias en una notaría, para declarar la inexistencia de integración vertical de negocios. Esta maniobra ha sido viable gracias a la falta de una normativa que regule los comportamientos corporativos monopólicos, prohibiendo legalmente la propiedad cruzada de empresas o la participación de socios y familiares en distintas entidades de la cadena de servicios e insumos de salud –una regulación crucial para prevenir genuinamente la integración vertical en el sector– (64).

La Contraloría General de la República califica a la integración vertical como una “apropiación indebida de recursos destinados a la atención en salud por parte de los operadores del sistema”. Estos recursos, según señala, se utilizan para adquirir bienes, relacionados o no con la prestación del servicio, directamente a nombre del operador privado, sin esperar a determinar si se generan utilidades al final del ejercicio fiscal. Además, destaca que las EPS frecuentemente se surten de sociedades comerciales pertenecientes a familiares de sus administradores, incrementando así el costo final de la atención en salud (65).

La preocupación central con el fenómeno de la integración vertical radica en que algunas entidades, tanto del Régimen Contributivo como del Subsidiado que tienen integración, adoptan comportamientos rentistas; los cuales más que centrarse en la utilidad de la EPS, lo hacen en la rentabilidad de negocios integrados verticalmente, como la captación con

entidades propias, la compra de medicamentos o insumos, y la contratación de servicios adicionales como ambulancias, lavanderías, vigilancia, entre otros. La Universidad Nacional de Colombia encontró que las EPS con mayores sobrecostos eran cooperativas que poseían tanto su red de prestadores como las empresas suministradoras de medicamentos; en el caso SaludCoop se encontró un sobreprecio de los medicamentos más usados entre el 13 y el 231%, como se muestra en la siguiente figura (66).

Figura 7. Proporción sobre el precio promedio registrado de medicamentos de mayo consumo de Saludcoop S.A. por el total de EPS



Fuente: Universidad Nacional de Colombia (2011).

Fuente: Universidad Nacional de Colombia (2011).

El estudio de la Universidad Nacional subraya que la información reportada por las EPS requiere mayor detalle de sobre servicios y costos, toda vez que las agrupaciones encontradas invisibilizan información crucial de frecuencias y costos reales; los déficits de información son particularmente cuestionables en entidades con una marcada integración vertical o corporativa en la cual las compras están centralizadas e integradas y las transacciones realizadas dentro de este marco de integración vertical no pasan por mecanismos de competencia del mercado, eliminando la garantía de negociaciones a precios óptimos. Este enfoque rentista, lejos de motivar el control de gastos, promueve un incremento de aquellos que generan rentabilidades en las empresas integradas verticalmente (66).

En 2011, la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) sancionó a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI) y varias EPS (Resolución número 46111 de 2011) por conductas constitutivas de afectación a la debida transparencia en el mercado de aseguramiento en salud, como fue la existencia de un acuerdo anticompetitivo llevado a cabo por las EPS agremiadas en ACEMI, cuyo objeto fue impedir la debida transparencia en el mercado de aseguramiento en salud.

Así mismo, se comprobó que las EPS agremiadas en ACEMI y la agremiación misma crearon un mecanismo tendiente a fijar la Unidad de Pago por Capitación (UPC), y por tanto definieron indirectamente el precio de aseguramiento en salud.

La decisión de la SIC se fundamentó en el Decreto número 1663 de 1994, que contiene los acuerdos contrarios a la libre competencia en el mercado de servicios de salud. Uno de ellos son los que tengan como objeto o como efecto abstenerse de

proveer a los usuarios o al SGSSS de información no reservada sobre la prestación de los servicios de salud, así como cualquier intento de ocultar o falsear la información y en general de impedir la debida transparencia en el mercado de los servicios de salud.

La norma reprocha cualquier acuerdo entre competidores de este mercado, a través del cual se intente ocultar o falsear la información relacionada con la prestación de los servicios de salud, ya sea a las autoridades del SGSSS, con quienes tienen una especial obligación de reportar información para el desarrollo de sus funciones y el consecuente adecuado funcionamiento del mercado, así como a sus usuarios. También se prohíbe que los actores en el mercado de salud efectúen acuerdos que tengan como objeto o como efecto impedir la debida transparencia en el mercado de los servicios de salud.

La exposición de mecanismos, tanto legales como ilegales, de “transferencia de precios o utilidades” a través de entidades integradas vertical u horizontalmente, como en los casos públicamente conocidos de sobrefacturación en medicamentos por Saludcoop, o las EPS con negocios de salud prepagada, motivó a la Corte Constitucional a convocar, en mayo de 2012, una audiencia de rendición de cuentas sobre el cumplimiento de la Sentencia T-760. Dicha sentencia establece la obligación del Estado colombiano de garantizar el derecho a la salud mediante la cobertura universal y la igualación de los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Tras las exposiciones del Gobierno, entidades y organizaciones sociales, la Corte Constitucional resaltó en sus conclusiones la identificación de diversas causas generales que comprometen los recursos destinados a la salud, entre ellas, un alto grado de corrupción, la prevalencia de intereses particulares sobre el interés general, debilidades en el control estatal y manejo administrativo ineficiente. De igual manera, se señalaron causas específicas, como el cobro de comisiones indebidas, la presentación de cuentas a nombre de personas inexistentes, la falta de una base de datos unificada, incrementos dolosos en los valores de medicamentos y procedimientos no incluidos en el entonces Plan Obligatorio de Salud (POS), recobros por insumos y medicinas no utilizados o entregados, pagos por servicios no incluidos en el POS y obtenidos supuestamente por tutelas inexistentes, y el recobro de medicamentos e insumos de contrabando, entre otros.

No obstante, los antecedentes normativos y jurídicos en relación con la transparencia de la información y los efectos de la integración vertical, los insumos suministrados por las EPS para el cálculo de la UPC se han deteriorado en calidad y cantidad en los últimos años.

En 2023, el Ministerio de Salud y Protección Social mediante rueda de prensa presentó el análisis

financiero y las ganancias obtenidas por las empresas integradas al Grupo Sanitas y solicitó levantar el velo corporativo de la Empresa Promotora de Salud (EPS) Sanitas, con el fin de conocer en detalle de qué manera este operador maneja e invierte los dineros que reciben del Presupuesto General de la Nación, a través de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y los Presupuestos Máximos.

Estos análisis financieros se dieron en el contexto de una amenaza pública, por parte de dicha entidad, en la que se anunciaba la suspensión de servicios a menos que se autorizara un incremento en la Unidad de Pago por Capitación para septiembre de 2023. Es decir, en Colombia se ha proyectado el crecimiento de los recursos de la salud con base en la información de suficiencia provista por la EPS, que en varios años ha mostrado información fraudulenta (caso Medimás o Saludcoop), demasiado incompleta (año 2022), errada o incluso no avalada. El análisis de las bases de suficiencia permite identificar una serie de errores de consistencia, entre los cuales se destacan la existencia de personas con más de una cédula, procedimientos o medicamentos que no corresponden al diagnóstico, omisiones en los números de factura e incluso frecuencias de uso improbables.

No obstante, solo una mejora sustantiva en el reporte y cruce de la información del sector, análisis de la calidad del gasto y transparencia de las relaciones económicas entre los agentes del sistema permitirá la toma de decisiones más eficientes y efectivas para la sostenibilidad del sistema y la garantía del derecho a la salud de las personas en Colombia.

Actualmente las fuentes de información sobre las que se toman decisiones no cuentan con la suficiencia y calidad que merece el sistema de salud, como se muestran en las tablas siguientes; el reporte de información, en general, no supera el 50% de EPS autorizadas para operar en cada año, y en promedio solo superan los filtros de calidad la mitad de la información. Para el cálculo de la UPC del año 2024, fueron descartados 33,5 millones de registros por no superar los parámetros de calidad, la razón más frecuente fue el elevado costo no soportado (Tabla 12).

Tabla 11. Histórico de EPS que superan los filtros de calidad en el estudio para el cálculo de UPC

Año	EPS autorizadas para operar	EPS que reportan información	% de EPS que reportan información	EPS que superan los filtros de calidad	% de EPS que reportan y superan el filtro de calidad
2010	65	24	36,9%	16	24,6%
2011	60	24	40%	14	23,3%
2012	52	23	42,2%	14	26,9%
2013	50	21	42%	14	28%
2014	48	17	35,4%	10	20,8%
2015	43	16	37,2%	10	23,2%

2016	43	15	34,8%	10	23,2%
2017	42	17	40,4%	11	26,1%
2018	42	17	40,4%	9	20,9%
2019	37	16	43,2%	9	24,3%
2020	35	16	45,1%	9	25,7%
2021	32	16	50%	9	28,1%
2022	28	18	64,2%	8	28,5%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

Tabla 12. Reportes de prestación de servicios de las EPS cuya información NO SUPERA los parámetros de calidad para el año 2024

Grupo de calidades	Número de registros	Valor total (en pesos)	Porcentaje
Valores de servicios de salud considerados simples desde la tarificación que superan 1,5 veces el costo promedio	21.239.966	2.460.832.603.918	71,83%
Registros que no cumplen con los valores establecidos en cada Columna	4.336.656	434.966.542.744	12,7%
Servicios de personas que no se encuentran en las bases de datos poblacionales BDUA - HAC - LMA	2.082.165	194.893.519.811	5,69%
Servicios de salud duplicados año (Ej: reporte de dos apendicectomías a una persona en el mismo año)	2.297.279	101.091.828.811	2,95%
Dispensación de medicamentos en el periodo de observación sin contacto con servicios de salud	1.385.259	71.791.700.525	1,69%
Procedimientos de salud que no pueden tener cualquier diagnóstico en su reporte	20.735	57.958.632.710	1,69%

Grupo de calidades	Número de registros	Valor total (en pesos)	Porcentaje
Servicios de salud duplicado día (Ej: Reporte de dos punciones lumbar a una persona en el mismo día)	596.353	35.526.672.236	0,65%
Cantidad dispensada de medicamento en relación a la dosis máxima teórica calculada para el mismo	1.268.575	22.437.420.031	0,47%
Personas no justificadas con 1.000 actividades al año	169.053	12.132.815.784	0,35%
Personas con diferente fecha de nacimiento o sexo, comparado con los datos registrados en BDUA	93.840	8.031.903.611	0,23%
Servicios de salud que no se pueden realizar más de una vez en la vida	5.029	5.260.784.378	0,15%
Dispensación de insumos en el periodo de observación sin contacto con servicios de salud	1.959	4.876.210.918	0,14%
TOTAL GENERAL	33.550.684	3.425.966.962.419	100%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

7. Situación de los trabajadores de la salud

Los trabajadores de la salud son fundamentales para lograr sistemas de salud sólidos y resistentes que contribuyan a lograr el objetivo de mejorar la salud de la población (67), al respecto la OMS ha instado a los países miembro a “*crear trabajo decente y establecer una remuneración adecuada para los profesionales de la salud y demás personal sanitario que trabaje en el nivel de atención primario de la salud para responder eficazmente a las necesidades de salud de las personas en un*

contexto multidisciplinario. Seguir invirtiendo en la educación, la formación, la contratación, el desarrollo, la motivación y la retención del personal de atención primaria de la salud, velando porque tenga una combinación adecuada de competencias. Esforzarse por tener el personal de la atención primaria de la salud y garantizar su disponibilidad en las zonas rurales, remotas y menos desarrolladas” (68).

Ahora bien, los retos del personal de la salud implica no solamente aumentar su número y distribución, para cerrar la brechas; sino también permitir adaptaciones y ajustes requeridos para cada contexto y necesidades de la población, una planeación basada en los desafíos futuros, los principios de atención centrada en las personas y la equidad; para lograrlo se requiere un apoyo decido de varios sectores, como la educación, el trabajo, la administración pública y la financiación del sistema de salud (69).

El sistema de salud colombiano tiene enormes retos en relación con los trabajadores de la salud. En primer lugar, es necesario generar las condiciones para que todos los trabajadores tengan condiciones dignas y justas en su contratación; en segundo lugar se requiere aumentar la disponibilidad y mejorar la distribución del personal de salud, sobre en zonas rurales y dispersas; y como tercera medida es necesario desarrollar competencias y orientar la educación en salud hacia la atención primaria en salud.

En relación con las condiciones laborales de los trabajadores de la salud, la cantidad y calidad de información disponible es insuficiente; no obstante es posible realizar una estimación la cual no es satisfactoria, ni edificante. En octubre del año 2020 la Procuraduría General de la Nación (PGN) emitió la Circular número 007, acerca de las condiciones laborales de los trabajadores de la salud empleados en IPS públicas. Los datos recabados por la Procuraduría en dicho informe son lapidarios sobre la cuestión: un total de 926 Empresas Sociales del Estado (ESE) empleaban en 2020 a 163.116 personas, de las cuales solo 46.715 tenían contratos directos con las IPS, mientras que otras 116.401 personas se hallaban vinculadas a través de figuras de intermediación laboral, tales como contratos sindicales, cooperativas de trabajo asociado, contratos de prestación de servicio y otras figuras similares. Así, según el ministerio público, solo el 28,63% del personal de las ESE tenían un vínculo directo con estas instituciones, al tiempo que el 71,37% estaban tercerizadas (70).

Las consecuencias de la tercerización laboral en la situación de los trabajadores en general están ampliamente documentadas en el país: menores salarios, jornadas laborales excesivas, escasa o nula cotización a seguridad social, ausencia de prestaciones sociales y dotación, e imposibilidad de organizarse sindicalmente para reclamar mejores condiciones de trabajo y económicas por parte de los

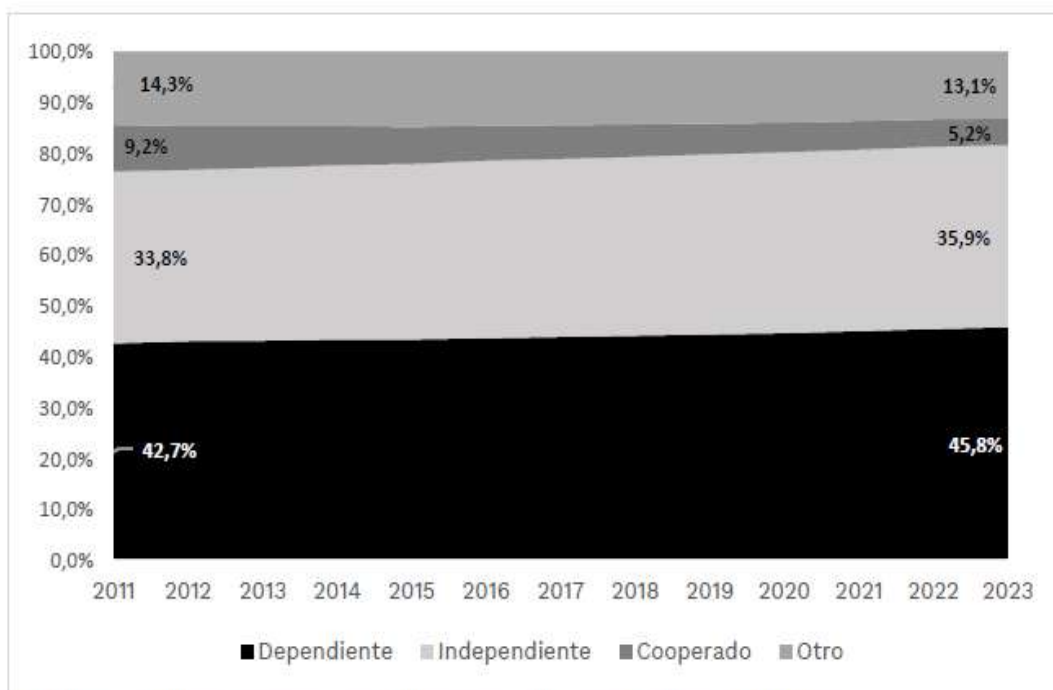
trabajadores; todas reiteradamente expuestas por los trabajadores de la salud en las audiencias públicas y mesas técnicas realizadas dentro del proceso de debate de proyecto de reforma al sistema de salud. A esto se le debe sumar el hecho de que en este tipo de labores es necesaria la existencia de los turnos en jornadas nocturnas, horas extras, trabajo dominical y festivo; lo que en el contexto intermediación laboral y recorte de jornada nocturna, disminución de pagos por horas extras, dominicales y festivos, que introdujo de la Ley 789 de 2002 ha significado el deterioro progresivo de las condiciones laborales de los trabajadores durante las últimas décadas.

Como bien advierte la Procuraduría en la circular mencionada, el artículo 103 de la Ley 1438 de 2011 ordenaba que los trabajadores misionales de la salud en el sector público sean contratados directamente por las Empresas Sociales del Estado (ESE), y en tal sentido la predominancia de la intermediación laboral es una clara violación de la legislación, en grave perjuicio de la calidad de vida de los trabajadores, y con efectos incuantificables en la calidad del servicio prestado a los pacientes. Desafortunadamente, la Circular no recoge datos del sector privado de salud, del cual hay muy poca información, lo que no permite profundizar en las condiciones de trabajo en el segmento donde laboral de la mayoría de los trabajadores de la salud.

A pesar de esta ausencia de información, el Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Observatorio de Talento Humano en Salud, y haciendo uso de la información disponible a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) y el Registro del Talento Humano en Salud (ReTHUS), ha logrado recabar datos sustanciales en cuanto a la situación actual y dinámica de estos trabajadores.

De acuerdo con los informes del Ministerio, la situación de contratación laboral de los trabajadores de la salud apenas si ha mejorado en los últimos lustros. En efecto, si para 2011 el 42,7% de los trabajadores de la salud tenían una vinculación laboral formal, en calidad de trabajadores dependientes, para 2022 esta cifra apenas se elevó en 3,1 puntos porcentuales, hasta llegar al 45,8%. Por el contrario, el número de trabajadores “independientes” creció de 33,8% a 35,9% y los trabajadores bajo formas de intermediación laboral tales como Cooperativa de Trabajo Asociado (CTA) u otras apenas decreció en 5,2 puntos porcentuales, pasando de 23,5% en 2011 a 18,3% en 2022. Teniendo en cuanto que una gran proporción, incuantificable, de trabajadores denominados como “independientes” son en realidad empleados precarizados bajo figuras tales como Contratos de Prestación de Servicios, se hace meridianamente claro que la situación laboral de los empleados de la salud, en al menos la última década, apenas si ha mejorado marginalmente, y que lo que predomina es la precariedad e inestabilidad en las relaciones laborales.

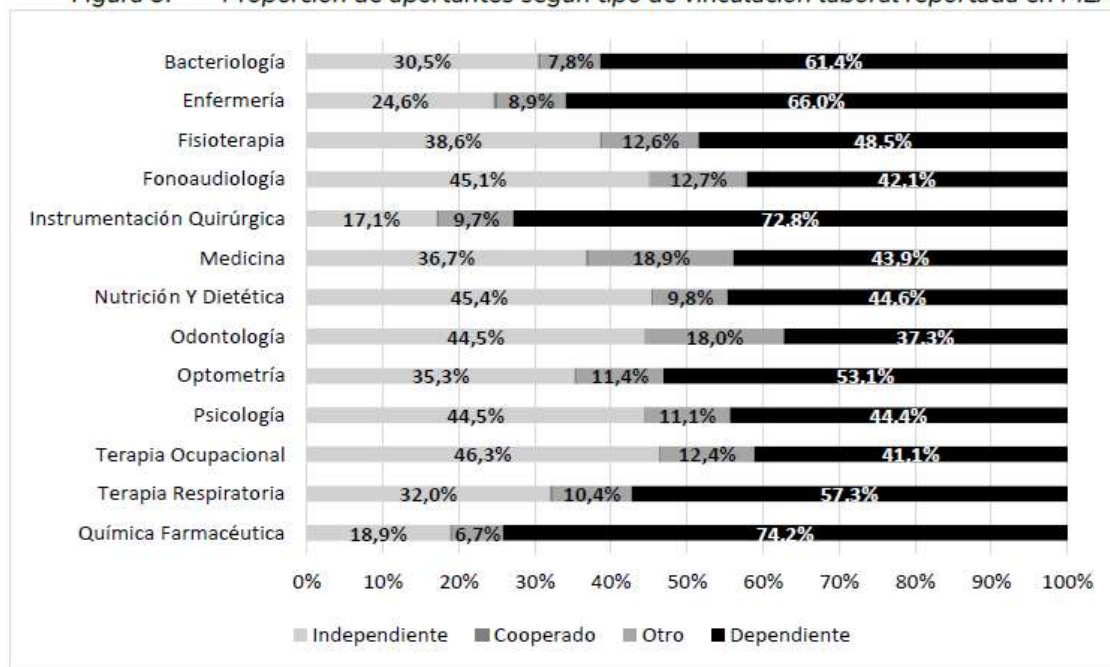
Figura 8. Proporción de aportantes según tipo de vinculación laboral reportada en PILA. (Talento Humano en Salud de nivel universitario)



Fuente: Registro Único de Talento Humano en Salud disponible en los cubos de SISPRO

La precariedad laboral, bajo los múltiples rostros de la intermediación laboral y de la contratación civil, abarca a todas las profesiones, pero es especialmente grave en profesiones como la fonoaudiología, la fisioterapia, la medicina y la odontología; labores todas que son misionales y permanentes en los servicios de salud.

Figura 9. Proporción de aportantes según tipo de vinculación laboral reportada en PILA

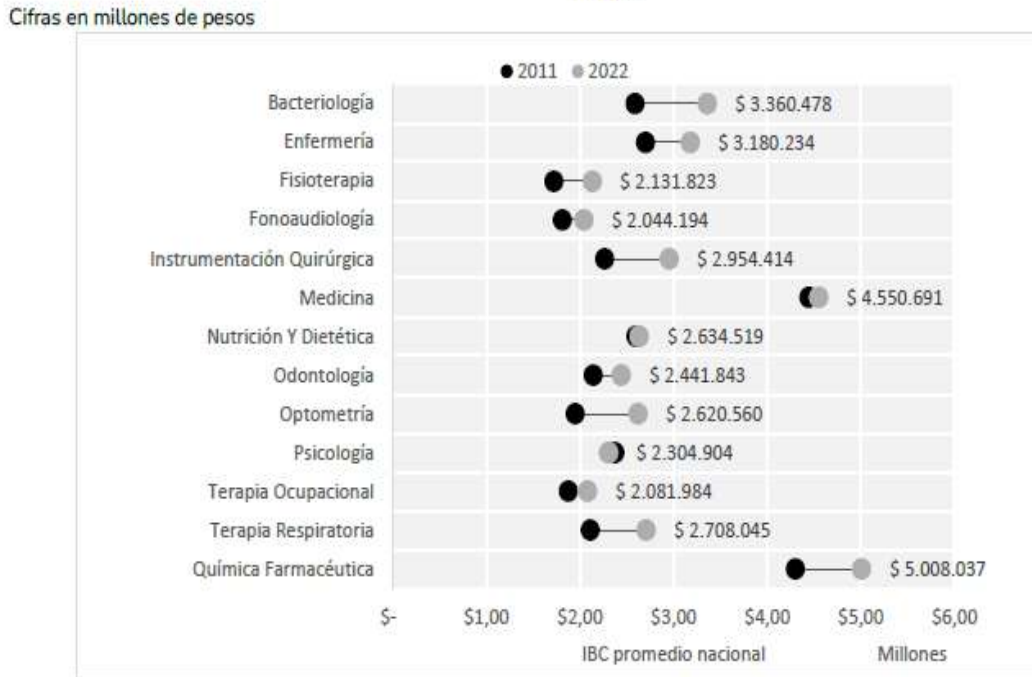


Fuente: Registro Único de Talento Humano en Salud disponible en los cubos de SISPRO

Estas condiciones atípicas, por no decir ilegales, de contratación laboral del personal de la salud, se reflejan en la evolución salarial de los profesionales del sector, que cuando mínimo debe calificarse de insatisfactoria. En efecto, el incremento salarial real, ajustado por inflación, de los trabajadores de la salud entre 2011 y 2022 apenas ha sido de \$35.915 anuales, algo bastante cuestionable, teniendo en cuenta el consenso general de la opinión pública, al menos desde 2020 cuando estalló la pandemia de la Covid-19, acerca de la labor heroica de los trabajadores de la salud, cuyo sentido laboral de su vida consiste, básicamente, en cuidar y proteger la vida de toda la ciudadanía.

Entre todas las profesiones de la salud, llama fuertemente la atención, el escaso incremento salarial de los profesionales de medicina y nutrición y dietética, profesiones fuertemente relacionadas tanto con las labores de promoción y prevención como de atención a la enfermedad, e incluso es de destacar el caso de los profesionales de psicología, cuyo ingreso real ha disminuido entre 2011 y 2022.

Figura 10. Ingreso Base de Cotización (IBC) promedio de profesionales de la salud (precios constantes 2022)



Fuente: Cálculos propios con base en Registro Único de Talento Humano en Salud disponible en cubos de SISPRO (2023) y calculadora de inflación MinTrabajo (2023)

Tabla 13. Variación del Ingreso Base de Cotización (IBC) promedio de profesionales de la salud, ajustados por inflación

Perfil	IBC 2011 (promedio)	IBC 2022 (promedio)	Ajuste IPC		Ajuste Interés compuesto		Incremento anual medio (real)
			Dif Abs	Dif Rel	Dif Abs	Dif Rel	
Bacteriología	\$ 1.625.081	\$ 3.360.478	\$ 771.250	29,8%	\$ 771.087	29,8%	\$ 70.099
Enfermería	\$ 1.694.139	\$ 3.180.234	\$ 480.976	17,8%	\$ 480.805	17,8%	\$ 43.710
Fisioterapia	\$ 1.081.511	\$ 2.131.823	\$ 408.661	23,7%	\$ 408.552	23,7%	\$ 37.141
Fonoaudiología	\$ 1.136.288	\$ 2.044.194	\$ 233.756	12,9%	\$ 233.642	12,9%	\$ 21.240
Instrumentación Quirúrgica	\$ 1.420.122	\$ 2.954.414	\$ 691.746	30,6%	\$ 691.603	30,6%	\$ 62.873
Medicina	\$ 2.791.316	\$ 4.550.691	\$ 103.311	2,3%	\$ 103.030	2,3%	\$ 9.366
Nutrición Y Dietética	\$ 1.630.362	\$ 2.634.519	\$ 36.876	1,4%	\$ 36.712	1,4%	\$ 3.337
Odontología	\$ 1.344.241	\$ 2.441.843	\$ 300.075	14,0%	\$ 299.940	14,0%	\$ 27.267
Optometría	\$ 1.224.725	\$ 2.620.560	\$ 669.215	34,3%	\$ 669.092	34,3%	\$ 60.827
Psicología	\$ 1.490.547	\$ 2.304.904	-\$ 69.971	-2,9%	-\$ 70.121	-3,0%	-\$ 6.375
Terapia Ocupacional	\$ 1.176.437	\$ 2.081.984	\$ 207.577	11,1%	\$ 207.459	11,1%	\$ 18.860
Terapia Respiratoria	\$ 1.324.376	\$ 2.708.045	\$ 597.927	28,3%	\$ 597.794	28,3%	\$ 54.345
Química Farmacéutica	\$ 2.699.684	\$ 5.008.037	\$ 706.653	16,4%	\$ 706.382	16,4%	\$ 64.217

Fuente: Cálculos propios con base en Registro Único de Talento Humano en Salud disponible en cubos de SISPRO (2023) y calculadora de inflación MinTrabajo (2023)

Los datos expuestos son suficientemente indicativos de una situación de profunda precariedad laboral de los trabajadores de la salud, que se salda en fenómenos como el multiempleo y, en general, las magras condiciones de vida de los trabajadores del sector. A este respecto basta con un dato adicional: la Encuesta Nacional de Situación Laboral en Salud del Colegio Médico Colombiano en 2019 (71), evidencia que el 32% de los médicos generales trabaja entre 48 y 66 horas por semana, y el 14% labora más de 66 horas semanales. En el caso de los médicos rurales, el 40% trabaja entre 48 y 66 horas semanales, mientras que el 20% trabaja más de 66 horas. Para los especialistas, el 33% trabaja entre 48 y 66 horas semanales, y el 14% trabaja más de 66 horas por semana (72).

Esta situación estructural de precariedad laboral en el sector de la salud comporta algunas consecuencias adicionales potencial o actualmente peligrosas para el desenvolvimiento del sector: en primer lugar, el costo de oportunidad asociado a estudiar una carrera del área de la salud se ha incrementado, por lo que se presenta un incremento en el tiempo necesario para que los profesionales de la salud recuperen la inversión realizada en su formación, lo que desestimula el estudio de estas carreras y pueden afectar a corto y mediano plazo la disponibilidad de trabajadores especializados en el sector. En segundo lugar, las malas condiciones laborales en el sector llevan a los profesionales a concentrar sus actividades y vida laboral en las grandes ciudades, donde las ofertas de empleo y sus condiciones son relativamente mejores, lo cual

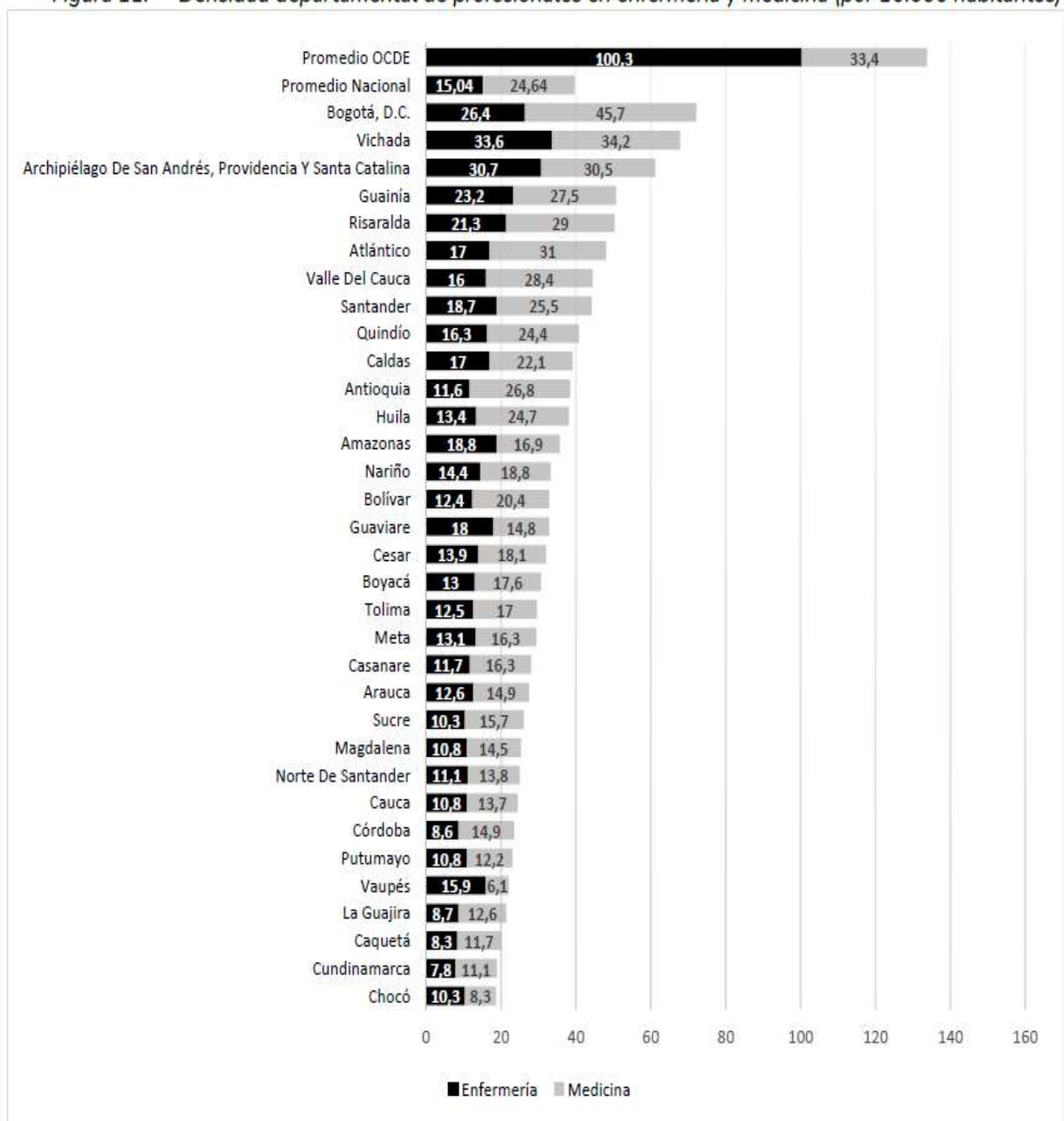
se salda con escasez y desmejora en la atención de la población en ciudades de menor tamaño y en poblaciones rurales y dispersas.

La conclusión es, por lo tanto, inequívoca: el sistema de salud debe transformarse estructuralmente en lo relacionado con mejorar las condiciones laborales y de ingresos de los trabajadores de la salud; lo que además, se debe combinar con una mejora de las condiciones de ingresos de las IPS, que deben ser las contratantes directas y últimas de estos trabajadores, lo cual apunta en la dirección del giro directo universal y temprano. Sin estas dos condiciones, la mejora de las condiciones de trabajo de los empleados de la salud será prácticamente

imposible, y de rebote el peligro en la calidad de la atención de la población solo podrá ir *in crescendo*.

En relación con la densidad y distribución del Talento Humano en Salud, el país enfrenta grandes retos. Tan solo nueve (9) departamentos tienen una densidad de profesionales en medicina por encima del promedio nacional; y solamente Bogotá y el departamento de Vichada tienen una densidad por encima del promedio de la OCDE. En cuanto a los profesionales en enfermería, la situación es más crítica, el país tiene una de las densidades más bajas de todos los países de la OCDE en la materia, no obstante, la mitad de los departamentos tienen una densidad por encima del promedio nacional (22,73).

Figura 11. Densidad departamental de profesionales en enfermería y medicina (por 10.000 habitantes)

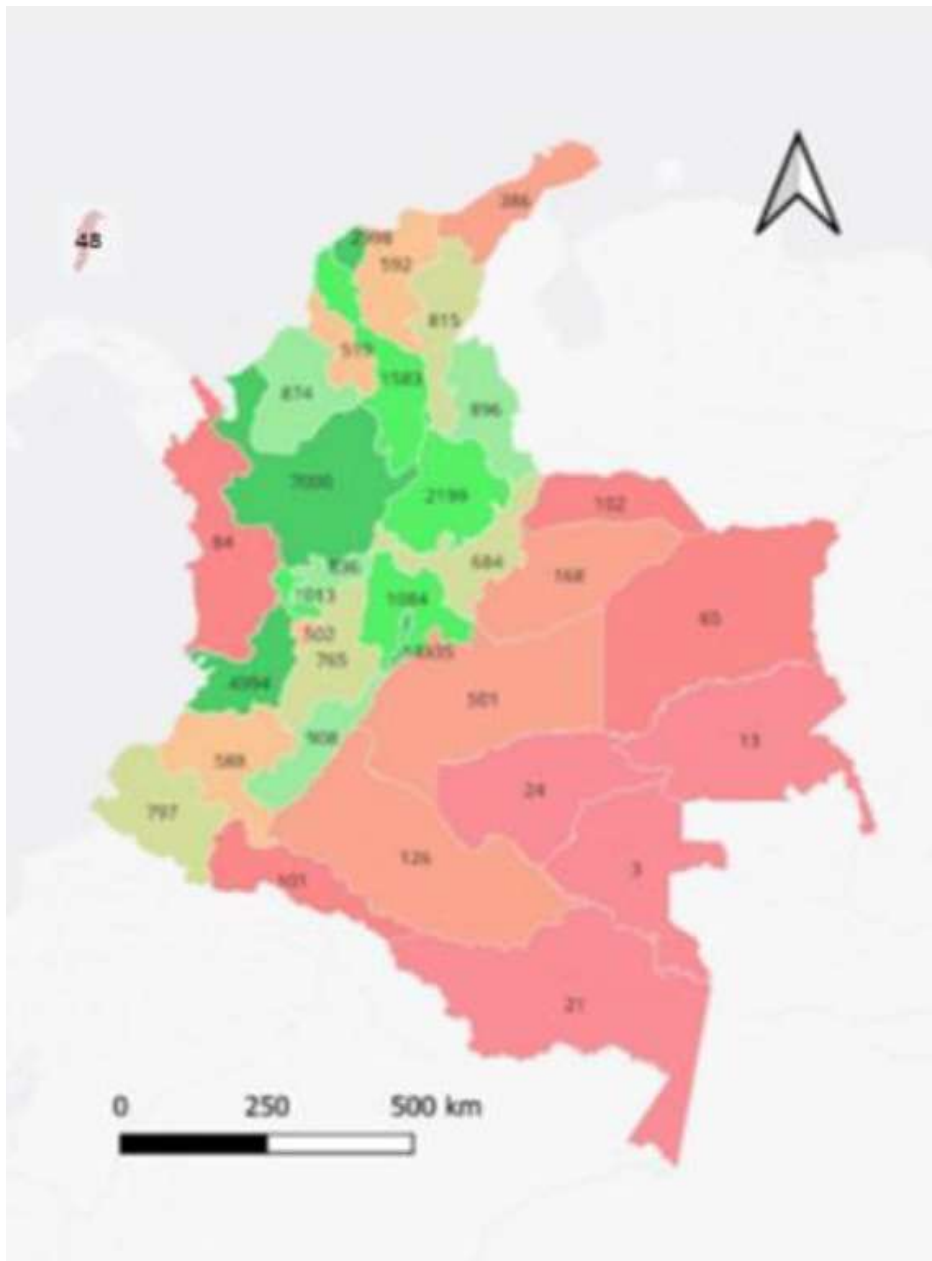


Fuente: Elaboración propia

Respecto a la distribución de especialistas y subespecialistas en medicina¹² solamente tres departamentos (Antioquia, Atlántico y Valle) registran una densidad por encima de 100 especialistas por cada 100.000 habitantes; y solo Bogotá se acerca a la cifra de países como Chile, México y Francia. El 50% de los departamentos del país tienen densidades inferiores a 50 especialistas por cada 100.000 habitantes.

¹² Los datos corresponden a personas que durante el 2023 realizaron aportes al SGSSS a través de PILA, detallando el departamento de ubicación laboral señalado al momento de diligenciar la PILA.

Figura 12. Ubicación laboral estimada de médicos especialistas y subespecialistas por departamento, según aportes al SGSSS



Fuente: Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud, utilizando el cubo de información de ReTHUS-PILA del Observatorio de Talento Humano en Salud. Fecha de corte: 07 de mayo de 2024.

Nota 1: Es importante resaltar que el mapa muestra cotizaciones al SGSSS y no el número exacto de especialistas únicos por departamento. Un mismo especialista puede cotizar en varios departamentos, lo que puede duplicar el conteo y resultar en un número total de cotizaciones superior al número real de especialistas. Además, la información puede reflejar múltiples ubicaciones laborales, complicando la determinación exacta de la distribución geográfica.

Nota 3: En los resultados aquí presentados pueden existir inexactitudes generadas por el multiempleo y la movilidad laboral, así como problemas de la calidad del dato al momento de diligenciar PILA por parte de empleadores y trabajadores independientes.

La densidad por 100.000 habitantes para el país es tres veces inferior a la observada en Estados Unidos y el Reino Unido.

Tabla 14. Disponibilidad y densidad de especialistas en países seleccionados

País (año)	Población	Número de especialistas	Especialistas x 100.000 habitantes
Estados Unidos (2021)	333.031.554	784.178	236
Reino Unido	67.508.935	159.633	237
Francia (2021)	67.871.925	121.996	180
México (2021)	126.705.138	209.288	165
Chile (2022)	19.603.733	32.558	166
Colombia (2023)	52.215.503	42.115	81

Fuente: OCDE. El “Total de especialistas” incluye pediatras, obstetras/ginecólogos, psiquiatras, especialistas médicos, especialistas quirúrgicos y otros especialistas no clasificados (74).

Nota 1: es importante tener en cuenta que los datos presentados en la tabla pueden tener

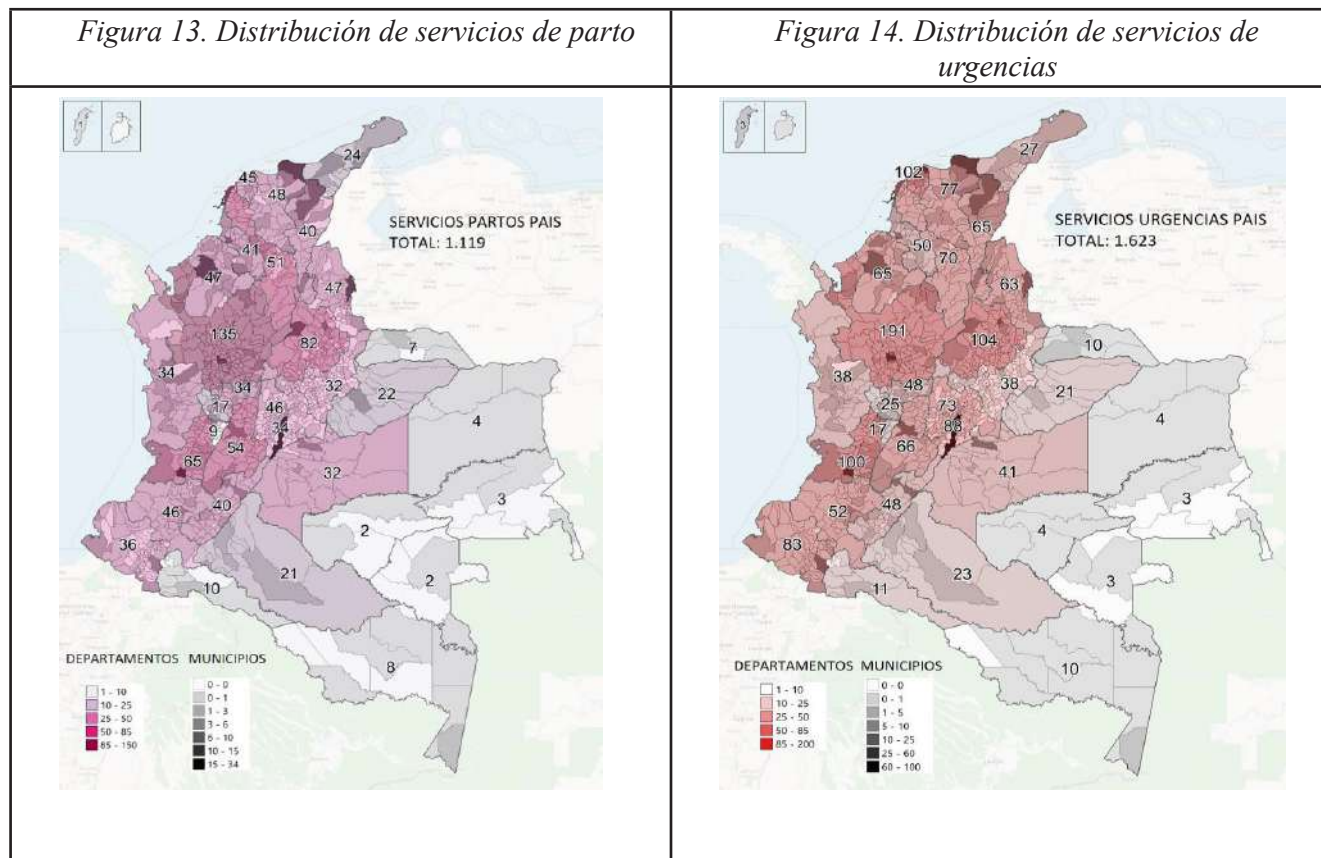
diferencias en la metodología utilizada por cada país. Estas diferencias pueden afectar la comparabilidad directa de los datos entre diferentes países.

8. Contexto de la infraestructura hospitalaria

Una de las limitaciones más notorias que tienen los residentes en el país, sobre todo quienes habitan las zonas marginales urbanas, así como las rurales y dispersas es la pobre infraestructura hospitalaria, tanto pública como privada. Por ejemplo, 290 municipios del país (26,3%) no cuenta con servicio de atención de parto, 293 municipios (26,3%) carecen de servicios de hospitalización adultos, 175 municipios (15,9%) no tienen servicios de urgencias, 175 (15,9%) de los municipios del país no cuentan con ninguno de los tres (3) servicios mencionados y 633 municipios (57,4%) no cuentan con ninguna sede rural en su municipio (75).

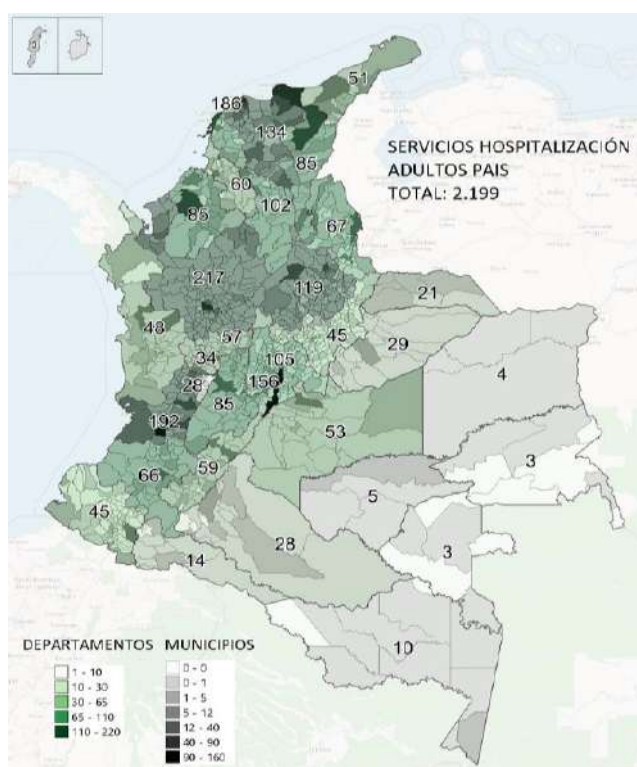
Figura 13. Distribución de servicios de parto

Figura 14. Distribución de servicios de urgencias



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS). Corte 14 Nov 2023.

Figura 15. Distribución de servicios de hospitalización adultos



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS). Corte 14 Nov 2023.

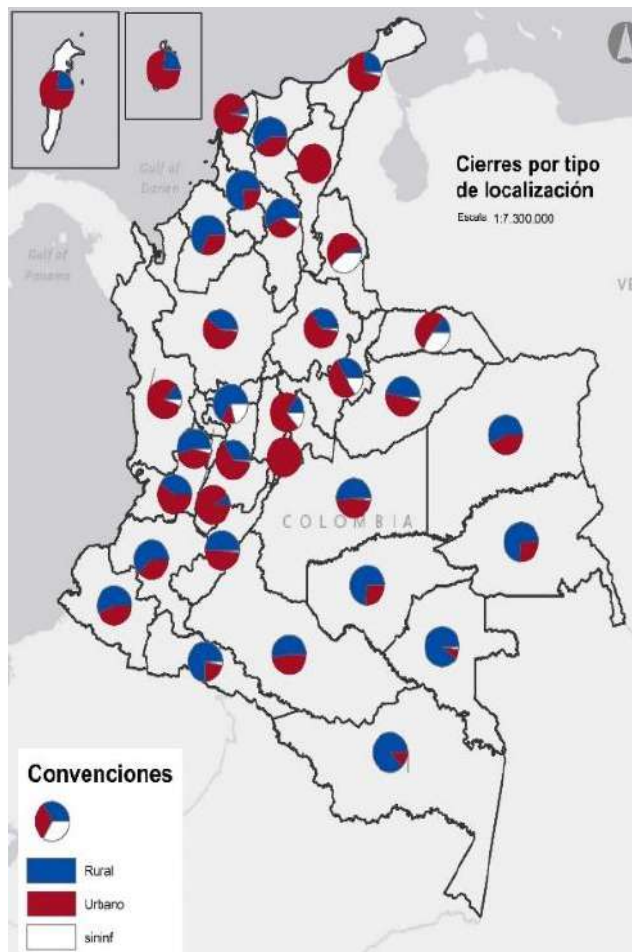
De acuerdo con la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, 3.439 sedes de servicios de salud públicas han sido cerradas en todo en territorio nacional durante las últimas décadas, los cierres se han dado en todos los departamentos, pero con mayor concentración en: Nariño, Cauca, Valle del Cauca y Bogotá.

Tabla 15. Cierres de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas

Departamento	Rural	Urbano	Sin Inf.	Total
Bogotá, D. C.	3	317	1	321
Cauca	121	123	11	255
Nariño	133	102	1	236
Bolívar	125	74	19	218
Cundinamarca	33	152	30	215
Valle de Cauca	87	128		215
Caldas	125	58		183
Atlántico	9	130	4	143
Antioquia	54	81	2	137
Caquetá	85	17	27	129
Santander	46	80	3	129
Sucre	90	28	1	119
César	65	41	1	107
Meta	53	47	2	102
Chocó	1	100		101
La Guajira	26	71	4	101
Boyacá	28	43	13	84
Córdoba	9	55	4	68
Tolima	23	44	1	68
Putumayo	48	14	2	64
Norte de Santander	3	35	24	62
Huila	29	28	1	58
Vichada	27	20		47
Magdalena	27	18		45
Vaupés	35	3	1	39
Arauca	5	18	12	35
Quindío	3	31		34
Amazonas	23	3		26
Risaralda	13	10	1	24
Casanare	12	11		23
Guainía	14	5		19
Guaviare	14	5		19
San Andrés y Providencia	3	10		13
Total General	1.372	1.902	165	3.439

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud - Aplicativo SIHO.

Figura 16. Mapa de cierres de IPS Públicas por localización

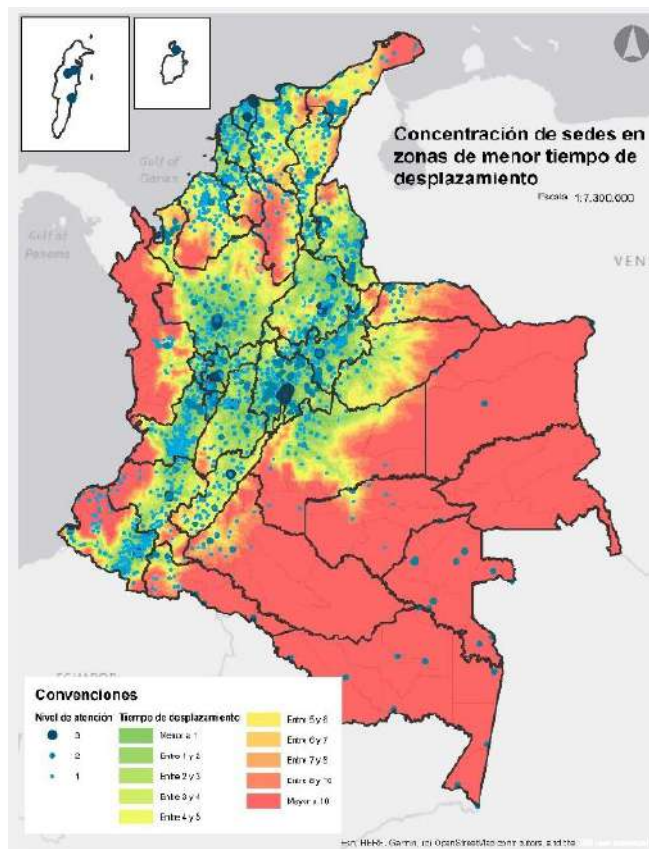


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud - Aplicativo SIHO.

Las limitaciones físicas en las sedes hospitalarias reducen la garantía en el acceso a los servicios en condiciones de habilitación y la capacidad para resolver las demandas de la población, generando ineficiencia en la asignación y utilización de recursos, además de incrementar la insatisfacción de los usuarios, y la percepción negativa, sobre dichas instituciones y el Sistema de Salud. Estas limitaciones son mayores en cuanto a la oferta pública de los servicios de salud y con mayor dimensión en las zonas rurales.

En el siguiente mapa de calor se muestra el tiempo necesario para llegar al servicio de salud más cercano, se evidencia que en el extremo norte de La Guajira, en el litoral pacífico, en gran parte de los departamentos de Putumayo, Caquetá, Meta y Guaviare y en la totalidad de los departamentos de Vichada, Guainía Vaupés y Amazonas el tiempo promedio para llegar al servicio de salud más cercano es superior a 10 horas; al respecto, la Corte Constitucional ha dicho reiteradamente que: “un tiempo superior a dos horas a pie para obtener atención resulta una barrera irrazonable”, e igualmente ha instado a construir un indicadores que midan la accesibilidad física a los servicios de salud (76,77).

Figura 17. Tiempo de desplazamiento promedio al centro de atención en salud más cercano



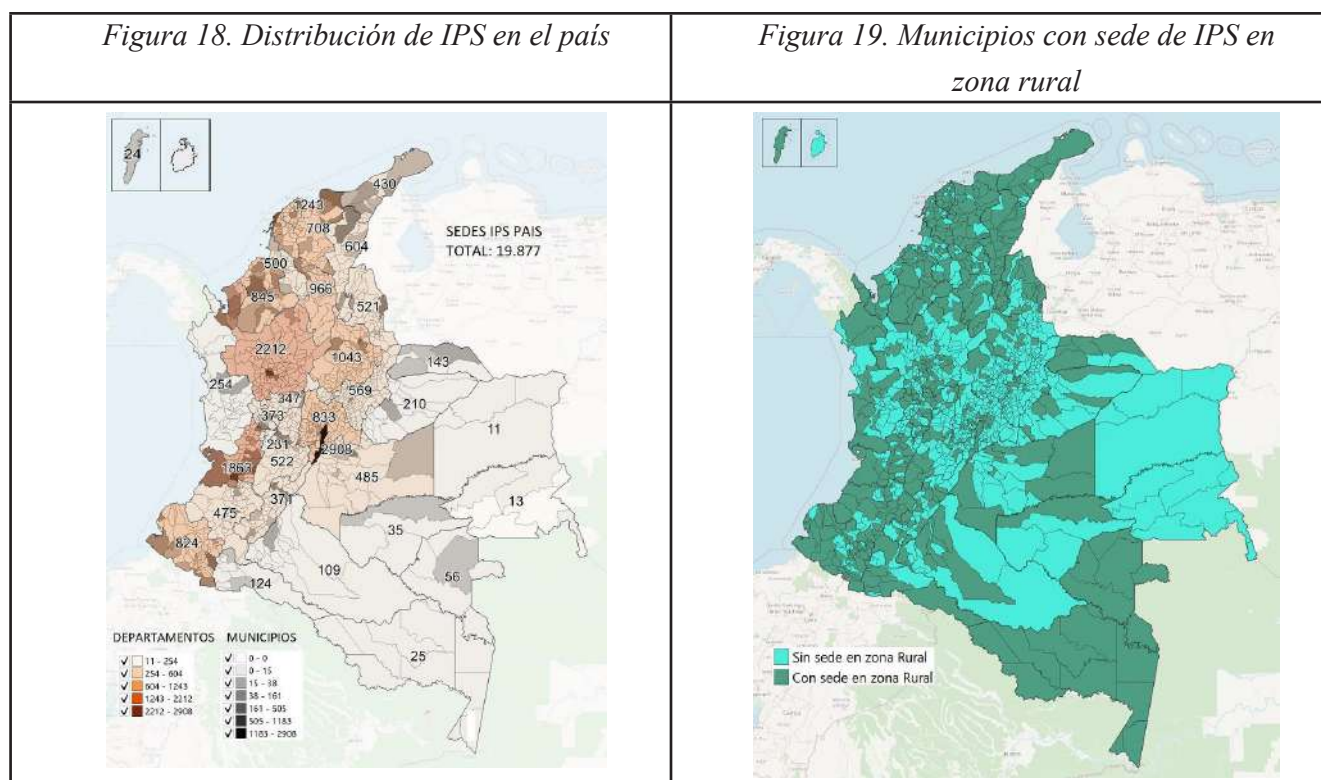
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social - Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud - Aplicativo SIHO.

Además de deterioro, falta o gran distancia de la infraestructura hospitalaria, varios diagnósticos coinciden en que en el país no se han desarrollado Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (11, 26, 78), lo que ha llevado a que la prestación de servicios de salud sea fragmentada y orientada a la atención de la enfermedad, y sin garantía de la continuidad de la atención.

La infraestructura sanitaria disponible en el país tiene diferentes inequidades, como puede observarse en las siguientes figuras; por ejemplo, solamente el 9,7% de las Instituciones Prestadoras de Salud existentes en el país se encuentran en áreas rural, y el 90,3% en las zonas urbanas, lo que no corresponde a las condiciones sociales, demográficas y culturales de la población. Existen 642 municipios del país sin ninguna institución prestadora en la ruralidad.

Figura 18. Distribución de IPS en el país

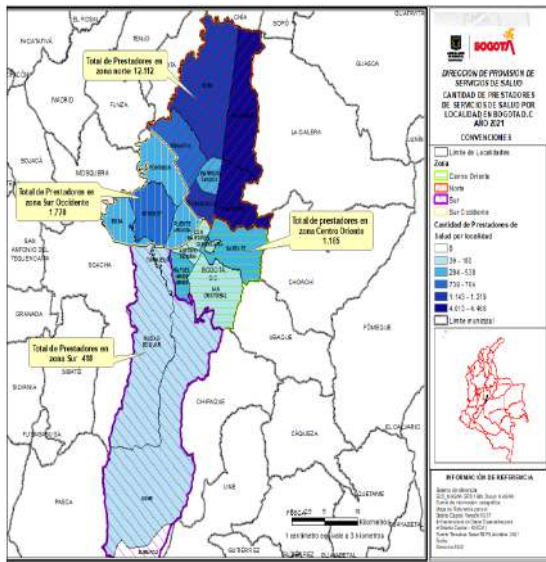
Figura 19. Municipios con sede de IPS en zona rural



Fuente: Base de datos Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). Corte 14 Nov 2023.

Al interior de las ciudades también existen inequidad en los servicios de salud, por ejemplo, en Bogotá en la zona norte existen 29 veces más prestadores que en la zona sur, como se muestra en la siguiente figura.

Figura 20. Distribución de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Bogotá



Fuente: Base de datos Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

En relación con las camas hospitalaria, el país cuenta tan solo en promedio con dos (2) camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes, lo que significa menos de la mitad del estándar de los países de la OCDE, que es 4,4 camas por 1.000 habitantes. Existe también importantes diferencias entre departamentos, solamente la mitad supera el promedio nacional, e inclusive se tienen cifras tan críticas como 0,47 camas por 1.000 habitantes, en el Vaupés.



Fuente: MSPS Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud –REPS. Corte: 06/09/2022. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

La OPS (2011) plantea que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha establecido tres barreras estructurales para el desarrollo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud:

a. La competencia versus la complementariedad de los prestadores. Al impulsar la administración gerenciada de las instituciones de salud en un mercado abierto con insuficiente regulación, se estimuló la competencia entre los prestadores a quienes se les impuso el principio de “quien no es autosuficiente y eficiente desaparece”, con lo cual se generó un espíritu de competencia por facturar, lograr eficiencia y posesionarse con mayor fuerza en el mercado. Esa condición hizo ver a los otros hospitales como competidores frente al mercado de la salud y no necesariamente como *partners* en el

proceso de conservación del mismo y continuidad de la asistencia sanitaria (78).

b. La no existencia de un sistema de tarifas y formas de pago definidos claramente para todos los prestadores, ha generado serias dificultades en el flujo de dinero y la acumulación de cartera entre los diferentes actores (78).

c. La débil rectoría y gobernanza para conformar, organizar y operar la prestación de servicios de salud con base a las necesidades de la población-territorio y con la participación social requerida (78).

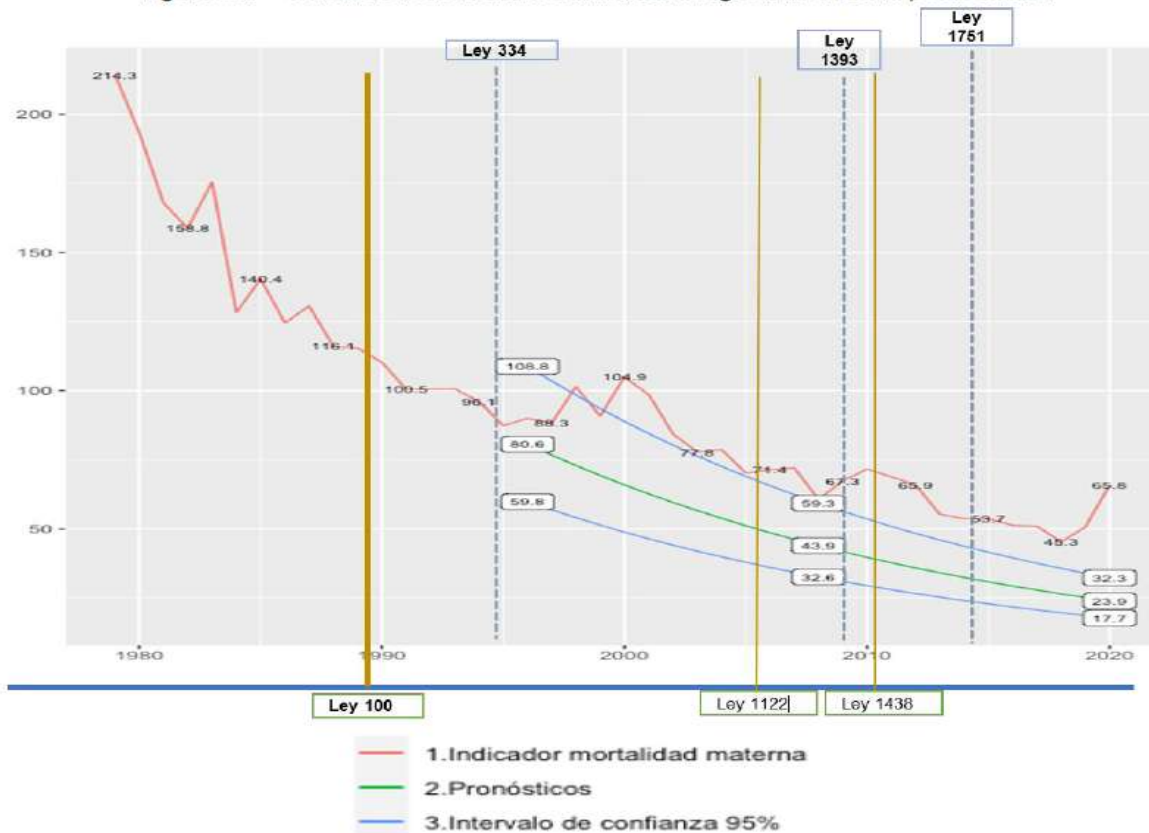
9. Orientación del sistema de salud hacia la enfermedad y resultados en salud inequitativos

Como una aproximación a la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de salud de la población, desarrollado en el país a partir de la Ley 100 de 1993, se realizó un análisis de series temporales durante el periodo entre 1979 a 2020, para los dos indicadores de mortalidad trazadores (mortalidad materna y mortalidad en menores de un (1) año), utilizando las series de 1979 a 1995, se generó el pronóstico de cada indicador de mortalidad entre 1996 y 2020, con la finalidad de hacer la comparación contra la tendencia real.

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

Para el caso de la **Razón de Mortalidad Materna**, el análisis de series de tiempo para el periodo 1979 a 2020 mostró cómo dicho indicador para el periodo 1979-1995, presentó una tendencia marcada a la baja, pasando de 214.3 a 88 muertes por 100.000 menores de un año (RMM), reduciéndose 126 muertes. Sin embargo, dicha velocidad se redujo a mediados de los años noventa con una razón promedio para el periodo 2000-2019 de 65.7 y con una reducción de 39.2 muertes, como se muestra en la siguiente figura.

Figura 22. Razón de Mortalidad Materna, serie registrada vs serie pronosticada

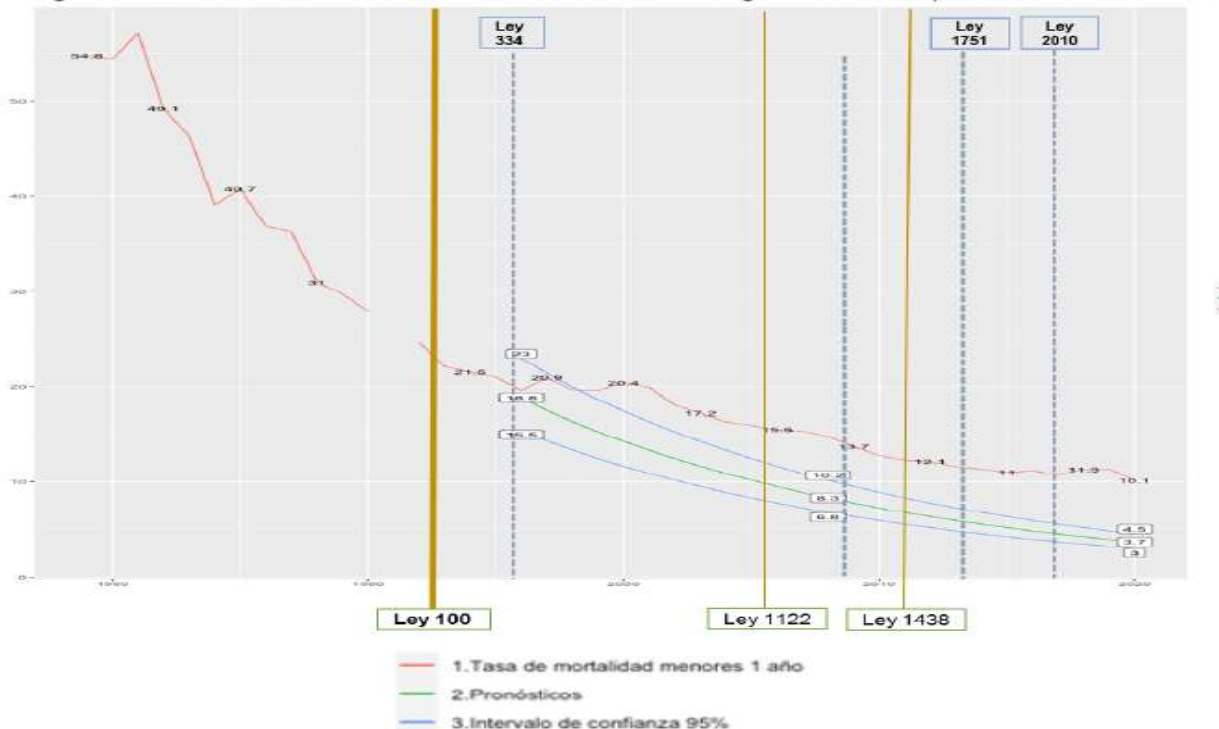


Fuente: Elaboración propia

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

Por su parte, en análisis de la **tasa de mortalidad en menores de un (1) año** mostró que, en las series de tiempo para el periodo 1979 a 1996, según los registros de Estadísticas Vitales (EEVV) presenta una tendencia marcada a la baja pasando de 54,8 en 1979 a 19,6 en 1996 muertes por 1000 menores de 1 año. A partir de 1999, si bien se presenta una reducción, no lo hace a la misma velocidad que presentó hasta 1996 y se sale del intervalo proyectado hasta el final del periodo, como se muestra en la siguiente figura.

Figura 23. Tasa de mortalidad en menores de 1 año, serie registrada vs serie pronosticada 1980-2020



Fuente: Elaboración propia

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

Puede concluirse entonces, que el Sistema General de Seguridad Social en Salud del país no ha integrado de manera efectiva un enfoque hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, lo que se evidencia en la persistencia de bajas coberturas de intervenciones relacionadas con protección específica y detección temprana y en la consecuente materialización de riesgos en salud con ocurrencia de enfermedades y muertes prevenibles e importantes costos sociales y económicos.

Para el periodo 2016 - 2020, en el país no se alcanzaron las coberturas esperadas para ninguno de los veintitrés indicadores evaluados en esta categoría y aquellos relacionados con: asesoría, toma y resultado de Elisa para VIH en gestantes, captación temprana al control prenatal, tamizaje y tratamiento terminado para sífilis en gestantes, tratamiento de recién nacidos con sífilis congénita, tamizaje para hepatitis B en gestantes, consulta de planificación familiar, suministro de método de planificación familiar, toma de citología cérvico uterina, toma de mamografía, consulta del adulto, consulta de joven, control de placa bacteriana y tamizaje de agudeza registraron coberturas promedio para el periodo inferiores al 50%.

Para los años 2021 y 2022 persisten restricciones para el acceso de las personas, familias y comunidades a intervenciones de promoción y prevención relacionadas con I. valoración integral del estado de salud, II. detección temprana de alteraciones, III. protección específica y IV. educación para la salud, pese a que estas se encuentran financiadas en el marco del plan de beneficios en salud y están reguladas como de obligatorio cumplimiento por parte de los actores del sistema de salud.

Tabla 16. Cobertura en actividades de protección específica y detección temprana (PEDT)

Indicador	2021	2022
Captación Temprana de Gestantes	51,41	41,04
Gestantes Tamizaje Hep B	46,96	41,56
Gestantes Tamizaje Sífilis	57,21	46,08
Gestantes Tamizaje VIH	60,72	49,27
Gestantes Tamizaje VIH, Sífilis, Hep B	40,65	36,79
Valoración Integral Primera Infancia	24,2	33,39
Valoración Integral Infancia	20,51	30,1
Valoración Integral Adolescencia	17,78	28
Valoración Integral Juventud (18-23)	35,03	46,66
Valoración Integral Juventud (18-28)	34,31	46,36

Indicador	2021	2022
Valoración Integral Juventud (24-28)	33,59	46,06
Valoración Integral Adultez (29-44)	25,67	40,52
Valoración Integral Adultez (45-59)	31,74	45,78
Valoración Integral Adultez (29-59)	28,85	43,27
Valoración Integral Vejez	27,49	47,05
Valoración Salud bucal Primera Infancia	12,53	25,86
Valoración Salud bucal Infancia	8,06	17,51
Valoración Salud bucal Adolescencia	6,69	15,23
Valoración Salud bucal Juventud	7,33	15,09
Valoración Salud bucal Adultez	7,42	14,33
Valoración Salud bucal Vejez	6,92	12,89
Profilaxis Placa Bacteriana Primera Infancia	0,8	1,36
Profilaxis Placa Bacteriana Infancia	0,47	0,82
Profilaxis Placa Bacteriana Adolescencia	0,44	0,84
Profilaxis Placa Bacteriana Juventud	7,72	9,5
Profilaxis Placa Bacteriana Adultez	14,72	12,75
Profilaxis Placa Bacteriana Vejez	11,38	9,66
Tamizaje Agudeza Visual Primera Infancia	11,69	18,53
Tamizaje Agudeza Visual Infancia	5,74	9,88
Tamizaje Agudeza Visual Adolescencia	5,56	9,78
Tamizaje Agudeza Visual Juventud	12,17	15,51
Tamizaje Agudeza Visual Adultez	14,37	17,1
Tamizaje Agudeza Visual Vejez	18,7	21,77
Tamizaje Cáncer de Cuello Uterino	52,67	49,56
Tamizaje Cáncer de Cuello Uterino - Citología	52,1	48,1
Tamizaje Cáncer de Cuello Uterino ADN-VPH	1,79	3,91
Tamizaje Cáncer de Cuello Uterino VIA - VILI	0,25	0,12
Tamizaje Cáncer de Mama	29,00	33,64
Tamizaje Cáncer de Colon y Recto	3,19	8,93
Tamizaje Cáncer de Próstata	0,63	2,58

Fuente numerador: Cálculos realizados a partir de la información reportada en RIPS y Resolución 202/21

Fuente denominador: BDUA - Datos calculados a la fecha de corte.

Fecha: 17 de julio de 2024

9.1 Acceso a los servicios de salud

El Observatorio Nacional de Salud (ONS) (2019), utilizando el “Modelo comportamental de uso de los servicios de salud” de Andersen, Aday y cols, calculó para el periodo 2013 - 2017 el Índice de Acceso Potencial a los Servicios de Salud (IAPSS) para cada municipio de Colombia (Tabla 17 y 18) (Figura 24). Encontrando que el 80% de los municipios de Colombia presentan un nivel Muy bajo (51,9%) y bajo (31,4%) de acceso potencial; los únicos dos municipios con un nivel muy alto de acceso potencial fueron Bogotá y Medellín; y cuatro (4) departamentos: Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada tienen la totalidad de sus municipios con muy bajo acceso (Figura 1).

Tabla 17. Aspectos analizados por dimensión y subdimensión para el índice de acceso potencial

Dimensión	Subdimensión	Aspectos analizados
Características del Sistema	Recursos Volumen y distribución	Volumen - Densidad de distintos profesionales - Densidad de camas hospitalarias - Densidad de servicios especializados Distribución - Accesibilidad geográfica de los servicios
	Organización de los servicios Entrada y estructura	Entrada: - Tiempo de viaje - Tiempo de espera para una cita - Horarios de atención - Distancia de la residencia al lugar de atención Estructura: - Fuente de atención regular - Tipo y especialidad del proveedor - Tiempo con el médico o personal
Características de los individuos	Factores predisponentes	Edad Sexo Educación Etnia Estado civil Ocupación Creencias Enfermedades previas
	Factores capacitantes	Individuo - Aseguramiento en salud - Ingresos - Cercanía con servicios de salud Del contexto del área - Medios de transporte área de residencia – rural – urbana - Porcentaje de pobreza - Nivel de violencia del área a capital social
	Necesidad percibida y evaluada	Percibida: - Nivel de salud percibida - Preocupación por la salud - Grado de incapacidad Evaluada

Fuente: ONS (79).

Tabla 18. Cantidad de municipios de acuerdo con el nivel de acceso potencial a los servicios de salud por departamento

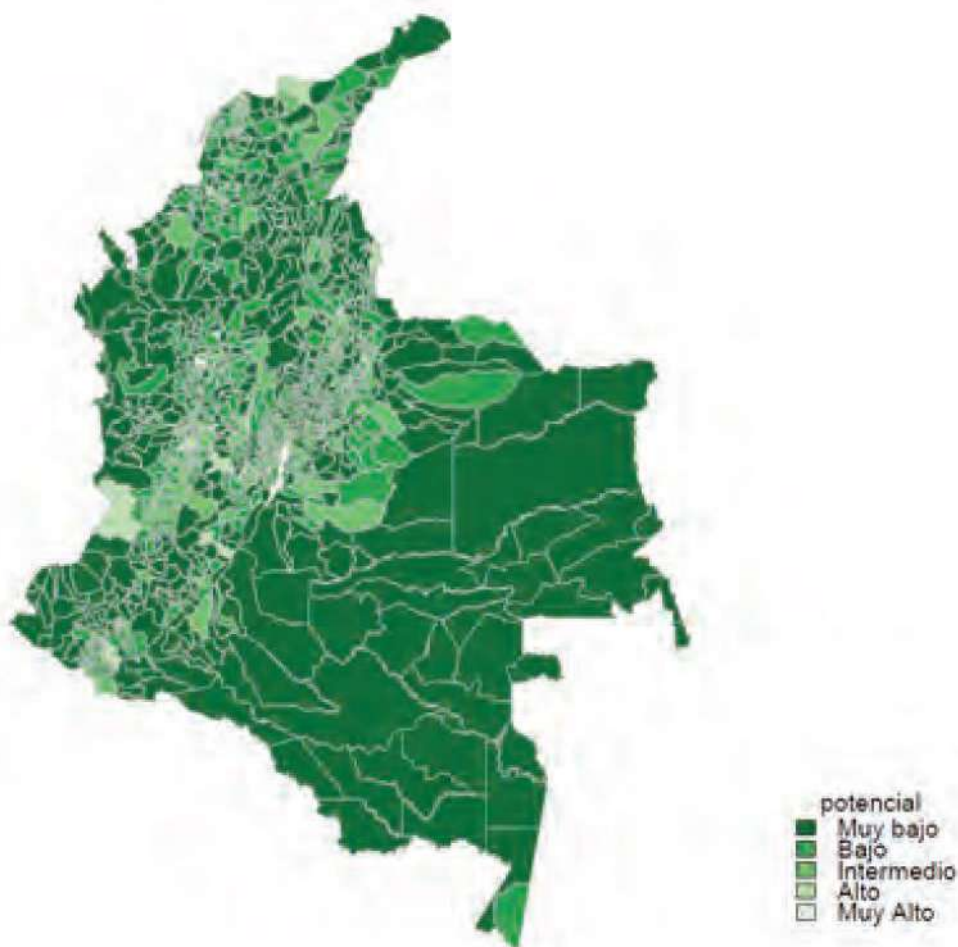
	Muy bajo		Bajo		Intermedio		Alto		Muy alto		Total Municipios*
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Amazonas	10	90,9	1	9,1	-	-	-	-	-	-	11
Antioquia	65	52,0	43	34,4	14	11,2	2	1,6	1	1	125
Arauca	6	85,7	1	14,3	-	-	-	-	-	-	7
Atlántico	1	4,3	6	26,1	14	60,9	2	8,7	-	-	23
Bogotá	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100	1
Bolívar	31	67,4	11	23,9	3	6,5	1	2,2	-	-	46
Boyacá	43	35,0	54	43,9	25	20,3	1	0,8	-	-	123
Caldas	7	25,9	13	48,1	6	22,2	1	3,7	-	-	27

	Muy bajo		Bajo		Intermedio		Alto		Muy alto		Total Municipios*
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Caquetá	14	87,5	1	6,3	1	6,3	-	-	-	-	16
Casanare	12	63,2	6	31,6	1	5,3	-	-	-	-	19
Cauca	35	83,3	6	14,3	1	2,4	-	-	-	-	42
Cesar	14	56,0	9	36,0	2	8,0	-	-	-	-	25
Chocó	27	90,0	2	6,7	1	3,3	-	-	-	-	30
Córdoba	18	60,0	11	36,7	1	3,3	-	-	-	-	30
Cundinamarca	47	40,5	39	33,6	27	23,3	3	2,6	-	-	116
Guainía	9	100	-	-	-	-	-	-	-	-	9
Guaviare	4	100	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Huila	28	75,7	6	16,2	2	5,4	1	2,7	-	-	37
La Guajira	11	73,3	4	26,7	-	-	-	-	-	-	15
Magdalena	22	73,3	5	16,7	2	6,7	1	3,3	-	-	30
Meta	20	69,0	6	20,7	3	10,3	-	-	-	-	29
Nariño	31	48,4	28	43,8	4	6,3	1	1,6	-	-	64
Norte de Santander	28	70,0	6	15,0	5	12,5	1	2,5	-	-	40
Putumayo	9	69,2	4	30,8	-	-	-	-	-	-	13
Quindío	-	-	7	58,3	4	33,3	1	8,3	-	-	12
Risaralda	2	14,3	4	28,6	6	42,9	2	14,3	-	-	14
San Andrés	-	-	1	50,0	1	50,0	-	-	-	-	2
Santander	42	48,3	31	35,6	11	12,6	3	3,4	-	-	87
Sucre	13	50,0	10	38,5	2	7,7	1	3,8	-	-	26
Tolima	20	42,6	15	31,9	10	21,3	2	4,3	-	-	47
Valle del Cauca	3	7,1	22	52,4	15	35,7	2	4,8	-	-	42
Vaupés	6	100	-	-	-	-	-	-	-	-	6
Vichada	4	100	-	-	-	-	-	-	-	-	4

*Incluye áreas municipalizadas.

Fuente: ONS (79).

Figura 24. Mapa de distribución geográfica de los niveles de acceso potencial a los servicios de salud en Colombia. 2013-2017



Fuente: Tomado de ONS.

Los investigadores concluyen que el acceso a los servicios de salud se configura como un determinante de los resultados en salud y sus desigualdades, generando brechas y gradientes a favor de municipios con mejor acceso para varios eventos de mortalidad evitable, morbilidad y salud sexual y reproductiva.

Corroboraron que la configuración del sistema de salud colombiano en donde las dinámicas de la oferta de servicios estén centradas más en la atención de la enfermedad que en su prevención, afectan de forma directa la disponibilidad de servicios y programas de promoción y prevención.

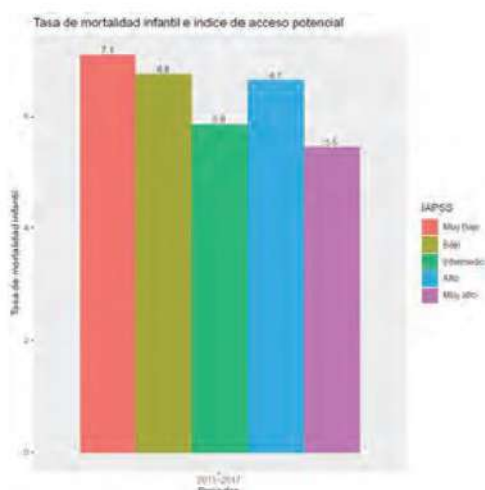
Evidenciaron que las características económicas y del contexto comunitario en los territorios, determinan la capacidad de las personas para acceder a los servicios de salud. La ruralidad es una característica capacitante que media el acceso a los servicios de salud de la población, aumentando el gasto de bolsillo, limitando el desplazamiento a las instituciones de salud por barreras geográficas y disminuyendo el uso de algunos servicios preventivos como los controles prenatales.

Factores predisponentes como la etnia, el género, la edad, entre otros, no explican por sí solos el uso de los servicios de salud, sino que este está determinado por la interacción de estas características de la población con los factores capacitantes descritos. Por ejemplo, los gastos de bolsillo en salud aumentan cuando en el hogar, alguno de sus integrantes es mayor de 60 años, hay niños o personas en condición de discapacidad, o el jefe de hogar es mujer, tiene empleo informal y es de baja escolaridad.

Específicamente en cuanto a la mortalidad neonatal e infantil y su relación con el índice de acceso a los servicios de salud; encontraron que para los años 2013 a 2017 se evidencia que los municipios con mayor acceso potencial tienen las tasas de mortalidad infantil más bajas. Al comparar con el quintil de mayor acceso, la desigualdad relativa es de un 30% de más riesgo entre los municipios con de menos acceso potencial (RR = 1,3).

Figura 25. Tasas de mortalidad infantil según quintil de acceso potencial a servicios de salud.

Colombia 2013-2017



Fuente: Tomado de ONS.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (11), utilizando el modelo de cobertura efectiva de Tanahasi (80) encontró que para los colombianos la principal razón de insatisfacción y barrera de acceso al sistema de salud está relacionada con las largas esperas y el exceso de trámites para la asignación de citas médicas, en particular, de citas especializadas; igualmente la falta de comunicación entre los aseguradores y los prestadores genera retrasos en la gestión de los trámites y en la asignación de citas.

De acuerdo con sus análisis, los largos tiempos de espera y el exceso de trámites se explican en parte, por los incentivos a la contención de costos de parte de las EPS, lo que da lugar a peligrosas limitaciones de oferta de servicios. Igualmente consideran que las tarifas de negociación de los servicios de salud entre las EPS y las IPS, de no ser adecuada, ponen en aprietos financieros a las IPS y generan un detrimento de la oferta de servicios de salud, lo que sumado a la restricción de la oferta de recursos humanos, prolonga los tiempos de espera.

Adicionalmente, identifican que al entregarle a las EPS la función de organizar Redes de Prestadores de Servicios, se ha permitido que, aunque existan prestadores más cercanos a la residencia, los usuarios deben desplazarse grandes distancias para poder recibir atención en salud, en ocasiones a otros municipios, si las EPS no tienen contratos con las IPS del territorio de residencia, fenómeno que ocurre inclusive en las zonas urbanas.

Finalmente, reconocen que, si bien el país ha hecho un esfuerzo por descentralizar su sistema de salud, la eficacia y eficiencia de las autoridades locales se ven muchas veces limitadas por la heterogeneidad de las estructuras de gobernanza y capacidades de salud pública existentes, incluso en temas como el acceso a servicios de internet. Tales dificultades se acompañan, además, de la gran heterogeneidad política y socioeconómica de las comunidades atendidas por estas instituciones, que requieren enfoques diferenciales y adaptados a sus necesidades.

Ante ese panorama, la Organización Panamericana de la Salud ofrece cuatro recomendaciones para superar las barreras de acceso y fortalecer la atención primaria en salud:

1. Fortalecer la rectoría y gobernanza del Ministerio de Salud y Protección Social en los diferentes niveles de gestión, prestando especial atención a las capacidades para liderar un enfoque integral de la Atención Primaria en Salud.
2. Fortalecer los sistemas de información a fin de contar con mejores herramientas para la adopción de decisiones.
3. Formular y aplicar estrategias de fortalecimiento de los recursos humanos y la infraestructura.
4. Fortalecer los incentivos a la calidad, tanto financieros como no financieros, en todo el sistema de salud.

5. Fortalecer la visión a largo plazo en las estrategias del sistema de salud, incluidas aquellas que buscan fomentar la sostenibilidad financiera.

9.2 Estado de la garantía del derecho de la población a la detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer

En el marco de la gestión integral del riesgo en salud en el componente individual, en donde las Empresas Promotoras de Salud tienen como función primordial la gestión del riesgo individual de la población a cargo, que implica: “la identificación, análisis y comunicación del riesgo en salud a los afiliados, la organización de la prestación de servicios de salud según los riesgos identificados y la implementación y el monitoreo de acciones orientadas a la minimización del riesgo de padecer la enfermedad y el manejo integral de la misma una vez se ha presentado” (81); se observa el no cumplimiento de las metas establecidas para diferentes condiciones como leucemia aguda pediátrica, cáncer de mama, cáncer de cérvix, cáncer de próstata, entre otros.

En cuanto a la garantía del derecho de los niños y niñas a una detección y tratamiento oportuno de la **Leucemia Linfoide Aguda Pediátrica** para el año 2022 de acuerdo con lo reportado en el informe de indicadores de cálculo y resultado de distribución de recursos para ajustes ex POST (Tabla 19), se evidencia que del total de EPS:

- 12 de 31 EPS no cumplieron con el estándar de **5 días** para el diagnóstico e incluso algunas **tardaron hasta 25 días** para su realización.
- 13 de 31 EPS no cumplieron con el estándar de **inicio del tratamiento dentro de los 5 días posteriores al diagnóstico** con demoras de hasta **60 días** en algunos casos, poniendo en **grave riesgo la salud y la vida** de los niños y niñas con este diagnóstico.
- 10 de 31 EPS no cumplieron con el estándar de **continuidad del tratamiento (Meta: 60%)**, expresión de las barreras de acceso administrativas y la ausencia de gestión del riesgo en salud.

Tabla 19. Indicadores de cálculo y resultado para ajustes ex POST. Leucemia Linfoide Aguda 2022

EPS	Oportunidad del diagnóstico (días) Meta: 10 días	Oportunidad de inicio de tratamiento (días) Meta: 6 días	Continuidad de tratamiento (% de cumplimiento) Meta: 60%
1	SD	SD	SD
2	SD	4	SD
3	25,29	10,71	62,50%
4	SD	10,00	SD
5	SD	SD	SD
6	SD	SD	SD
7	4,00	4	0%
8	8,00	33,13	23,09%
9	6,31	14,33	55,81%

EPS	Oportunidad del diagnóstico (días) Meta: 10 días	Oportunidad de inicio de tratamiento (días) Meta: 6 días	Continuidad de tratamiento (% de cumplimiento) Meta: 60%
10	4,33	1	100%
11	5,76	3,67	70,37%
12	11,40	5,50	40%
13	5,16	1,8	73,68%
14	2,29	3	87,5%
15	SD	SD	SD
16	15,4	23,92	42,31
17	SD	SD	SD
18	SD	SD	SD
19	SD	SD	SD
20	2,0	10	0%
21	4,75	10	75%
22	SD	SD	SD
23	13,0	SD	100%
24	SD	SD	SD
25	SD	SD	SD
26	3,8	15,2	80%
27	17,08	57,5	41,67%
28	11,25	13,78	45,45%
29	8,24	13	21,43
30	3,62	3,67	84,21%
31	14,83	5,42	37,5%

Fuente: Cuenta de Alto Costo – MSPS. Cálculo y resultado de la distribución de recursos. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>, ajustes ex POST 2023, Mecanismos de distribución.

En cuanto a la garantía del derecho a las mujeres a una detección y tratamiento oportuno por **cáncer de mama** (Tabla 20) en el año 2022 del total de EPS:

- 23 de 31 EPS **no garantizaron el tamizaje con mamografía** (meta:40%) a las mujeres entre 50 y 69 años a pesar de ser su derecho.
- 25 de 31 EPS no cumplieron con el estándar de **oportunidad del diagnóstico** (meta 30 días) e incluso algunas tardaron hasta 65 días.
- 21 EPS no cumplieron con el estándar de **estadificación temprana al momento de diagnóstico** (meta 60%).
- 25 EPS no cumplieron con el estándar de **oportunidad de inicio del tratamiento** (meta 45 días) e **incluso 10 EPS tardaron más de 80 días en el inicio de ese tratamiento**, lo que en consecuencia genera mayores costos familiares, sociales y para el sistema de salud.

Lo anterior se refleja en las coberturas nacionales relacionadas con estos indicadores las cuales fueron de 28,9% (Meta de 40%) para el tamizaje con mamografía, 44 días para oportunidad del diagnóstico (Meta de 30 días), 45% para estadificación temprana al momento del diagnóstico (Meta de 60%) y 69,9 días para la oportunidad de inicio del tratamiento (Meta de 45 días) y se relaciona con graves restricciones para el acceso

a los servicios de salud, falta de oportunidad de la atención, fragmentación y segmentación con redes de atención que no se organizan en función de las necesidades de la población.

Un estudio realizado en Colombia identificó que “una mayor **fragmentación de la atención** en salud, definida como el número de prestadores de servicios de salud que tratan a una paciente durante el primer año después del diagnóstico, se asocia con una **disminución de la supervivencia a 4 años** y un **aumento del costo de atención** de las mujeres con cáncer de mama en Colombia” (82) e incluso el mismo estudio encontró que dentro de la cohorte de mujeres que participaron, algunas fueron atendidas hasta en 16 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud diferentes. Esta información puede explicar porque se reporta en investigaciones (83) realizadas para algunas poblaciones del país una supervivencia entre el 77% y el 80%, la cual es considerablemente inferior a la reportada a nivel global por la OMS (84) (GLOBOCAN) y que es superior al 90%.

Tabla 20. Indicadores de cálculo y resultado para ajustes ex POST. Cáncer de mama 2022

EPS	Cober- tura del tamizaje con ma- mografía (% de cumpli- miento) Meta: 40%	Oportu- nidad del diagno- stico (días) Meta: 30 días	Estadificación temprana al momento del diagnóstico (% de cumpli- miento) Meta: 60%	Oportu- nidad de inicio de trata- miento (días) Meta: 45 días
1	17,4%	SD	SD	SD
2	10,31%	63,67	50%	30,0
3	20,41%	62,44	27,18%	78,58
4	9,8%	37,20	0%	92,6
5	60,7%	32,0	88,89	52,11
6	31,97%	65,27	60%	83,83
7	55,87%	23,83	67%	43,1
8	45,34%	36,56	52,69%	59,77
9	40,89%	30,78	58,91%	50,85
10	47,59%	30,59	53,12%	71,83
11	19,07%	21,65	62,17%	45,6
12	50,85%	30,95	63,92%	43,91
13	51,66%	36,12	61,41%	80,42
14	34,37%	51,18	45,05%	76,42
15	26,38%	63,50	16,67%	91,8
16	36,03%	42,22	46,92%	77,21
17	18,82%	SD	SD	SD
18	38,25%	41,42	14,29%	88,88
19	35,14%	38,88	40%	50,73
20	12,13%	16,0	100%	60
21	5,84%	SD	100%	91,0
22	16,39%	34,89	30%	63,78
23	20,6%	48,42	18,75%	58,38
24	17,72%	50,0	0%	SD
25	34,44%	49,8	27,94%	76,24
26	18,58%	41,32	49,86%	59,42
27	20,11%	43,40	24%	94,07
28	14,18%	36,06	34,09%	83,61
29	26,83%	42,74	40,54%	91,84
30	41,29%	42,80	38,38%	81,28

EPS	Cober- tura del tamizaje con ma- mografía (% de cumpli- miento) Meta: 40%	Oportu- nidad del diagno- stico (días) Meta: 30 días	Estadificación temprana al momento del diagnóstico (% de cumpli- miento) Meta: 60%	Oportu- nidad de inicio de trata- miento (días) Meta: 45 días
31	18,675	41,16	45,25%	71,82

Fuente: Cuenta de Alto Costo – MSPS. Cálculo y resultado de la distribución de recursos. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>, ajustes ex POST 2023, Mecanismos de distribución.

En cuanto a la garantía del derecho a las mujeres a una detección y tratamiento oportuno por **cáncer de cuello uterino** (Tabla 21), para el año 2022:

- 25 EPS no cumplieron con el estándar establecido en relación con **la realización de la citología cervicouterina** (meta 60%) a las mujeres pertenecientes a la población sujeto de este derecho.
- 25 EPS no cumplieron con el estándar de **oportunidad del diagnóstico** (meta 30 días).
- 23 EPS no cumplieron con el estándar de **estadificación temprana al momento del diagnóstico** (meta 80%).
- 28 EPS no cumplieron con el estándar de **oportunidad de inicio del tratamiento** (meta 45 días).

Las coberturas nacionales relacionadas con estos indicadores registran incumplimiento de los estándares establecidos con cifras de 48,2% (Meta de 60%) para el tamizaje con citología cervicouterina, 42,7 días para oportunidad del diagnóstico (Meta de 30 días), 43% para estadificación temprana al momento del diagnóstico (Meta de 80%) y 67,8 días para oportunidad de inicio del tratamiento (Meta de 45 días). La supervivencia reportada por GLOBOCAN para el nivel mundial es del 92%, sin embargo, estudios desarrollados en el país muestran como esta cifra no supera el 63% en algunas poblaciones (84).

Tabla 21. Indicadores de cálculo y resultado para ajustes ex POST. Cáncer de cuello uterino 2022

EPS	Cober- tura de tamiza- je con citología cervicou- terina (% de cumpli- miento) Meta: 60%	Opor- tunidad del diag- nóstico (días) Meta: 30 días	Estadificación temprana al momento del diagnóstico (% de cumpli- miento) Meta: 80%	Oportu- nidad de inicio de trata- miento (días) Meta: 45 días
1	47,75%	SD	SD	SD
2	37,62%	56,5	20,0%	87,0

EPS	Cober- tura de tamiza- je con citología cervicou- terina (% de cumpli- miento) Meta: 60%	Opor- tunidad del diag- nóstico (días) Meta: 30 días	Estadificación temprana al momento del diagnóstico (% de cumpli- miento) Meta: 80%	Oportu- nidad de inicio de trata- miento (días) Meta: 45 días
3	39,32%	58,37	28,33%	77,39
4	23,44%	8,6	28,57%	55,2
5	38,67%	SD	SD	SD
6	31,5%	5,0	0%	33,0
7	45,6%	53,33	63,64%	57,88
8	45,14%	40,95	59,21%	57,88
9	51,75%	42,22	79,26%	51,68
10	59,46%	13,0	SD	SD
11	49,61%	41,46	57,50%	65,79
12	70,65%	40,11	64,71%	64,24
13	63,59%	51,36	55,04%	74,15
14	60,59%	27,09	56,86%	93,25
15	57,02%	SD	0%	SD
16	53,29%	35,57	34,06%	83,59
17	36,65%	SD	SD	SD
18	60,08%	144,5	100%	50,0
19	53,71%	105,0	SD	SD
20	37,45%	11,67	0%	39,67
21	24,59%	SD	SD	SD
22	50,37%	37,64	25%	58,40
23	58,22%	24,0	21,43%	77,6
24	38,60%	SD	100%	SD
25	63,265	36,96	44,12%	76,67
26	45,62%	48,57	33,33%	60,1
27	51,45%	33,12	25%	87,9
28	40,21%	31,96	44,96%	91,52
29	46,97%	46,91	50,18%	75,17
30	61,07%	34,94	63,87%	93,59
31	57,70%	39,23	29,66	72,0

Fuente: Cuenta de Alto Costo – MSPS. Cálculo y resultado de la distribución de recursos. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>, ajustes ex POST 2023, Mecanismos de distribución.

En cuanto a la garantía del derecho a los hombres a una detección y tratamiento oportuno del **cáncer de próstata** (Tabla 22), en el año 2022:

- 28 EPS no cumplieron con el estándar establecido en relación con **oportunidad del diagnóstico** (meta: días).
- 30 EPS no cumplieron con el estándar de **estadificación temprana al momento de diagnóstico** (meta 70%).
- 18 EPS no cumplieron con el estándar de **oportunidad de inicio del tratamiento** (meta 60 días).

Las coberturas nacionales relacionadas con estos indicadores registran cifras muy por debajo de lo esperado: 52,7 días para oportunidad del diagnóstico (meta de 30 días), 39% para estadificación temprana al momento del diagnóstico (meta de 70%) y 78,7

días para oportunidad de inicio del tratamiento (meta de 60 días).

Tabla 22. Indicadores de cálculo y resultado para ajustes ex POST. Cáncer de próstata. 2022

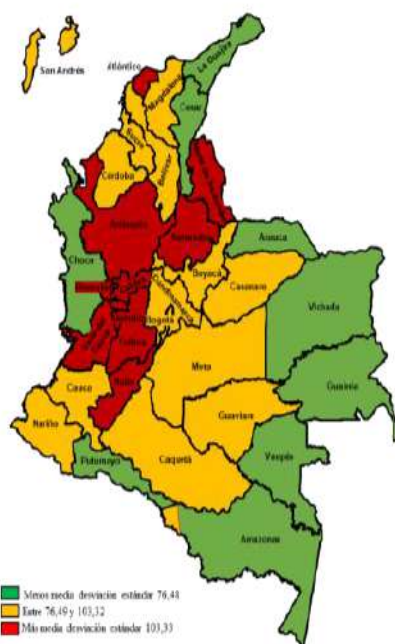
EPS	Oportu- nidad del diagnóstico (días) Meta: 30 días	Estadificación temprana al momento del diagnóstico (% de cumplimiento) Meta: 70%	Oportunidad del inicio del tratamiento (días) Meta: 60 días
1	SD	SD	SD
2	SD	SD	SD
3	70,62	20,51%	80,49
4	53,0	0%	112,0
5	52,50	50%	51,0
6	66,29	25%	82,36
7	46,33	57,97%	64,47
8	55,71	51,3%	70,26
9	59,14	56,07%	92,05
10	51,52	59,57%	94,77
11	47,63	51,76%	84,72
12	52,77	47,27%	57,44
13	50,84	64,91%	93,95
14	55,40	31,43%	80,77
15	48,0	50%	95,0
16	45,08	43,40	85,83
17	SD	SD	SD
18	23,8	20%	93,2
19	70	50%	52,27
20	33,33	33,33%	74,67
21	25	50%	84,5
22	56,83	88,89%	25,33
23	19,33	20%	26,33
24	98	33,33%	SD
25	69,82	35,71%	102,80
26	74,52	23,91%	91,17
27	41,06	28,07%	105,75
28	35,20	29,37%	78,39
29	58,06	17,33%	96,36
30	46,2	37,76%	94,02
31	70,88	41,07%	55,92

Fuente: Cálculo y resultado de la distribución de recursos. Cuenta de Alto Costo – MSPS. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>, ajustes ex POST 2023, Mecanismos de distribución.

Según datos preliminares, para el año 2022 el cáncer fue la segunda causa de mortalidad general (95,8 x 100.000 hab) en el país y la primera causa de mortalidad prematura (102,8 x 100.000 hab). Las tasas más altas de mortalidad prematura por esta causa se registraron en departamentos que tuvieron un mayor ingreso per cápita por UPC para el mismo periodo (Figura 26).

Los tipos de cáncer con mayor mortalidad fueron: cáncer de mama, cáncer de próstata, cáncer de estómago, cáncer de pulmón y cáncer de colon y recto.

Figura 26. Tasa de Mortalidad Prematura por 100.000 habitantes por Cáncer. Colombia 2022



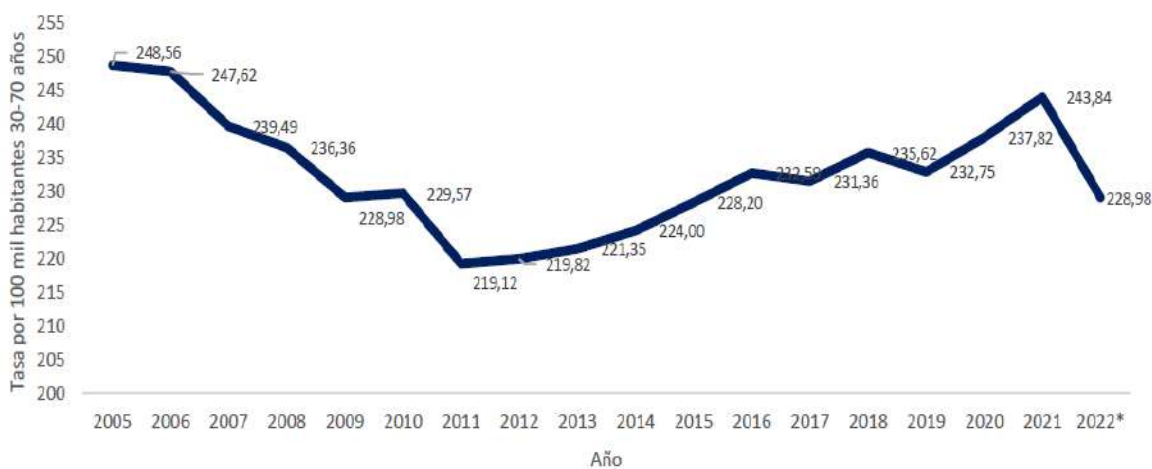
Fuente: Cubo estadísticas vitales SISPRO/ Población DANE. Consultado Noviembre 2023. Datos preliminares 2022.

Finalmente se estima que en el país durante el año 2019 se perdieron por esta causa un total de 767,6 años de vida ajustados por discapacidad por cada 100.000 habitantes.

9.3 Estado de la garantía del derecho de la población a la detección y tratamiento de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT)

En los últimos 18 años han fallecido en el país 841.736 personas por Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), es decir que cada año mueren en promedio 46.763 personas por esta causa. El 26% de esta mortalidad ocurrió en los últimos 4 años, donde el país alcanzó una tasa de 243,84 defunciones por cada 100 mil habitantes en 2021.

Figura 27. Tasa de Mortalidad Prematura por enfermedades crónicas no transmisibles.

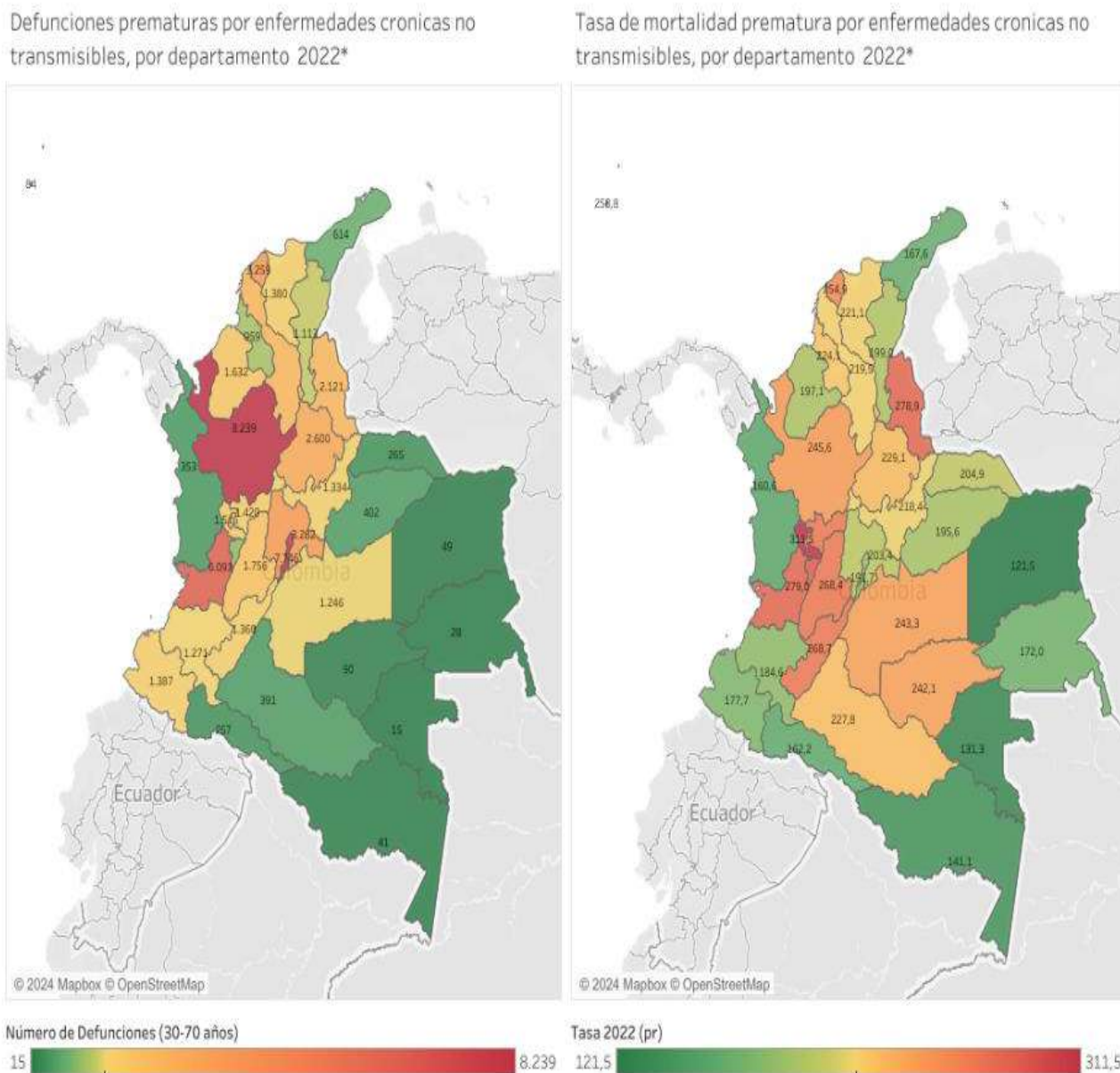


Fuente: Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024. *los datos de 2022 son preliminares.

Durante los años 2012 y 2021 la mortalidad por esta causa creció 1,15% cada año. Cuatro (4) diagnósticos de ECNT hicieron parte de las 10 primeras causas de mortalidad en Colombia en 2022: Tumor maligno de estómago, Hipertensión esencial, Tumor maligno de los bronquios o del pulmón y EPOC(85).

Del total de departamentos del país el 39,4% (n=13) registraron tasas de mortalidad por ECNT superiores a la media nacional en 2022 (pr). Antioquia (n=8.239), Bogotá (n=7.746) y Valle del Cauca (n=6.093), aportaron el 40% de la mortalidad (Figura 28). En contraste, las tasas más bajas de mortalidad por ECNT se registraron en los departamentos de Vichada (n=121,49), Vaupés (n=131,33) y Amazonas (n=141,08).

Figura 28. Número de defunciones y tasa de mortalidad prematura por Enfermedades Crónicas No Transmisibles según departamento.



Fuente: Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024. *los datos de 2022 son preliminares. ** tasa por 100.000 habitantes de 30 a 70 años.

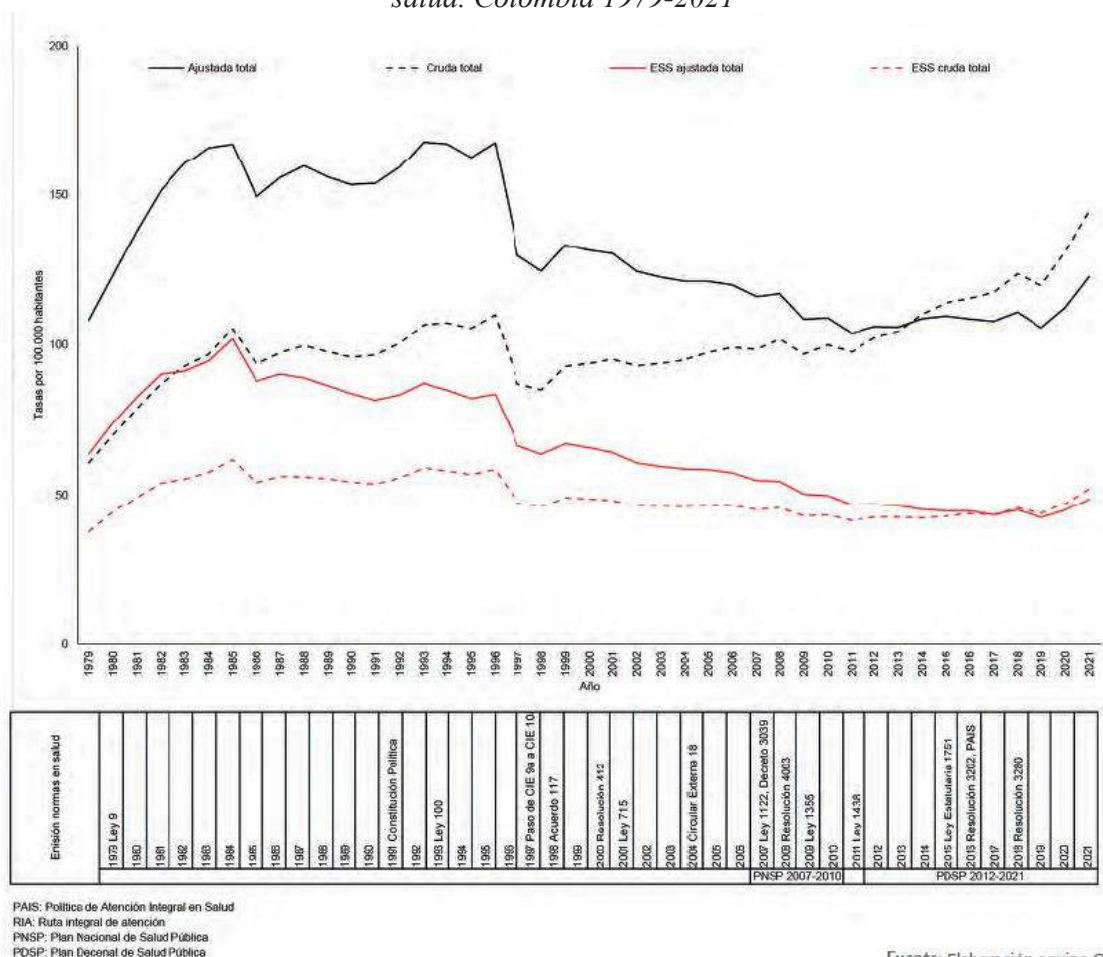
Del total de ECNT, las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) representaron la primera causa de mortalidad general (175,5 muertes x 100.000 hab) y la segunda causa de mortalidad prematura (100,58 x 100.000 hab) en el país.

Según el Informe 15 del Observatorio Nacional de Salud (17), “la ECV es la principal causa de muerte en Colombia y anualmente representa cerca del 31% de todas las muertes”. Se manifiestan como enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, enfermedad cardíaca hipertensiva, enfermedad cardíaca reumática, enfermedad arterial periférica y otros problemas vasculares y cardíacos, con efectos negativos a nivel familiar, pérdida de productividad y mayor demanda de servicios asistenciales de alta complejidad con efectos en los costos para el sistema de salud.

Son factores de riesgo para la presencia de ECV condiciones como la hipertensión, dislipidemia, diabetes, antecedentes familiares de enfermedad coronaria, cardiopatía coronaria, tabaquismo, actividad física insuficiente y el consumo nocivo de alcohol que pueden contrarrestarse al mejorar “los estilos de vida, el tratamiento de los factores de riesgo y abordando los determinantes sociales de la salud”, es decir que pueden evitarse, prevenirse o tratarse con atención oportuna y de buena calidad dados los conocimientos médicos, las tecnologías disponibles y la adherencia a los tratamientos.

En la Figura 29 se observa una reducción de la mortalidad por ECV desde el año 1996 cuando ya estaba expedida la Ley 100, pero a partir del año 2008 y hasta el año 2018 esa tendencia se detiene y a partir del 2019 se evidencia un aumento, coincidente con la pandemia cuyos efectos se verán a los 5 años de ocurrida, que nos retrocedió a tasas de mortalidad por ECV similares a las de 1993 o menos.

Figura 29. Mortalidad por ECV general y evitable por los servicios de salud y principales normas en salud. Colombia 1979-2021



Fuente: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Cuando la muerte es evitable, (Pág.168). Bogotá, D. C.,2023.

Aunque la Enfermedad Renal Crónica contribuye a la mortalidad prematura su registro puede estar subestimado dada la alta prevalencia de comorbilidades y el alto riesgo de eventos cardiovasculares. Esta enfermedad se cataloga como de alto costo dada su prevalencia e incidencia y el riesgo elevado de complicaciones, muerte y consumo de recursos superior a la población general(86).

Al igual que en cáncer, se evidencian de acuerdo con lo reportado por la cuenta de alto costo para el año 2022 (octubre), importantes restricciones para el acceso de la población a intervenciones relacionadas con la gestión del riesgo individual que permitan mitigar la evolución y/o complicación de patologías como la diabetes e hipertensión, las cuales se constituyen en factor de riesgo independiente de enfermedad cardiovascular aumentando de 2 a 8 veces la morbilidad y más del doble de mortalidad por esta causa y en precursoras para enfermedad renal crónica (Tabla 23). Es importante tener en cuenta que más del 99% de las personas con estas enfermedades se encontraba afiliadas a una EPS.

Tabla 23. Indicadores de gestión del riesgo individual personas con diagnóstico de diabetes e hipertensión arterial, Colombia 2022*

Condición	Indicador	Resultado
Diabetes	Medición HbA1c	54,9%
	Control HbA1c	56,2%
	Control IMC	24,4%
	Control LDL	53,3%
	Medición creatinina en el último año	70,9%
Hipertensión arterial	Control HTA	70,5%
	Medición LDL	53,2%
	Control LDL	51,6%
	Control IMC	25,3%
	Medición creatinina último año	54,2%

Fuente: Cuenta de Alto Costo. 2022.

*Información con corte a octubre.

9.4 Estado de la garantía del derecho fundamental a la salud de las personas gestantes

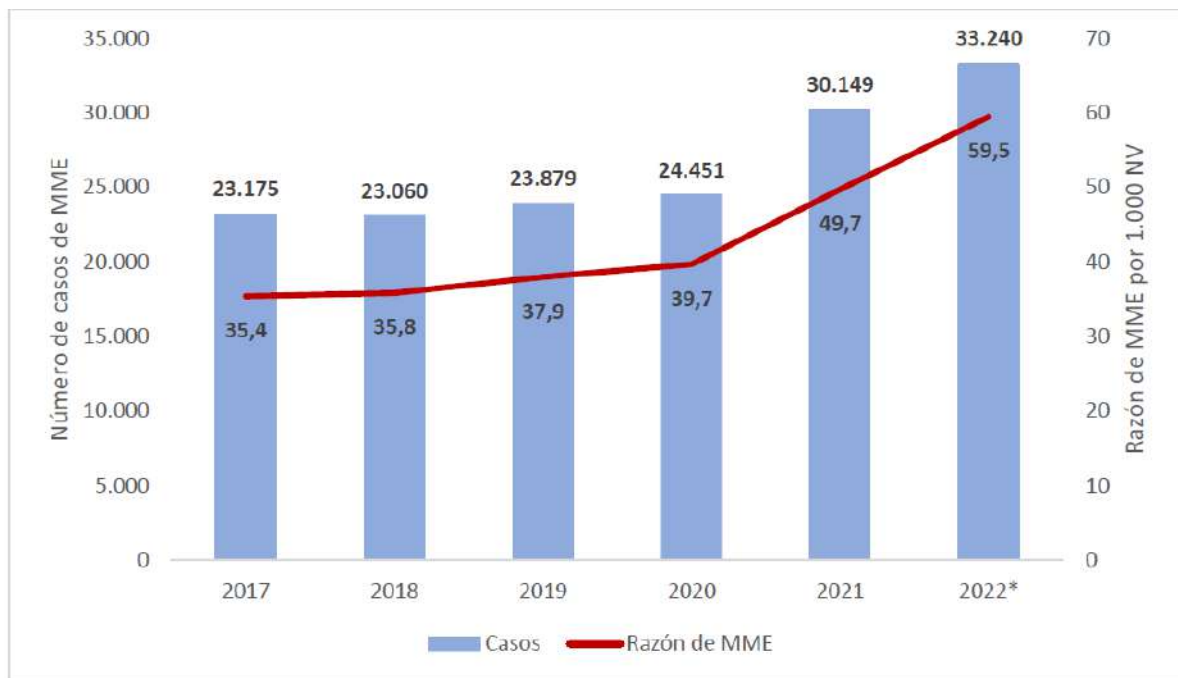
Para el año 2022 se registraron en el país según datos preliminares del DANE un total de 569.311 nacimientos, sin embargo, y a pesar de la meta trazadora fijada para Colombia en la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2030 relacionada con que en el 93% de los nacimientos, las madres asistieran a 4 o más controles prenatales durante su gestación, respecto al total de nacidos vivos, este porcentaje fue del **84%**.

Aunque la Organización Mundial de la Salud establece que “un número mayor de contactos de mejor calidad entre las mujeres y los profesionales sanitarios a lo largo del embarazo facilitará la adopción de medidas preventivas y la detección oportuna de riesgos, reducirá las complicaciones y abordará las desigualdades en materia de salud”, en el año 2022, 22.772 personas gestantes no accedieron a ningún control prenatal y 66.609 tuvieron menos de 4 consultas prenatales(87) a pesar de que las intervenciones que hacen parte de la atención para el cuidado prenatal se encuentran financiadas con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y están reguladas como de obligatorio cumplimiento.

A partir de esta información se estima que se dejaron de invertir un total de \$80.425.119.162 millones de pesos por la no realización o realización inadecuada del control prenatal a 89.381 personas gestantes, lo que puede estar relacionado con las cifras registradas para morbilidad materna extrema y mortalidad materna en el entendido de que el acceso efectivo a esta atención en salud contribuye en el mejoramiento de la salud materna, la promoción del desarrollo fetal, la identificación e intervención temprana de los riesgos relacionados con la gestación y la generación de condiciones óptimas que permitan un parto seguro(88).

La morbilidad materna extrema entendida como “un evento de interés en salud pública que tiene un impacto importante al evaluar los servicios de salud ya que una atención oportuna y de calidad en una mujer con una complicación obstétrica severa puede prevenir un desenlace fatal”(89); registró para el país durante el periodo 2017-2022 un aumento del 44% (n=10.364 casos), pasando de 23.175 casos y una razón de 35,4 por cada 1.000 nacidos vivos en el 2017 a un acumulado de 33.539 casos con una razón de 59,5 por 1.000 nacidos vivos en el año 2022.

Figura 30. Casos y razón de morbilidad materna extrema. Colombia 2017-2022*



Fuente: base depurada SIVIGILA con corte a SE 52 de 2022. Fecha de consulta 13 de febrero de 2024, y EEVV – Nacimientos 2017-2022*.

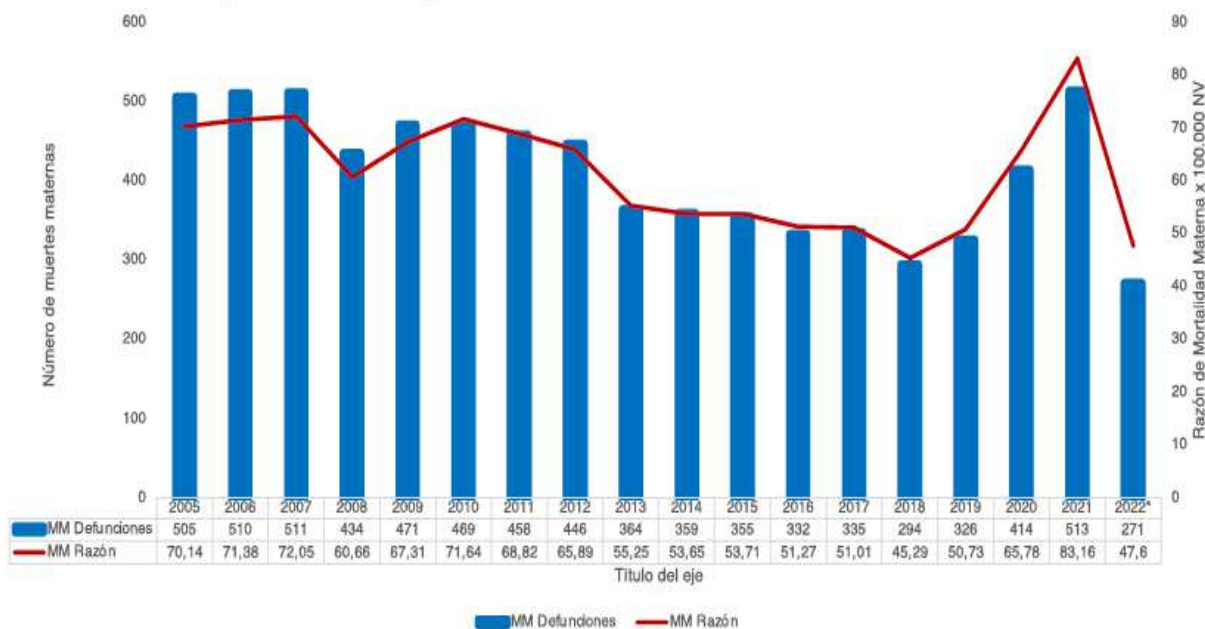
* Datos preliminares sujetos a cambios. Nota: La razón de morbilidad materna extrema está calculada por 1.000 nacidos vivos.

Para el año 2022 según la causa principal agrupada el 72,6% (n=24.134) de los casos tuvo como diagnóstico trastornos hipertensivos del embarazo, seguido de las complicaciones hemorrágicas con el 14,3% (4.746) y la sepsis de origen obstétrico con el 5,0% (1.677) de los casos. La atención de esta condición y sus complicaciones requiere manejo hospitalario y se puede requerir dentro de la instauración de este el ingreso a una unidad de cuidados intensivos (UCI), transfusión sanguínea o cirugías adicionales diferentes al parto o la cesárea(90).

La mortalidad materna es un problema de salud pública inaceptablemente alto en países de ingresos bajos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”.

Colombia históricamente ha registrado razones de mortalidad materna (RMM) superiores a 50 muertes por 100.000 nacidos vivos e incluso en el último quinquenio registró una tendencia hacia el aumento alcanzando en el 2021 una RMM de 83,1 muertes por 100.000 nacidos vivos. A partir del año 2022 se observa una disminución tanto en muertes como en RMM, pasando de 335 muertes maternas en el año 2017, llegando a 513 muertes maternas para el 2021 y descendiendo a 271 muertes en el 2022* para una razón de mortalidad materna de 47,6 por cada 100.000 nacidos vivos. Del total de mujeres que murieron por esta causa en el año 2022 el 90% (n=244) se encontraba afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Figura 31. Casos y razón de mortalidad materna. Colombia 2005 – 2022*

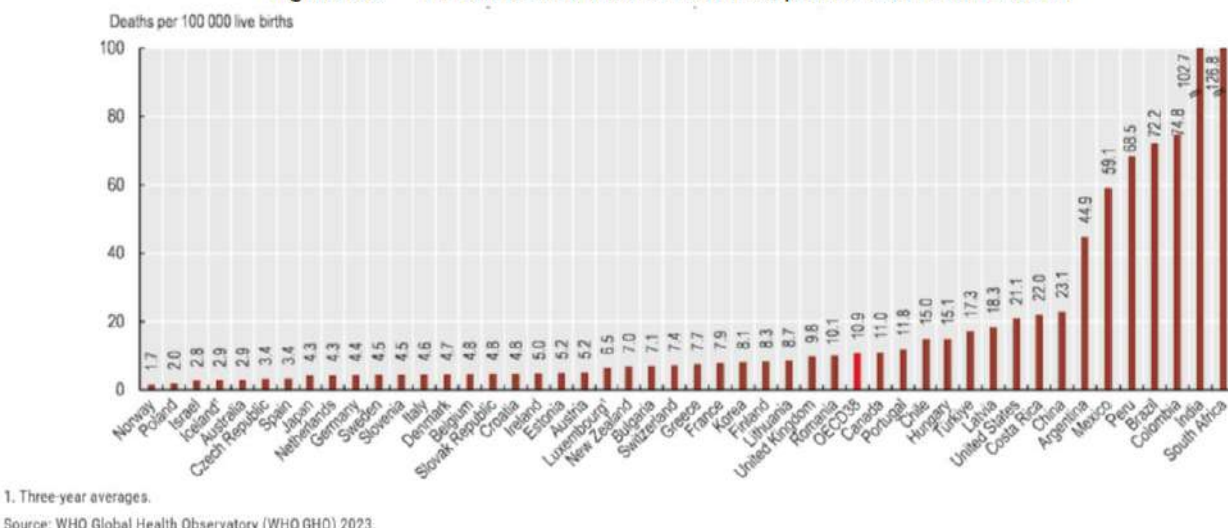


Fuente: Estadísticas vitales – DANE Para la serie 2005-2022

Los datos de 2022* provienen de Estadísticas Vitales son preliminares.

Colombia se ubica dentro de los Estados miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) con las razones más altas de mortalidad materna, siendo solamente superado por India y Sur África (figura 32).

Figura 32. Razón de mortalidad materna, países de la OCDE 2020



1. Three-year averages. Source: WHO Global Health Observatory (WHO GHO) 2023.

Fuente OCDE: //efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.oecd.org/health/Panorama-de-la-Salud-2021-OCDE.pdf

9.5 Estado de la garantía del derecho fundamental a la salud de niños y niñas

Por mandato constitucional la infancia debe tener especial protección por el Estado colombiano y el sistema de salud, en especial, está obligado a brindar las garantías de acceso, integralidad y continuidad de la

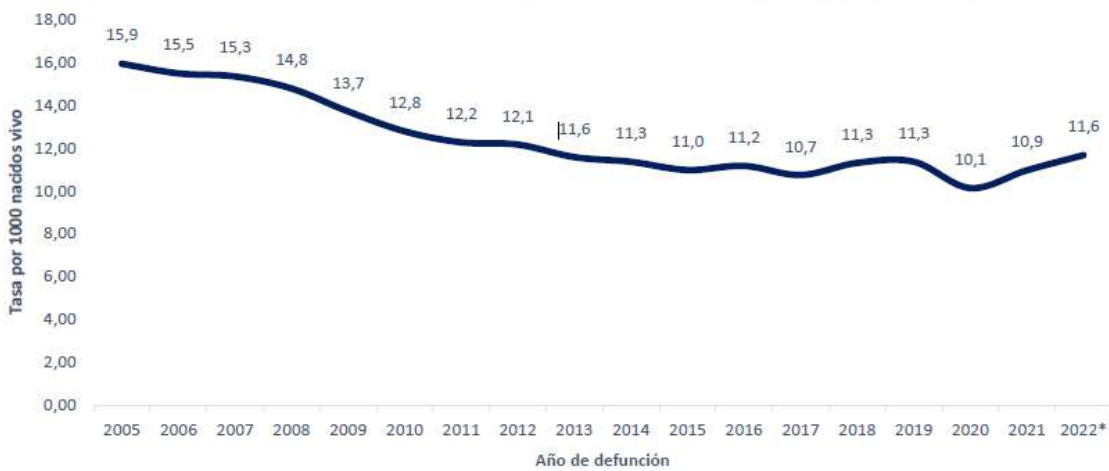
atención en los servicios de salud, así como la activación de la respuesta de otros sectores para su protección integral.

En este sentido, la **Unidad de Pago por Capitación (UPC)** para niños y niñas menores de un año es muy superior a las de los demás grupos etarios (\$3.473.553 para el régimen subsidiado y \$4.327.347 para el régimen contributivo en 2024(91)) a fin de que se lleven a cabo las acciones necesarias para la promoción de la salud y la prevención de riesgos y complicaciones, lo que se debe reflejar necesariamente en la reducción de la mortalidad infantil y en menores de cinco años y especialmente de aquellas relacionadas con desnutrición, infecciones respiratorias y enfermedad diarreica aguda.

Aun así, **6.632** niños y niñas murieron en Colombia antes de cumplir un año de edad durante el año 2022, alcanzando una **tasa de mortalidad infantil** de 11,6 niños por cada 1.000 nacidos vivos.

Aunque en los últimos dieciocho años se ha observado una reducción de 4,2 muertes por cada 1000 nacidos vivos en este indicador, en promedio siguen falleciendo 8.295 niños y niñas cada año antes de cumplir su primer año de vida. Incluso en los últimos diez años (haciendo excepción de los años de pandemia 2020 y 2021) se observa un estancamiento de este indicador (Figura 33), a pesar de los recursos asignados dentro del sistema de salud para proteger a este grupo poblacional.

Figura 33. Tasa bruta de mortalidad en menores de un año de edad (infantil), Colombia 2005 – 2022*

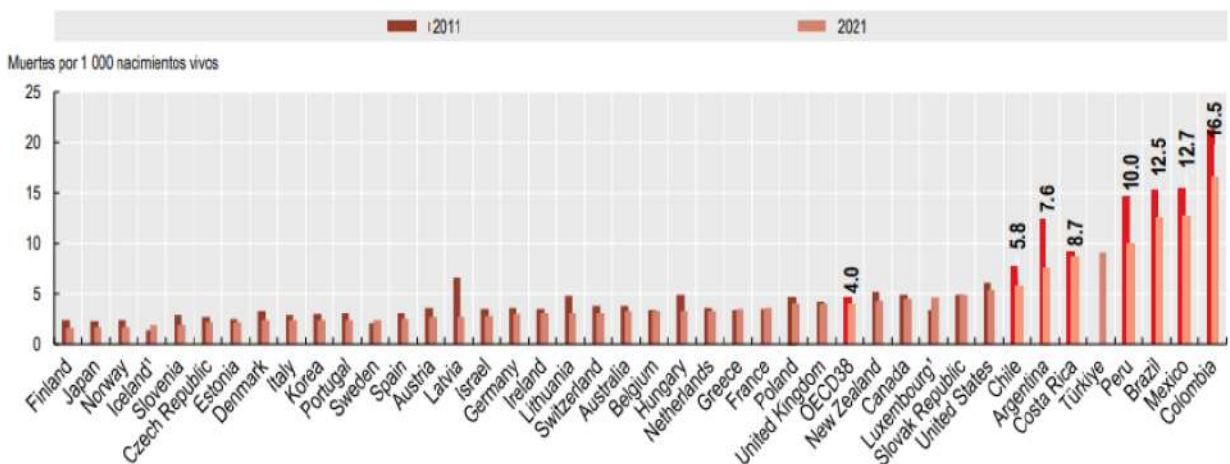


Fuente: Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024.

*los datos de 2022 son preliminares.

Al comparar este indicador con el de los Estados miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), la tasa de mortalidad infantil de Colombia registra la cifra más alta de todos los Estados miembros 16,5 por 1.000 nacidos vivos para el año 2021, es decir 4 veces superior a la tasa promedio de los 38 países observados, cifra menor a la reportada una década antes, momento en el cual también ocupó el deshonroso primer lugar (figura 34).

Figura 34. Mortalidad infantil, 2011 y 2021 Estados miembros de la OCDE

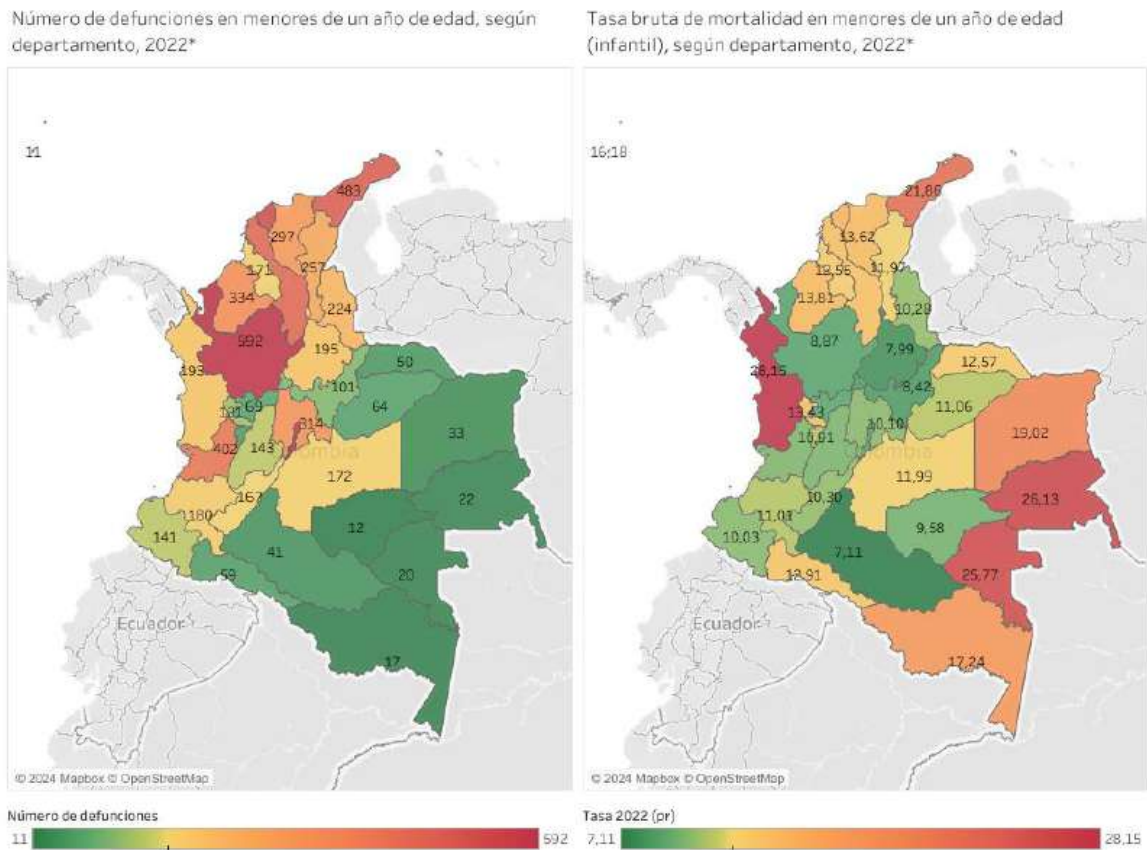


Fuente: OCDE. Panorama de la Salud 2023 – Indicadores OCDE

Existen claras **diferencias regionales** en el comportamiento de esta mortalidad. En términos relativos los departamentos donde se concentró la tasa de mortalidad infantil fueron Chocó (28,1), Guainía (26,1) y Vaupés (25,7), con valores que ascendieron a más del doble de la tasa nacional (11,6), mientras que Caquetá (7,1), Santander (7,9) y Boyacá (8,4) presentaron tasas de mortalidad infantil más bajas (63,8%, 45,8%

y 38,3%, respectivamente); sin embargo el escenario es diferente cuando se revisa el **número de casos** de muerte infantil evidenciándose una mayor concentración en Antioquia (592 muertes) y Bogotá (589 muertes), los cuales son territorios que se caracterizan por tener una mayor oferta de servicios.

Figura 35. Casos y tasa bruta de mortalidad en menores de un año de edad (infantil), según departamento, 2022*

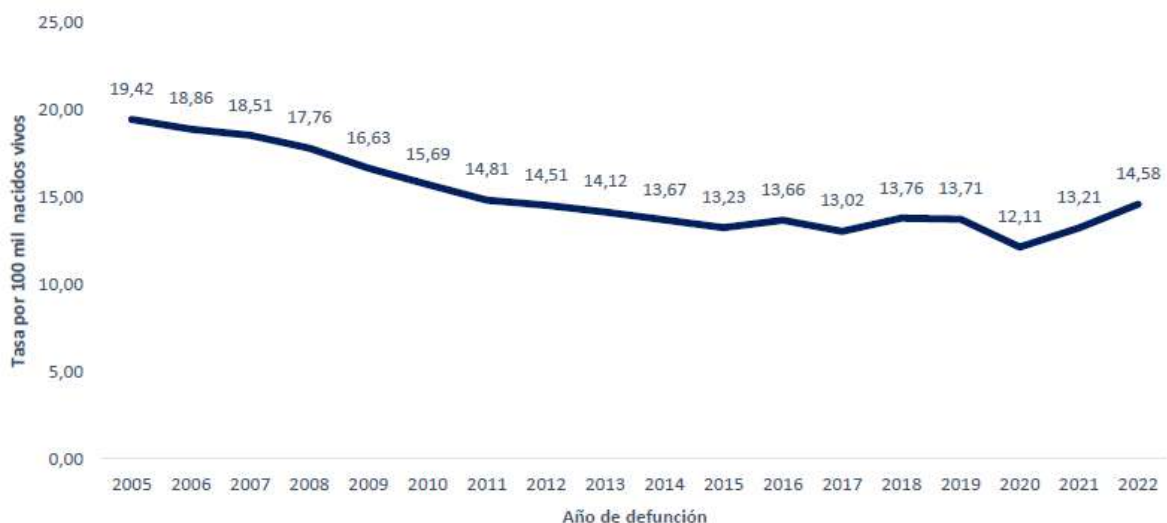


Fuente: Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024. *los datos de 2022 son preliminares ** tasa por 1.000 nacidos vivos.

Con relación a mortalidad en menores de cinco años, durante el año 2022, **8.228 niños y niñas murieron en Colombia antes de cumplir cinco años de edad**, alcanzando una tasa de mortalidad de 14,5 por cada 100.000 nacidos vivos*. En promedio fallecen 10.071 niños y niñas cada año antes de cumplir los cinco primeros años de vida.

Similar a la mortalidad infantil, la tasa de mortalidad en la infancia en los últimos diez años (haciendo excepción de los años de pandemia 2020 y 2021) muestra un estancamiento del indicador (figura 36), a pesar de los recursos asignados dentro del sistema de salud para proteger a este grupo poblacional (\$1,027.342 en el régimen subsidiado y \$1,716.184 en el régimen contributivo para el año 2022) las coberturas de intervenciones como la valoración integral del desarrollo no son las esperadas.

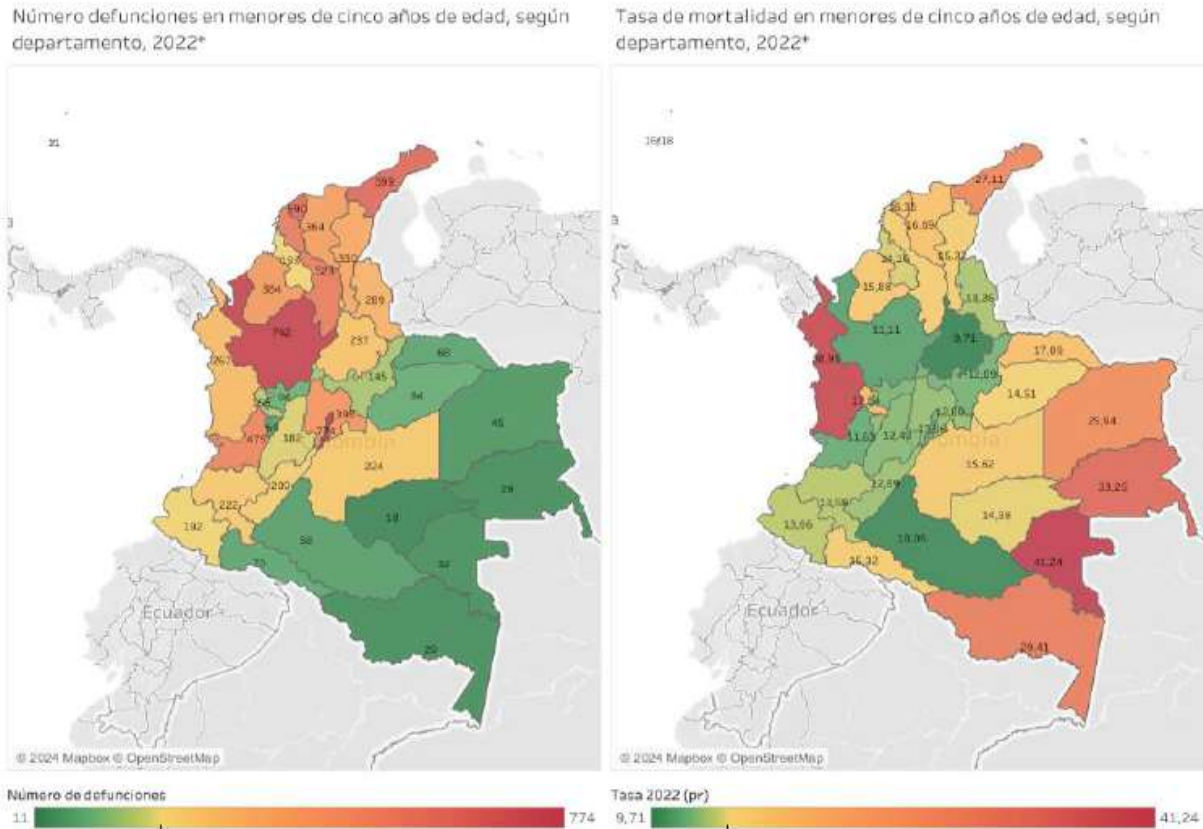
Figura 36. Tasa de mortalidad en menores de cinco años de edad (en la niñez), Colombia 2005-2022*



Fuente: Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024. *los datos de 2022 son preliminares.

Regionalmente el escenario es similar al expuesto en la mortalidad infantil cuando se revisa el **número de casos**, Antioquia (742) y Bogotá (774), acumulan el 18,2% (1.516) de toda la mortalidad en este grupo etario y para la tasa de mortalidad Vaupés y Chocó se ubican en los primeros lugares.

Figura 37. Casos y tasa de mortalidad en menores de cinco años de edad (en la niñez), según departamento, Colombia, 2005-2022



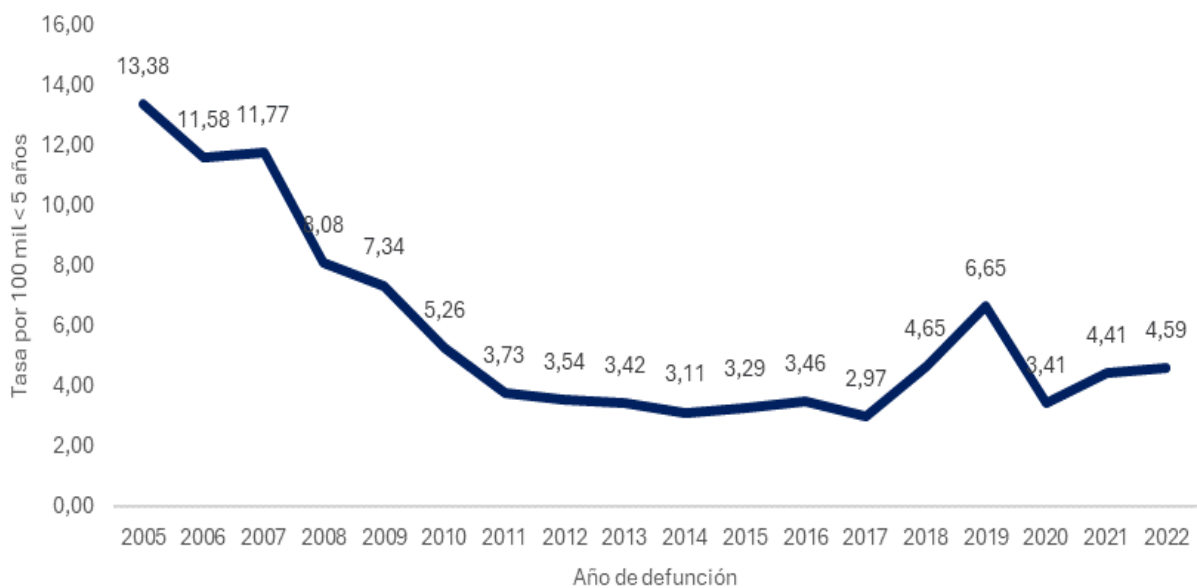
Fuente: Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024.

*los datos de 2022 son preliminares ** tasa por 100.000 nacidos vivos.

a. Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

Haciendo foco sobre las enfermedades prevalentes de la infancia, se observa que la **Mortalidad por Enfermedad Diarreica Aguda en menores de 5 años** se redujo durante los últimos dieciocho años a una velocidad de decrecimiento de 6,2% anual. No obstante, se evidencia que en los últimos 10 años no hubo mayor variación del indicador, e incluso se registra una tendencia al aumento en los últimos 4 años (figura 38).

Figura 38. Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda, Colombia, 2005-2022*



Fuente: Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024.

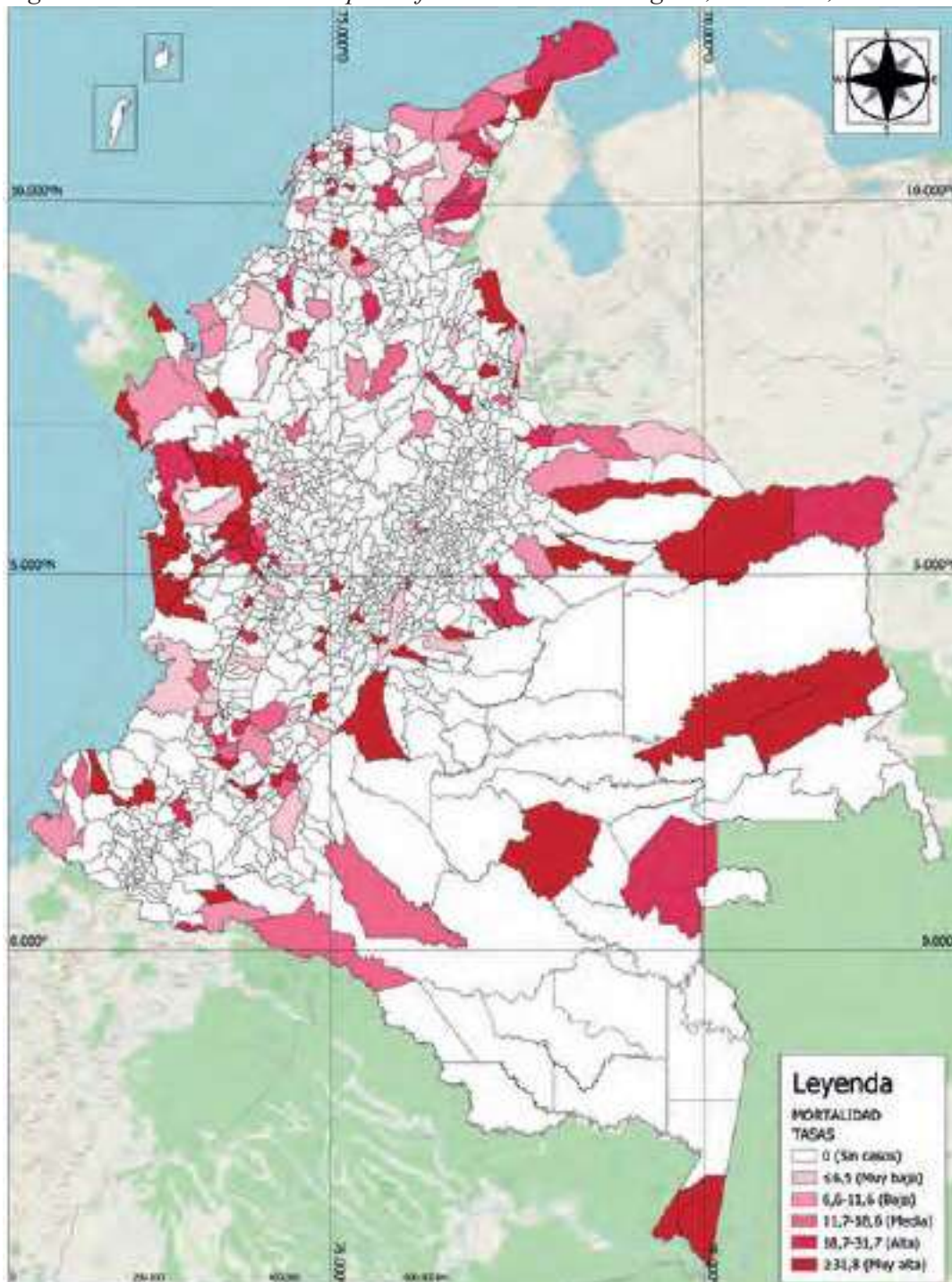
*los datos de 2022 son preliminares.

Según el último informe del Observatorio Nacional de Salud(17) “El análisis multivariado de datos de panel muestra que a medida que aumenta el índice municipal de acceso real a servicios de salud (IASS real) se reduce significativamente la probabilidad de presentar casos de mortalidad por EDA en menores de cinco años”.

Es así como este estudio identificó que municipios con muy bajos índices de acceso a servicios de salud-IASS para el periodo 2018-2022 como Bagadó – Chocó (Posición 1.112 en el IASS), Uribia - La Guajira (Posición 1.017 en el IASS) y Pueblo Rico – Risaralda (Posición 1.101 en el IASS) registran sistemáticamente tasas altas y muy altas de mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de cinco años, con más de nueve casos durante el periodo 2005 - 2021.

La mortalidad por EDA es totalmente prevenible por lo que su reducción debe ser una prioridad en políticas públicas modificando determinantes sociales y para el sistema de salud que debe adecuar la respuesta en prevención y diagnóstico oportunos, así como en seguimiento y continuidad de la atención en territorios claramente identificados.

Figura 39. Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica aguda, Colombia, 2020-2021

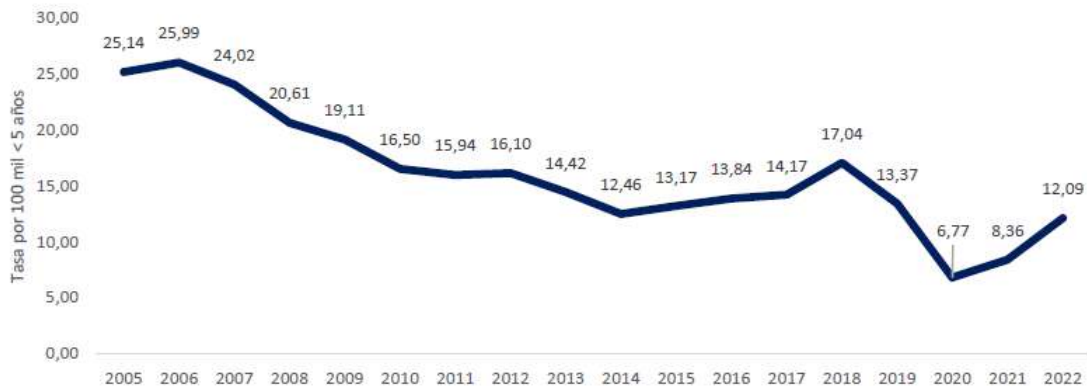


Fuente: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Cuando la muerte es evitable, (Pág.63). Bogotá, D. C.,2023.

b. Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda

Entre 2005 y 2022 han muerto 12.203 menores de 5 años por Infección Respiratoria Aguda (IRA), en promedio 678 defunciones al año. Si bien es cierto se observa una reducción progresiva entre 2005 (25,24) y 2014 (12,46), los siguientes años presentaron un incremento de 7,8% anual hasta 2018 (17,4). Durante los años de pandemia (2019-2020) la mortalidad descendió a un dígito con la mejor tasa de los últimos 18 años (6,77), sin embargo, los últimos dos años la tasa creció 29%, siendo 2 veces mayor el riesgo de muerte por IRA en menores de 5 años en 2022. La baja cobertura de indicadores relacionados con la promoción y el mantenimiento de la salud en la primera infancia se incluye dentro de los factores asociados a la mortalidad por IRA en menor de 5 años (92).

Figura 40. Tasa de mortalidad por infección respiratoria aguda en menores de cinco años de edad, Colombia, 2005-2022*



Fuente: Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024.

*los datos de 2022 son preliminares.

En 2022 se registraron 742 defunciones por infecciones respiratoria aguda en menores de 5 años, donde la mayoría de niños y niñas se encontraban afiliados al sistema de salud, siendo inaceptable que no se haya garantizado la gestión del riesgo por parte de las entidades a las que se les ha asignado el cuidado de esta población.

c. Desnutrición en menores de 5 años

La desnutrición es el resultado de **condicionantes sociales, económicos, culturales, asistenciales y de protección integral**, que incluyen políticas y estrategias para la seguridad alimentaria y nutricional de la población. Teniendo en cuenta que la respuesta desde el sistema de salud es un determinante intermedio del abordaje de esta problemática, se debe reflexionar acerca de la respuesta específica del sistema, cuando un niño o niña es detectado con algún tipo de desnutrición.

Durante el período de 2016 a 2022, la **prevalencia de desnutrición aguda moderada y severa en Colombia** mostró una tendencia general al alza. Se inició en 0,26 en 2016 y alcanzó su punto más alto en el año 2022 con una prevalencia de 0,56 x 100 menores de 5 años. Se observan aumentos en 2018, 2019, 2021 y 2022.

Es fundamental tener en cuenta que la notificación de los eventos de interés en salud pública experimentó una notable disminución durante los años 2020 y 2021 debido a la pandemia de COVID-19, sin embargo, se ha observado una tendencia constante de aumento en las notificaciones.

Figura 41. Casos y prevalencia de la desnutrición aguda moderada y severa, 2018 – 2022*



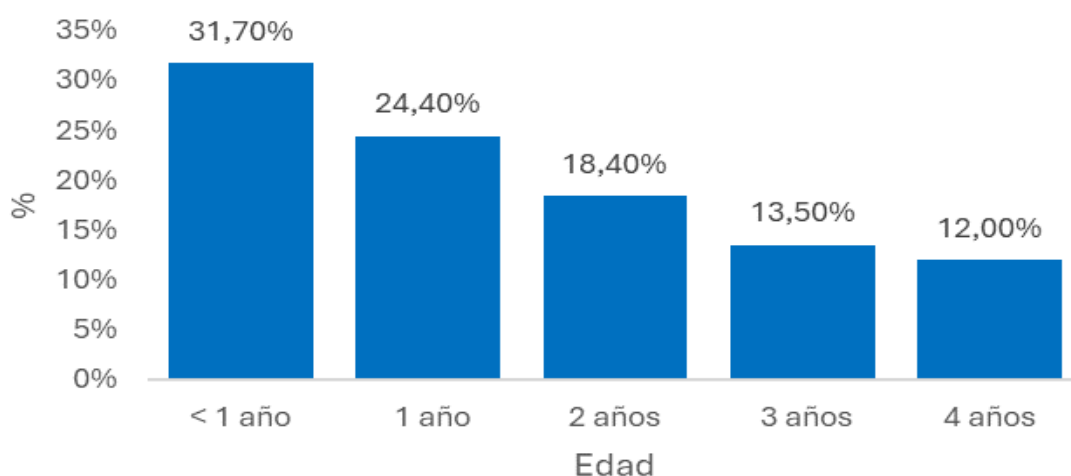
Fuente: Para la serie 2016-2021 Bodega de datos del SISPRO – SIVIGLIA, por geografía de residencia. Para 2022 base depurada tomada del portal SIVIGILA. Fecha de consulta 13 de febrero de 2024. Proyecciones poblacionales del DANE.

Existe una débil gestión del riesgo individual de los niños y niñas menores de cinco años con este diagnóstico, por parte de las EPS, a tal punto que el 74% (n=15.663) de los casos presentaba al menos un signo clínico como edema, desnutrición, emaciación o delgadez visible, piel reseca o áspera, hipo o hiperpigmentación de la piel, lesiones del cabello y/o anemia detectada por palidez palmar o de mucosas, al momento de tener contacto con el servicio de salud para la atención.

En cuanto a la asistencia de niños y niñas con diagnóstico de desnutrición a programas de crecimiento y desarrollo, que sirve para la detección de alteraciones en la infancia, se observan bajas coberturas de esta intervención con cifras que son del 31,1% en el grupo de menores de 1 año, 26% en población de 1 año, 18% en niños y niñas de 2 años, 13% en niños y niñas de 3 años y 15% en el grupo de 4 años.

Similar situación se identifica en el cumplimiento del esquema de vacunación de niños y niñas con el mismo diagnóstico. Tan solo el 31,7% de niños y niñas registran esquema completo, y se reduce esta actividad de protección a mayor edad, en 1 año (24,4%), 2 años (18,4%), 3 años (13,5%) y 4 años (12,0%).

Figura 42. Cumplimiento de esquemas de vacunación en niños y niñas con Desnutrición aguda, moderada y severa

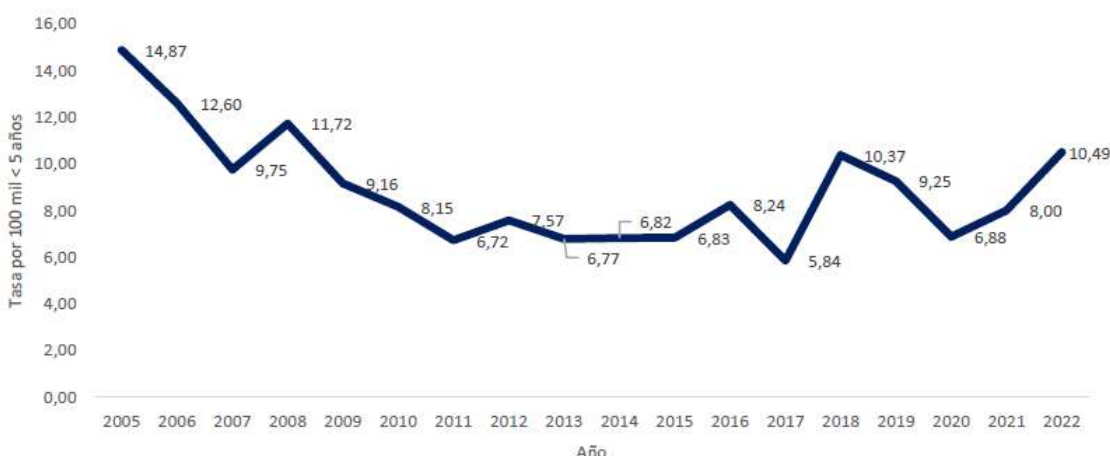


Fuente: Bodega de datos del SISPRO – SIVIGLIA. Fecha de consulta 13 de febrero de 2024.

Se evidencia entonces un débil seguimiento a la atención de niños y niñas que teniendo derecho a tener contacto con el personal de salud por lo menos una vez al año, y que adicionalmente son diagnosticados con algún tipo de desnutrición, no tengan el debido seguimiento con gestión del riesgo por parte de las entidades aseguradoras, quienes reciben la respectiva Unidad de Pago por Capitación.

Con respecto a mortalidad en el periodo 2005-2022 se han registrado en el país 6.676 defunciones en menores de 5 años asociadas a DNT. En promedio mueren anualmente 371 menores de 5 años por este evento. En los últimos 10 años se observa una tendencia al aumento de la mortalidad por desnutrición en este grupo etario, y alarma aún más el hecho que entre 2020 y 2022 ha crecido 9,2%.

Figura 43. Tasa de mortalidad por desnutrición en menores de cinco años de edad, Colombia 2005-2022*



Fuente: Estadísticas Vitales consultado en la bodega de datos del SISPRO el 13 de febrero de 2024.

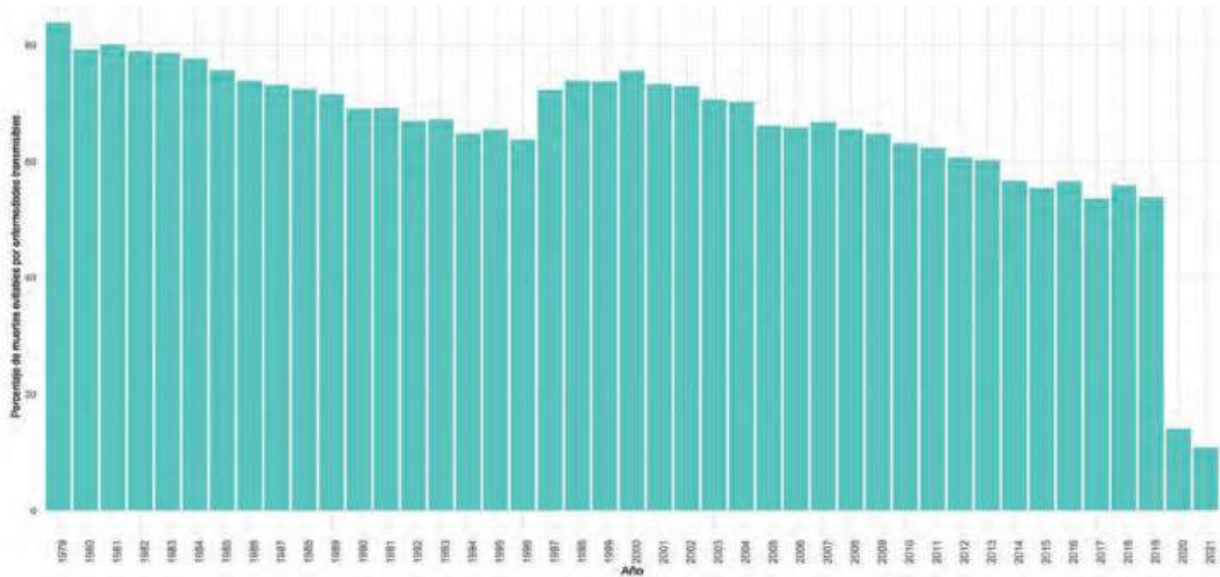
*los datos de 2022 son preliminares.

9.6 Respuesta a muertes evitables por enfermedades infecciosas

Según el Observatorio Nacional de Salud (17) “De acuerdo con la serie analizada de 43 años, la mortalidad por enfermedades transmisibles ha disminuido en Colombia y se identifica que acciones adicionales de política pública evitarían cerca de la mitad de esas muertes (51%), mientras que el sistema de salud puede impedir un 9%”.

Esto quiere decir que se requiere un sistema de salud en donde se haga efectiva la Atención Primaria en Salud y se fortalezcan las capacidades de gobernanza y gobernabilidad en salud pública con acciones de base territorial que respondan de manera efectiva a las necesidades de las poblaciones y los territorios.

Figura 44. Porcentaje de muertes evitables de las enfermedades trasmisibles atribuidas a cualquier política pública. Colombia 1979-2021

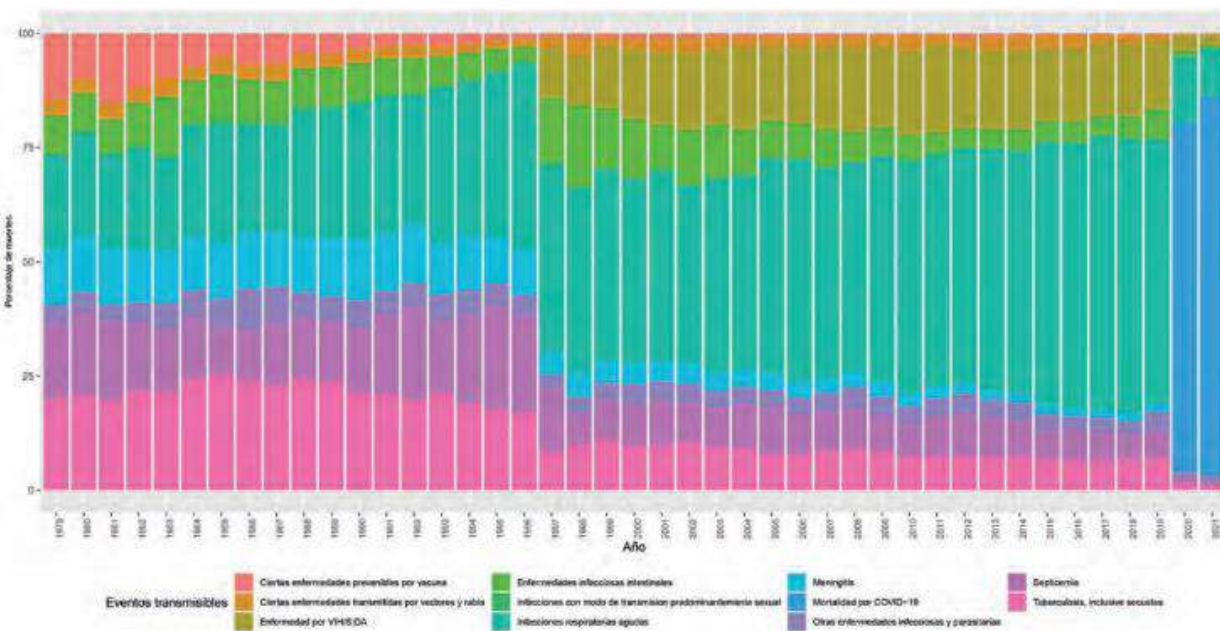


Fuente: Elaboración equipo ONS.

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Cuando la muerte es evitable, (Pág.63). Bogotá, D. C.,2023.

El sistema de salud tiene una deuda histórica al no evitar la mortalidad por enfermedades infecciosas, haciéndose necesario adecuar la respuesta asistencial a condiciones poblacionales, culturales, de acceso y calidad en la atención para tener efectos en la presencia de enfermedades como tuberculosis, infecciones intestinales, VIH, enfermedades infecciosas intestinales y respiratorias, entre otras.

Figura 45. Distribución de muertes transmisibles, según grupos de la lista 6/67 de OPS. Colombia 1979-2021



Eventos transmisibles

- Ciertas enfermedades prevenibles por vacuna
- Ciertas enfermedades transmitidas por vectores y raba
- Enfermedad por VIH-SIDA
- Enfermedades infecciosas intestinales
- Infecciones con modo de transmisión predominantemente sexual
- Infecciones respiratorias agudas
- Meningitis
- Mortalidad por COVID-19
- Otras enfermedades infecciosas y parasitarias
- Septicemia
- Tuberculosis, inclusive secutas

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Cuando la muerte es evitable (pág.63). Bogotá, D.C.,2023.

10. Hacia un sistema de salud centrado en las personas y basado en la Atención Primaria en Salud

La Atención Primaria en Salud es ampliamente conocida como una estrategia clave de todos los sistemas de salud de alto rendimiento, una base esencial de la cobertura sanitaria universal y un paso necesario para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (93–99). Ha demostrado ser un camino certero para lograr una buena salud a bajo costo, proporcionando intervenciones esenciales y rentables, incluida la promoción de la salud, atención de salud materna, neonatal e infantil; así como vacunas y tratamiento de enfermedades frecuentes a lo largo de la vida; además de su rol en el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública. Igualmente, a medida que aumenta la carga mundial de enfermedades no transmisibles, el nivel primario de atención se consolida como el escenario tanto para la prevención, como la coordinación del tratamiento de estas enfermedades, igualmente(100). En definitiva, tal y como lo afirma la OCDE (2020) los sistemas de salud basados en atención primaria son más eficientes, efectivos y equitativos (101).

Se ha observado que los países que invierten más en el nivel primario de atención tienen mejores resultados de salud a un costo menor en comparación con aquellos que priorizan la atención hospitalaria. Adicionalmente se ha demostrado sus beneficios económicos y sociales, como, por ejemplo: *“la mejora de la atención materno infantil genera beneficios económicos y de salud 11,3 veces más que los costos, en los países de ingresos mediano -altos y de 7,2 veces en los de ingreso bajo”* (96,102). Igualmente, orientar los sistemas de salud hacia la atención primaria produce ganancias en la eficiencia y efectividad del sistema (103).

Existe amplia evidencia en que más del 85% de los problemas de salud pueden ser resueltos en el ámbito del nivel primario de atención y entre el 10% y el 12% requieren consulta y atención compartida con servicios de atención especializada; mientras que solo entre el 3% y el 5% necesitan primordialmente atención especializada (104,105). Igualmente, se ha demostrado que brindar servicios de salud en el nivel o lugar más apropiado, como el nivel primario de atención o el hogar de las personas, disminuye la necesidad de ingresos hospitalarios innecesarios, previene reingresos evitables y limita el uso inadecuado de los servicios de urgencias (102,106,107).

No obstante, cambiar las prioridades de un sistema de salud hacia el fortalecimiento de la atención

primaria en salud implica decisiones políticas y crea numerosos desafíos. Así pues, reorientar el sistema hacia la APS requiere un liderazgo político inteligente y un compromiso ético, político y técnico inquebrantable a largo plazo, así como estrategias proactivas y adaptables para involucrar a todas las partes interesadas en todos los niveles.

La transformación del sistema de salud propuesta parte de la ordenación del territorio del país basado en la identificación de la manera como las personas interactúan en los territorios y cómo fluyen dentro de ellos, de tal suerte que este “flujo natural de la gente”, oriente los flujos de disposición actual y de desarrollo futuro, de las capacidades instaladas de oferta de servicios de salud, la cual debe estar dispuesta según las necesidades de atención y según un racional de disposición de la totalidad de los servicios, desde los más básicos hasta los más complejos.

Para hacerlo, el Ministerio de Salud y Protección Social ha venido desarrollando una metodología que permita identificar de manera práctica y a su vez rigurosa dichos flujos de población entre municipios y distritos, integrando entidades territoriales en subregiones, sobre las que sea posible modelar el ordenamiento de los servicios, de tal manera que reflejen la manera como los ciudadanos en su vida cotidiana se movilizan en el territorio y utilizan las capacidades creadas en cada uno de los entes territoriales para satisfacer necesidades de todo tipo y en este caso de salud. De conformidad con el ordenamiento territorial actual, estas subregiones se articulan a las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud que se conformen para los niveles departamental y distrital.

A la fecha se tienen identificadas 112 subregiones funcionales, dentro de un ámbito mayor de 10 regiones funcionales y sobre las cuales, se deben expedir los lineamientos de política pública que deben conducir a ordenar tanto los servicios de salud y sus instituciones prestadoras, así como al sistema de aseguramiento social del país, quienes deberán proveer servicios a la población dentro de las reglas de juego definidas para cada segmento subregional y regional del país en consideración a sus necesidades y expectativas de atención.

Vale la pena resaltar que, en particular, los conjuntos espaciales que se han definido a nivel subregional se han modelado sobre una consideración principal: y es que el acceso a los servicios, en especial, los servicios primarios, se deban proveer en un radio de movilidad de 120 minutos en promedio.



Región	Subregiones
Bogotá	4
Caribe 1	9
Caribe 2	10
Central	32
Noroccidental	9
Nororiental	12
Occidental	21
Oriental	8
Seaflower	1
Sur	6
Total país	112

El Ministerio de Salud y Protección Social espera impactos significativos en la operación de la prestación de servicios de salud con la regionalización, en especial, en:

1. Regionalización y descentralización.

El modelo promueve la regionalización y descentralización de la gestión de servicios de salud, lo que permite una mejor adaptación a las necesidades locales. Esto significa que las decisiones sobre la asignación de recursos y la gestión de servicios pueden ser tomadas más cerca de las comunidades, mejorando la capacidad de respuesta y la relevancia de las intervenciones de salud.

2. Acceso equitativo a servicios de salud.

La territorialización busca reducir las desigualdades en el acceso a servicios de salud mediante la distribución equitativa de recursos. Al identificar las áreas con mayores necesidades, se pueden dirigir más recursos a estas zonas, garantizando que todas las personas, independientemente de su ubicación geográfica, tengan acceso a servicios de salud de calidad.

3. Fortalecimiento de la atención primaria.

El modelo enfatiza el fortalecimiento de la atención primaria en salud (APS). La APS es crucial para la prevención y el tratamiento temprano de enfermedades y el cuidado de la vida. La territorialización permite una planificación más precisa y focalizada de los servicios de APS, mejorando la cobertura y la calidad de la atención preventiva y primaria.

4. Coordinación y continuidad del cuidado.

La territorialización facilita la coordinación entre diferentes niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria) y entre diferentes actores del sistema de salud. Esto mejora la continuidad del cuidado, asegurando que los pacientes reciban atención integral y sin interrupciones a lo largo de su trayectoria en el sistema de salud.

5. Gestión de recursos humanos en salud.

La territorialización también impacta la gestión de recursos humanos en salud. Al identificar las necesidades específicas de cada región, se puede planificar mejor la formación, distribución y retención de personal de salud. Esto es esencial para asegurar que todas las regiones, especialmente las más remotas o desfavorecidas, cuenten con el personal adecuado.

6. Monitoreo y evaluación localizada.

El modelo permite un monitoreo y evaluación más detallados y localizados de los indicadores de salud y del desempeño de los servicios de salud. Esto facilita la identificación de problemas específicos y la implementación de soluciones adaptadas a cada contexto regional.

7. Participación comunitaria.

La territorialización fomenta la participación activa de la comunidad en la planificación y gestión de los servicios de salud. Esto no solo mejora la aceptación y apropiación de las intervenciones de salud por parte de la comunidad, sino que también garantiza que las estrategias de salud estén alineadas con las necesidades y expectativas locales.

Como bien se indicó en el apartado 9, la inequidad en el acceso a la atención constituye uno de los problemas centrales del sistema general de seguridad social en salud. En esta dirección la Corte Constitucional, en Sentencia T-760 (108) se refiere de manera particular a diversas situaciones en las cuales el acceso a los servicios de salud fue negado por diferentes actores del sistema de salud colombiano, y abordó como problema jurídico cuestiones constitucionales alrededor de la regulación del sistema de protección del derecho a la salud y que afectan la posibilidad del goce efectivo de personas en situaciones concretas y específicas. Con lo anterior, la Corte revisa el fundamento y línea jurisprudencial del derecho a la salud, y delimitó el concepto de forma negativa,

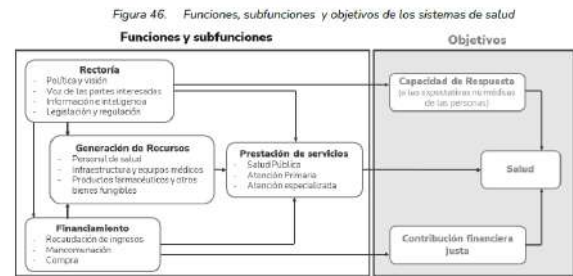
indicando cómo no debe ser entendido y señaló su postura respecto de qué es un derecho fundamental. Con esta línea jurisprudencial la corte subraya que la salud es un derecho humano fundamental que debe ser garantizado a todos los seres humanos igualmente dignos.

Por su parte, la Corte en Sentencia C-313 de 2014 (109) retoma parte de los fundamentos de la línea jurisprudencial definida, y en particular señala que el acceso a los servicios de salud debe entenderse como un derecho al disfrute de una gama de facilidades bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel de salud, reiterando las implicaciones de los elementos esenciales del derecho. En la misma medida, la Corte entiendo que las características del derecho fundamental a la salud incluyen: i. es un derecho autónomo e irrenunciable, tanto en lo individual como en lo colectivo; ii. manifiesta que comprende los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud; iii. radica en cabeza del Estado el deber de adoptar políticas que aseguren la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.

Referente a la organización de sistema a través de redes de servicios de salud, para la Corte (Sentencia C 313-2014) existe una armonía entre esta figura y el ordenamiento constitucional, al indicar que lo que pretende el legislador es evitar la fragmentación del servicio, reduciendo obstáculos y optimizando su calidad, con lo cual se promueve la garantía efectiva de “acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación en salud”, que va concatenada al artículo 49 Superior.

Por su parte, la Organización Panamericana de Salud (OPS) considera que las Redes Integradas de Servicios de Salud son una de las principales expresiones operativas de la Atención Primaria en Salud a nivel de los servicios de salud y que contribuyen a hacer realidad los elementos esenciales de cobertura y acceso universal como son: el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión, la orientación familiar y comunitaria; y la acción intersectorial (110).

Ahora bien, ya teniendo claro la importancia de orientar el sistema de salud hacia la atención primaria en salud y repasando las consideraciones que la dado la Corte Constitucional al respecto, se describen las transformaciones propuestas en el proyecto de ley, las cuales se abordan desde las funciones de los sistemas de salud, definidas por la OMS/OPS los sistemas de salud, a saber: a) rectoría, b) generación de recursos, c) prestación de servicios, y d) financiación; las cuales se orientan hacia tres objetivos: a) salud, b) capacidad de respuesta a las expectativas no médicas de las personas, y c) contribución financiera justa (3).



Fuente: Elaboración propia a partir de OPS 2023

En ese sentido se considera que, para lograr la orientación del sistema hacia el cuidado de la vida, centrado en las personas y basado en la atención primaria en salud, se requieren acciones en las cuatro funciones.

10.1 Rectoría y gobernanza

En cuanto al fortalecimiento de la función de rectoría y gobernanza del sistema de salud, el proyecto de ley propone las siguientes tres estrategias:

1. El fortalecimiento técnico y humano de las direcciones territoriales de salud: i) creación de una instancia funcional para la planeación y evaluación del sistema de salud; ii) fortalecimiento de los laboratorios departamentales y distritales de salud pública; iii) formalización de los trabajadores de las direcciones territoriales de salud (artículo 32 del proyecto de ley).

2. Creación del Consejo Nacional de Salud. Como una instancia de dirección y gobernanza participativa del sistema de salud, con participación del Gobierno nacional y territorial, los pacientes, la academia, los trabajadores de la salud y otros (artículo 5° del proyecto de ley).

3. Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud que integre la información individual y poblacional de salud: historia clínica interoperable, caracterización poblacional, etc.; así como la información administrativa: población cotizante, adscripción a centros de atención primaria en salud, sistema de información hospitalaria, facturación y pago de servicios de salud, registro de prestadores, información del talento humano en salud, etc. Para de esta manera orientar la política pública en salud, entre otras acciones (artículo 6° del proyecto de ley).

Generación de recursos

Las cuatro estrategias de generación de recursos para el sistema de salud propuesto son las siguientes:

1. Formalización de los trabajadores de la salud. Los trabajadores de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y mixtas deberán estar vinculados mediante contrato laboral conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo), y anualmente se deberá presentar informe al Congreso de la República sobre el cumplimiento de esta medida (artículo 39 del proyecto de ley). Este aspecto será materia de la Inspección, Vigilancia y Control, realizado por la Superintendencia Nacional de Salud (artículos 43 y 44 del proyecto de ley). Igualmente, para algunas especialidades médico-

quirúrgicas, se permitirá la vinculación de estos especialistas por otras modalidades permitidas en el Código Sustantivo del Trabajo, diferentes a la vinculación laboral formal (artículo 40 del proyecto de ley).

El costo de la formalización del talento humano se encuentra incluido en el pago de los servicios de salud, por lo tanto, no son costos adicionales.

2. Régimen laboral especial de los trabajadores de las Instituciones de Salud del Estado. Los trabajadores de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) serán de libre nombramiento y remoción, de carrera administrativa y trabajadores oficiales (artículo 38 del proyecto de ley). Se construirá, de forma concertada con las organizaciones sindicales del sector salud, un régimen laboral especial que, y contendrá las condiciones de ascenso o movilidad en el régimen de carrera administrativa, primas especiales, entre otros (artículo 39 del proyecto de ley).

3. Sistema de estímulos salariales y no salariales. Como una estrategia de retención de personal de salud en zonas apartadas y dispersas (artículo 38 y 39 del proyecto de ley)

4. Becas de pre y posgrado en salud. En el caso del pregrado la beca será ofrecida para las profesiones con mayor déficit y para el caso de posgrado a especialidades médico-quirúrgica y salud pública. Como una estrategia de cierre de brechas, los criterios de asignación se privilegiarán a las personas provenientes de municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, así mismo, a víctimas del conflicto armado (artículo 37 del proyecto de ley).

5. Fondo de Infraestructura y dotación hospitalaria. Cuyo objetivo será promover, apoyar y ejecutar la infraestructura y dotación hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y financieramente a las instituciones de salud del Estado y a las entidades territoriales para el desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria (artículo 36 del proyecto de ley).

10.3 Prestación de servicios de salud

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) las **Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS)** son la principal expresión operativa de la Atención Primaria en Salud a nivel de servicios de salud, puesto que contribuyen a hacer realidad varios de sus elementos más esenciales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto, la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la orientación familiar y comunitaria; y la acción intersectorial, entre otros (110,111). La propuesta de transformación del sistema de salud propone la incorporación del concepto “Territorial” como el énfasis en el reconocimiento de las particulares territoriales-

poblacionales para el cuidado de la vida, así como el compromiso por garantizar la atención en lugar más cercano posible; por lo tanto, se conformarán **Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud (RIITSS)**.

Las RIITSS son el conjunto de organizaciones que prestan servicios sanitarios con calidad, equitativos, integrados y oportunos de manera coordinada y eficiente, y que están dispuestas a rendir cuentas de por sus resultados en salud y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve (110,111). Se propone que contengan un nivel primario de atención, denominado Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), y un nivel complementario con instituciones de mediana y alta complejidad.

El nivel primario de atención, o Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS)” serán los *“responsables por la salud de un espacio-población, es decir de la población que vive en un territorio, entendiéndose por el mismo, el espacio físico, social, económico y cultural en que habitan, estudian, descansan, se recrean y trabajan las personas, las familias y las comunidades. Funcionarán como puerta de entrada a la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud y garantizarán el acceso equitativo a servicios esenciales a toda la población. Deberán proveer cuidado integral capaz de resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud de la población a lo largo del tiempo y durante todo el curso de vida. Serán el componente de la Red que desarrolla los vínculos más profundos con las personas, las familias y la comunidad, y con el resto de los sectores sociales, facilitando así la participación social y la acción intersectorial”*(112). Dicho vínculo permitirá la promoción de la salud, la detección temprana de enfermedades y complicaciones y la continuidad de la atención a lo largo del curso de vida.

En el nivel complementario, se contará con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de mediana y alta complejidad, para la atención de la población de su territorio. Se trata de instituciones que prestan servicios especializados para la atención de enfermedades, ya sea de forma ambulatoria o intrahospitalario. Se acude a estas enfermedades cuando los requerimientos de la atención sobrepasan la competencia de los Centros de Atención Primaria en Salud. La organización en Red Integral e Integrada de Servicios de Salud permite que se pueda recibir atención en este tipo de instituciones lo más cerca posible a la residencia y que la institución de mediana o alta complejidad y el Centro de Atención Primaria en Salud mantengan una comunicación constante para que no se vea interrumpido el proceso de atención de la persona, ya que facilita la entrega de medicamentos, la realización de exámenes, la asistencia a controles, la realización de seguimiento post hospitalarios, entre otros.

Los integrantes de las RIITSS, con la orientación del Ministerio de Salud y Protección Social y el acompañamiento de las Gestoras de Salud y

Vida desarrollarán mecanismos de coordinación asistencial para ofrecer a las personas cuidado continuo e integral.

Los mecanismos de coordinación asistencial son definidos como “la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflicto. Cuando la coordinación alcanza su grado máximo, la atención se considera integrada”(113).

La mejora de la coordinación asistencial es una prioridad para muchos sistemas de salud y, especialmente, para la atención de problemas de salud crónicos en los que intervienen múltiples profesionales y servicios. Puesto que su ausencia produce serios problemas de coordinación entre los niveles de atención, que llevan a ineficiencias en la gestión de recursos (duplicidad de pruebas diagnósticas, remisiones inapropiadas, uso inadecuado de urgencias, etc.), en pérdida de la continuidad del cuidado de la salud (falta de seguimiento a pacientes hospitalizados, etc.) y la disminución en la calidad de la atención prestada (listas de espera prolongada)(113).

Los tres elementos necesarios para que haya coordinación asistencial, son(114):

1. La conexión de los servicios de salud a lo largo del continuo asistencial mediante la transferencia de información.
2. La definición de un objetivo común que facilite la creación de un plan unificado de atención a las personas, familias y comunidades.
3. La sincronización entre las partes para que la atención se preste en el momento y en el lugar adecuados, incluyendo las formas de cuidado de las comunidades, los servicios sociales e intervenciones ambientales.

Las relaciones necesarias para lograr la coordinación asistencial se logran mediante acuerdos (convenios de desempeños) entre los actores, en los que se especifique el rol de cada uno, las tareas específicas, y el resultado al que se desea llegar. Es importante, que el acuerdo permita la integración funcional, el trabajo en equipo, la cooperación, la complementariedad y la gestión compartida⁸ y que sean basado en la retroalimentación (115).

Algunos ejemplos de instrumentos de coordinación asistencial son (116,117)

Tabla 24. Mecanismos e instrumentos de coordinación asistencial

Mecanismo teórico de coordinación	Instrumento utilizado
Normalización de procesos de trabajo	Guía de práctica clínica compartidas
	Mapas de atención o trayectorias clínicas

Mecanismo teórico de coordinación	Instrumento utilizado
Normalización de las habilidades del trabajador	Sistema experto
	Formación continuada
Normalización de resultados del trabajo	Estandarización de resultados
	Teléfono, correo electrónico, reuniones informales, etc.
	Profesional de enlace internivel
	Grupos multidisciplinarios
	Grupos interdisciplinarios
	Comités de gestión interniveles
Adaptación mutua	Director asistencial, director de ámbito transversal
	Sistemas de información integrados
Transiciones de cuidado en red	Acuerdos interinstitucionales cuando se cambia de actor a cargo de la atención, desde el sector y otros sectores o entidades con servicios sociales, o a nivel comunitario, incluidos hogares de paso, residencias de cuidado, o la propia residencia de la persona sujeto de cuidado.
	Articulación de sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico en el cambio del actor de cuidado.

Fuente: Elaborado con base en (116,117).

Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud

Con base en el análisis funcional de Redes (118) las entidades territoriales de salud en conjunto con las Gestoras de salud y vida presentes en el territorio organizarán y conformarán las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud (artículo 27 del proyecto de ley).

El análisis funcional de la red constituye un elemento básico para adecuar la entrega de servicios a las necesidades de salud de las comunidades, por lo tanto, es un referente fundamental para conducir las mejoras del funcionamiento del sistema, con las que se pretende asegurar un mayor acceso, calidad y eficacia en su acción (119).

El Gobierno nacional ha enriquecido dichos análisis desde un enfoque prospectivo y de equidad,

posibilitando la inclusión de variables en análisis de inequidades poblacionales territoriales.

La prospectiva con enfoque de equidad en salud es una metodología que busca anticipar y comprender los futuros posibles de los sistemas de salud desde una perspectiva que reconoce e incorpora las desigualdades existentes en el acceso y la calidad de la atención en salud. Tiene como objetivo la construcción de sistemas de salud justos e inclusivos, donde todas las personas tengan las mismas oportunidades de acceder a servicios de salud de calidad, independientemente de su origen socioeconómico, género, raza, etnia, ubicación geográfica, u otra condición.

Este tipo de enfoque se basa en un proceso participativo y multisectorial que involucra a diversos actores del sistema de salud, incluyendo a las personas, familias y comunidades, profesionales de la salud, gestores de políticas públicas, academia, organizaciones de la sociedad civil y del sector privado. A través de diversas técnicas y herramientas, la prospectiva con enfoque de equidad en salud permite:

- a. Identificar las inequidades existentes en el sistema de salud, tanto en términos de acceso como de calidad de la atención.
- b. Analizar las tendencias que podrían afectar a estas inequidades en el futuro.
- c. Explorar diferentes escenarios futuros posibles para el sistema de salud, considerando las perspectivas de los diferentes actores.
- d. Diseñar estrategias y acciones para construir sistemas de salud más equitativos.

En general su principal objetivo radica en la construcción de sistemas de salud más justos y efectivos que:

- a. Permitan identificar las necesidades y prioridades de los diferentes grupos poblacionales.
- b. Promuevan la participación social en la toma de decisiones.
- c. Ayuden a identificar y prevenir futuros problemas.
- d. Contribuyan a la construcción de sistemas de salud más sostenibles y resilientes.
- e. Fortalezcan la legitimidad y la confianza en el sistema de salud.

El análisis funcional de red tiene las siguientes cuatro fases:

1. Estudio de las necesidades. Mediante estudio demográfico y epidemiológico, se debe caracterizar a la población del área de influencia de la red, y proyectar su crecimiento a mediano y largo plazo; igualmente se debe establecer el perfil de patologías que atiende la red de servicios, y en base a los análisis de tendencia y de otra información disponible, se proyecta en el tiempo. Ambos contenidos son esenciales para establecer la demanda de servicios.

2. Estudio de oferta. Consiste en la estimación del nivel de producción de servicios de cada prestador. La información obtenida sirve para identificar los recursos con que cuenta la red y los principales problemas que obstaculizan su producción de servicios. Una vez desarrollados los estudios básicos antes descritos, se continúa con la evaluación de la red y el análisis de la oferta y la demanda. También es necesario abordar la eficacia del conjunto de acciones que proveen; para ello se han definido cuatro aspectos básicos: cobertura, efectividad, eficiencia y calidad.

3. Definición de brecha. De la diferencia entre la relación de prestaciones por habitante determinada en la demanda, con la obtenida en el estudio de oferta, se identifica la brecha de prestaciones. La brecha puede ser establecida para el momento cero, es decir el año del estudio y para una proyección en el tiempo que puede ser a mediano y largo plazo.

4. Plan de acción y mejora. Propuestas de solución a las brechas identificadas. Normalmente las propuestas consisten en intervenciones tendientes a la mejoría de la productividad de los recursos físicos humanos y tecnológicos, o en intervenciones que aumentan la capacidad de producción de los establecimientos. En el diseño de las intervenciones también se deben considerar el marco de políticas sectoriales, el modelo de atención de salud, la sostenibilidad económica y las preferencias sociales de la población, así como el contexto demográfico y epidemiológico, que fue operacionalizado en la estimación de demanda. En la práctica, las líneas prioritarias se convierten en una cartera de proyectos que debe ser priorizada en el tiempo.

Gestoras de Salud y Vida

Serán las entidades que surjan de la transformación de las actuales Entidades Promotoras de Salud (EPS) y que cumplan las condiciones para la transformación:

1. Implementar un plan de saneamiento de todos los pasivos, previa aprobación de la Superintendencia Nacional de Salud.
2. Cumplir con las condiciones definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en relación con la satisfacción de los afiliados y los resultados en salud de su población.

Las Gestoras de Salud y Vida tendrán las siguientes funciones:

- a. *En la gobernanza de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud*
 - Realizar el Análisis Funcional para la organización y conformación de las RIIS, con la entidad territorial
 - Cooperar en la planeación estratégica
 - Establecer planes de intervención
 - Ejecutar acciones de monitoreo y funcionamiento
 - Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con el SPUIIS

- Entregar informes periódicos.
- b. En la operación de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud*
 - Realizar revisión periódica del desempeño de los CAPS
 - Establecer los convenios de desempeño de IPS de mediana y alta
 - Gestionar un sistema de referencia y contrarreferencia
 - Desarrollar las acciones para identificar, segmentar y analizar los riesgos en salud para la población a cargo
 - Desarrollar modelos estimativos que permitan la gestión anticipada de los riesgos
 - Implementar salas situacionales
 - Implementar mecanismos efectivos de coordinación asistencial
 - Gestionar la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas
 - Gestionar el acceso oportuno y expedito a los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos
 - Prestar asistencia técnica con planes de capacitación
 - Realizar la auditoría integral de calidad, de cuentas médicas y concurrente
 - Validar la facturación del componente complementario.
- c. Funciones administrativas*
 - Implementar un Sistema de Información y Atención a la Población
 - Realizar la gestión para el pago de las prestaciones económicas
 - Realizar rendición de cuentas de sus actividades.

Convenios de desempeño al interior de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud

- Una vez se encuentra establecida la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud, cada una de las instituciones prestadoras que la componen elaborarán un convenio de desempeño que especifique:
 - Servicios a prestar

- Condiciones de calidad específicas
- Modalidad de pago aplicable
- Compromisos de resultados en salud
- Mecanismos de verificación y control de metas
- Método de auditoría.

En el nivel primario estos convenios serán establecidos entre la Entidad Territorial y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), y serán evaluados por las Gestoras de Salud y Vida presentes en el territorio, para seguimiento y cumplimiento del modelo de atención y los resultados en salud (artículo 26 del proyecto de ley).

Para el caso de los prestadores de servicios de mediana y alta complejidad, el convenio de desempeño será establecido con las Gestoras de Salud y Vida, y tendrán seguimiento por la Entidad Territorial correspondiente (artículo 26 del proyecto de ley).

Este esquema permite que una vez definida la Red, de acuerdo con el análisis funcional, el seguimiento al desempeño se haga mediante sistema cruzado que permita transparencia y favorezca el trabajo en equipo para el logro de los resultados en salud.

Instituciones de Salud del Estado

Las actuales Empresas Sociales del Estado serán transformadas en Instituciones de Salud del Estado cuyo objeto social será la prestación de servicios de salud como un servicio público esencial a cargo del Estado.

En el nivel primario se transformarán en Centros de Atención Primaria en Salud y serán financiados por oferta, en el nivel complementario se someterán al régimen de tarifas y formas de pago, y cuando se requiera tendrán cierre financiero con cofinanciación de la nación.

10.4 Financiamiento

Este eje se orienta a optimizar los procesos de recaudación y mancomunación de recursos, y generar mecanismos eficientes de compra. Se propone la mancomunación de todos los recursos que financian los servicios de salud en el Fondo Único Público que será administrado por la Administradora de Recursos de Sistema de Salud (artículo 10, 11 y 12 del proyecto de ley). Al interior del fondo se constituirán dos cuentas independientes y con los demás recursos se hará unidad de caja.

Tabla 25. Distribución de los recursos del sistema de salud

Cuenta de Atención Primaria en Salud	
Artículo 13 del proyecto de ley	
Usos	Fuente
1. Los servicios de salud prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).	1. Los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria en salud.

Cuenta de Atención Primaria en Salud	
Artículo 13 del proyecto de ley	
Usos	Fuente
2. Las soluciones de transporte y dotación de los equipos de salud territorial.	2. Los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes, incluidos los de regímenes exceptuados.
3. La atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos.	3. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar a prestación de servicios de salud y los destinados, a la vigencia de la presente ley, al régimen subsidiado, que pertenecen a los distritos y municipios.
4. Los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca en Ministerio de Salud y Protección Social.	4. Los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar. 5. Los recursos propios de los municipios que, a la vigencia de la presente ley, deben girar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).
Cuenta de Fortalecimiento a la Red Pública Hospitalaria	
Artículo 14 del proyecto de ley	
Usos	Fuente
1. Funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones del Salud del Estado, según la evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección.	1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la oferta para los departamentos y distritos que cumplen las funciones de prestación de servicios de los departamentos.
2. Al fortalecimiento y mantenimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria.	2. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales cuya administración, recaudo y giro sea gestionado por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).
3. Transporte medicalizado de los departamentos y distritos.	3. Los recursos provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar de los departamentos y distritos, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud. 4. Los recursos correspondientes a las rentas cedidas, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud. 5. Los recursos propios, corrientes y de capital, de los departamentos y distritos, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud. 6. Los demás recursos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del sistema de salud con cargo a esta cuenta.
Recursos que hacen unidad de caja en el Fondo Único Público de Salud	
Artículo 15 del proyecto de ley	
Rubro	Comentario
1. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por prestadores de servicios de salud hospitalarios y ambulatorios de naturaleza pública, privada o mixta, que harán parte las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud.	Servicios de salud que se prestan en instituciones prestadoras de servicios de salud de mediana y alta complejidad. Para la estimación de su valor se establecerá el régimen de tarifas con pisos y techos.

Cuenta de Atención Primaria en Salud	
Artículo 13 del proyecto de ley	
Usos	Fuente
2. Financiamiento de los servicios de salud para enfermedades raras o huérfanas y su prevención, diagnóstico y manejo.	Se pagan con cargo al rubro asignado para la mediana y alta complejidad.
3. Pago de incapacidades, licencias de maternidad y paternidad, y la prestación económica por maternidad a las mujeres y personas no cotizantes.	El proyecto de ley crea la prestación económica por maternidad a las mujeres y personas no cotizantes por ½ SMMLV.
4. El financiamiento para la formación en salud.	Pago a residentes médicos (Ley 1917 de 2018).
5. Constitución de fondo para la atención de catástrofes y epidemias.	El fondo de desastres planteado en el proyecto de ley de reforma a la salud prevé la orientación de recursos por valor de 50 mil millones de pesos anuales a precios constantes de 2023, más los rendimientos financieros de estos recursos, para ir creando el ahorro que permita afrontar eventos catastróficos o epidemias.
6. El pago de la atención en salud e indemnizaciones que, a la entrada en vigencia de la presente ley, se deban reconocer por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, sin perjuicio de las obligaciones que les competen en dichos reconocimientos a las empresas aseguradoras.	
7. Pago de remuneración a las Gestoras de Salud y Vida.	Monto asignado a las Gestoras de Salud y Vida para la realización de sus labores, se calcula sobre el dinero asignado a la atención primaria + mediana y alta complejidad.
8. Pago de incentivos para los prestadores de medicina y alta complejidad y las Gestoras de salud y vida.	Calculado sobre el cumplimiento de: a) resultados en salud, b) satisfacción del ciudadano, y c) uso eficiente de recursos.
9. Demás obligaciones que correspondan a destinaciones específicas, definidas en las leyes que las establecieron.	

Tabla 26. Sistema de gestión de riesgo financiero

Mecanismo	Responsable
Presupuesto estándar para los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes.	Ministerio de Salud y Protección Social
Régimen de tarifas y formas de pago. Fijados por el Ministerio de Salud en conjunto con la ADRES para modular la oferta de servicios y controlar los costos de los servicios y tecnologías reconocidos por el sistema	Ministerio de Salud y Protección Social y ADRES
Auditoría aleatoria o dirigida por parte de la Adres	ADRES
Modelo de seguimiento y evaluación del gasto del Sistema de salud Para detectar tendencias y desviaciones, realizar comparaciones entre regiones e instituciones.	ADRES
Fondo de desastre	ADRES
Convenios de desempeño de la red de servicios	Entidades Territoriales y Gestoras de Salud y Vida
Auditoría integral previa, concurrente y a cuentas médicas	Gestoras de Salud y Vida
Validación de la facturación del componente complementario	Gestoras de Salud y Vida

Fuente: Elaboración propia.

10.5 Plan de transformación y evolución del sistema de salud

Colombia no es el único país que avanza en la transformación del sistema de salud, en todo el mundo se están llevando a cabo debates sobre el futuro del financiamiento de la salud, en los continuos procesos de reforma y transformación de los sistemas de salud para lograr el acceso universal a la salud y la cobertura sanitaria universal.

Varios países han adoptado un modelo tipo Sistema Nacional de Salud como una alternativa para proporcionar un acceso eficiente y equitativo a la atención de salud, entre estos países están Australia, Canadá, Estonia, Corea y Uruguay. Un análisis de estos casos de transición exitosa señala que a partir de trayectorias históricas e institucionales muy diferentes fue factible implementar plenamente un sistema nacional para alcanzar una cobertura sanitaria universal y que las transiciones pueden ocurrir en periodos relativamente breves (120).

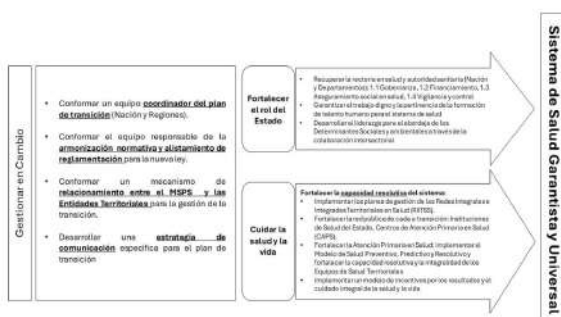
El proceso de transición y evolución del sistema incorpora como elementos y principios orientadores los contenidos en el artículo 6° de la ley estatutaria (Ley 1751 de 2015):

a. Elementos: Accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad, calidad e idoneidad profesional.

b. Principios: Universalidad, equidad, continuidad, oportunidad, pro homine, prevalencia de derechos, progresividad del derecho, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia, interculturalidad, protección a los pueblos indígenas, protección pueblos y comunidades indígenas, rom y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.

De manera tal que el proceso de evolución sea progresivo y se garantice la atención de la población. En esta dirección, a continuación, se realiza una descripción de las tres dimensiones del plan de transición que han venido emergiendo de este proceso dinámico y concertado con las dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social, entidades adscritas y acompañamiento de la Organización Panamericana de Salud (OPS). Igualmente, para cada una de las dimensiones del plan, presentamos los hitos y actividades necesarias para lograr la transformación del sistema.

Figura 47. Esquema de transición y evolución del sistema de salud



Fuente: Elaboración propia. MSPS, OPS/OMS, ACSP

1. Gestionar el cambio

Esta dimensión del plan posibilitará el desarrollo de las funciones de facilitación de la transformación del sistema de salud e impulsará el avance de las otras dos dimensiones movilizadoras de la transición.

Deberá asegurar las estrategias para mantener un permanente diálogo con la estructura, funcionamiento y operación que el Ministerio de Salud y Protección Social y los operadores del sistema en todos los niveles (macro, meso y micro) realizan en el marco del sistema actual; de manera que permita identificar los cambios que la dimensión debe incorporar para facilitar la implementación.

Esta dimensión propone la articulación de cuatro componentes fundamentales orientados a:

1.1. Conformar equipo técnico coordinador del plan de transición que articulará el nivel nacional y regional

El equipo estará conformado por funcionarios del nivel directivo del Ministerio de Salud y Protección Social con poder de decisión en las estrategias de articulación de las acciones de la transición y las acciones rutinarias del sistema de salud actual. Para la conformación se proponen como mínimo los siguientes perfiles: una persona para la coordinación general, 4 personas de perfil técnico especializado en estas áreas: política pública, servicios de salud, financiamiento, comunicación. También se deberán conformar los equipos coordinadores del plan de transición en el nivel regional.

El equipo técnico coordinador del plan de transición deberá coordinar la gobernanza de la transición y la gestión del cambio, y trabajará en red con los equipos coordinadores del nivel regional. Esta red deberá desarrollar acciones estratégicas para promover la participación vinculante de las personas y diseñar un tablero de indicadores para seguimiento de la implementación del plan de transición, que incluya un sistema de alertas tempranas.

1.2. Conformar el equipo responsable de la armonización normativa y alistamiento de reglamentación para la nueva ley

Se deberá conformar un equipo responsable de generar la armonización normativa y alistamiento de reglamentación para la nueva ley. Con las siguientes líneas de trabajo:

a. Armonizar la normatividad que ha sido emitida: Proceso de ajuste y homologación de las disposiciones legales en diferentes ámbitos, ya sea a nivel nacional, departamental o municipal. Con este proceso se busca reducir las diferencias y conflictos entre las normativas, con el fin de lograr una mayor coherencia y eficacia en la aplicación del nuevo marco legal que hará posible realizar los cambios que se consideran pertinentes al sistema de salud.

b. Preparar las condiciones para el alistamiento de la reglamentación de la nueva ley: este proceso implica avanzar en lo que se requiera para la construcción de los actos administrativos coherentes con el nuevo sistema de salud descrito en la ley.

c. Armonizar la normatividad vigente e identificar la normatividad requerida para el abordaje intersectorial de los Determinantes Sociales de la Salud.

1.3. Conformar el mecanismo de relacionamiento entre el Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales para la gestión de la transición

El Ministerio de Salud y Protección Social deberá crear un mecanismo de relacionamiento con los entes territoriales departamentales y distritales orientado a acompañar y facilitar la gestión de la transición. Este mecanismo se apoyará en las capacidades de los territorios y definirá canales de comunicación con los niveles de toma de decisión para garantizar la oportunidad de las acciones.

En particular, este mecanismo promoverá el fortalecimiento de la autoridad sanitaria territorial e identificará las estrategias de los distintos actores del sistema con potencialidad para articularse y favorecer la gestión de la transición.

Este mecanismo contará con una estrategia de monitoreo de los avances en el proceso de transición en el nivel territorial, para identificar en tiempo real los facilitadores y obstáculos.

1.4. Desarrollar una estrategia de comunicación específica para el proceso de transición

La gestión del cambio requiere de un proceso de comunicación estratégica con especificidades propias para facilitar el proceso de transición, en este sentido la estrategia de comunicación deberá:

- a. Ser multimedial y adaptada a las condiciones heterogéneas de las regiones del país.
- b. Estar orientada a múltiples audiencias y garantizar un alto nivel de articulación y coherencia.
- c. Estar enfocada en la gestión del cambio, promoción de la participación y gestión de las incertidumbres sobre el proceso de transición.

2. Fortalecer el rol del Estado

Esta dimensión del plan de transición posibilitará el fortalecimiento del papel del Estado para cumplir con las responsabilidades en el sistema de salud. Tiene un carácter integrador en tanto que se propone fortalecer las estancias tanto en el nivel nacional como departamental a la luz de la normatividad vigente.

Esta dimensión propone la articulación de tres componentes fundamentales orientados a:

2.1. Recuperar la rectoría en salud y autoridad sanitaria a nivel nacional y departamental

2.1.1. Gobernanza

Este componente articula actividades orientadas a fortalecer la estructura y la función de la autoridad sanitaria, así como a innovar en la participación ciudadana como elemento dinamizador de la gobernanza del proceso de transición.

Para el fortalecimiento de la estructura y la función de las estancias del Estado que conforman el sistema:

- a. En el nivel nacional se revisarán las estructuras y funciones del Ministerio de Salud

y Protección Social, así como de las entidades adscritas. Las condiciones de los estudios, o acciones deberán ser coherentes con los lineamientos de Función Pública.

- b. En el nivel departamental se realizará la revisión de las estructuras y funciones, con énfasis en los roles que se deben asumir durante el proceso de transición. Se desarrollarán estrategias para fortalecer las capacidades requeridas para el ejercicio de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) que incluyan la vinculación en condiciones dignas de talento humano. Se desarrollará una estrategia de “acompañamiento técnico” para la gestión de gobernanza en los territorios. Específicamente se priorizará la gobernanza orientada al mejoramiento de la planeación integrada de salud, la gestión financiera, el talento humano y las competencias de vigilancia y control.

- c. Adicionalmente se realizarán acciones de intercambio orientadas al cierre de brechas y a fomentar la cooperación entre territorios, como, por ejemplo, la estrategia de “Territorios de aprendizaje” que consiste en una adaptación del mecanismo de relacionamiento entre academia y Gobierno autónomico en Andalucía (España).

- d. Estructuración del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud que permita articular: historia clínica, RIPS, factura electrónica. Este componente se viene adelantando en el marco de una cooperación técnico-financiera con el BID y Banco Mundial.

Para innovar en la participación ciudadana como elemento dinamizador de la gobernanza del proceso de transición, se propone los siguientes componentes:

- a. Conformar un mecanismo de fortalecimiento de la participación social en salud que sea administrado por organizaciones comunitarias y que acompañe la formulación y la implementación de estrategias locales.

- b. Desarrollar diálogos participativos de cara a la transición del sistema de salud con poblaciones: indígena, afrocolombiana, raizal palenquera, rom, campesina, víctima del conflicto, migrante.

2.1.2. Financiamiento

Este componente se propone fortalecer las funciones de gestión del financiamiento del sistema en el nivel nacional y territorial.

- a. La acción más importante en el plan de transición es el fortalecimiento de la ADRES para elevar la confianza y la credibilidad, esto incluye la creación del “Fondo Único Público de Salud”, realizar los ajustes del régimen tarifario y métodos de pago para la transición, la actualización tecnológica y la reestructuración organizacional.

- b. El Ministerio de Salud y Protección Social revisará las fuentes de ingresos y estrategias posibles para la unificación de los recursos en el plan de transición y definirá las acciones para fortalecer los mecanismos de distribución de recursos financieros.

c. Para fortalecer a los entes territoriales en la gestión del financiamiento se desarrollarán de manera articulada: estrategias de acompañamiento para la generación de suscripción y concertación de acuerdos de desempeño entre gestoras, entes territoriales y prestadores, y la generación de acuerdos marco de los prestadores con la ADRES en la fase de transición.

2.1.3. Aseguramiento Social en Salud

Este componente articula las actividades requeridas para transitar de manera gradual y organizada del aseguramiento individual al aseguramiento social en salud. Para lograr esa transición se deberá:

a. Diseñar e implementar el proceso de adscripción poblacional que deberá contar con estrategias de acompañamiento acorde a las condiciones de capacidad territorial para asumir las responsabilidades del aseguramiento.

b. Desarrollar nuevas metodologías para la estimación de la UPC que incluyan innovaciones en la generación de tarifas, mecanismos para realizar exclusiones y la articulación con la vigilancia de tecnologías sanitarias vinculadas con Determinantes Sociales de la Salud.

c. Diseñar una estrategia pedagógica orientada a precisar conceptualizaciones, resolver dudas y preguntas sobre la transición en el aseguramiento, dirigidas a los entes de vigilancia y control y a la rama judicial.

2.1.4. Vigilancia y Control

Este componente articula las actividades orientadas a mejorar la efectividad y oportunidad de la respuesta del sistema a través de los mecanismos de vigilancia y control, para lo que se proponen dos acciones:

a. Fortalecer a la Superintendencia Nacional de Salud

b. Definir una estrategia de relacionamiento con los territorios de cara a la transición.

2.2. Garantizar el trabajo digno y la pertinencia de la formación del talento humano para el sistema de salud

Este componente articula actividades orientadas a la garantía del trabajo digno según las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo y a promover el cambio requerido en la formación del Talento Humano en Salud (THS) para que sea pertinente con las necesidades de los territorios y el nuevo sistema de salud.

Las actividades más importantes de este componente son:

a. Desarrollar el programa para la gestión descentralizada del THS a nivel territorial, para lo cual será fundamental implementar un programa de

formación del perfil de Gestor / Gestora para cada uno de los 32 departamentos.

b. Para garantizar la disponibilidad equitativa del THS en el territorio nacional, se implementará un mecanismo de incentivos para mejorar la distribución en las zonas rurales y rurales dispersas. De forma simultánea, se diseñará con el Ministerio de Educación Nacional la estrategia para ampliación de cupos en programas de tecnologías y pregrado en salud en las regiones del país.

c. Para garantizar la cualificación de las capacidades del THS a través de tres acciones específicas:

- Trabajar con el Ministerio de Educación Nacional y las instituciones de educación superior en la ruta para incluir en los programas curriculares las competencias para abordar los énfasis requeridos en el marco del sistema: salud pública, Atención Primaria en Salud, salud familiar y comunitaria.

- Programa de formación masiva para fortalecer las competencias del THS en servicio y acelerar la capacidad resolutoria en el primer nivel de atención. En particular, se propone el diseño de una plataforma que posibilite el programa masivo de formación autogestionada cuyo énfasis estará en APS dirigido a los profesionales en enfermería y medicina vinculados a los 3000 equipos básicos.

- Definición de los lineamientos de práctica en Salud Pública en el país y se establecerá un programa nacional de entrenamiento avanzado en Salud Pública y APS.

d. Para garantizar que las condiciones de salud, empleo y trabajo para el THS sean decentes, dignas, estables y equitativas, en el primer semestre de 2024 el MSPS sancionará e iniciará la implementación de la Política Pública Intersectorial de THS. Para acelerar este proceso y avanzar en la transición del sistema se realizarán dos acciones específicas:

- El MSPS en articulación con las entidades territoriales y Entidades Adscritas, definirán los lineamientos para contratación laboral del THS, de tal forma que los procedimientos sean estandarizados y respondan a las necesidades del sistema de salud.

- El MSPS, como cabeza de sector, definirá la ruta para la formalización laboral en el MSPS, entidades adscritas, las entidades territoriales y las Empresas Sociales del Estado. Esta ruta iniciará su implementación en 2024 y estará soportada por un plan con horizonte temporal de finalización en 2026.

2.3. Desarrollar el liderazgo para el abordaje de los Determinantes Sociales y Ambientales de la Salud a través de la colaboración intersectorial:

Este componente propone actividades para lograr la articulación efectiva de varios sectores alrededor de intervenciones sobre los determinantes. De manera específica para el proceso de transición se

priorizan aquellas acciones orientadas a generar un liderazgo renovado de la colaboración intersectorial.

a. Diseñar y desarrollar una estrategia de negociación y abogacía con la Presidencia de la República y estancias del ejecutivo a nivel nacional, para posicionar en la agenda el enfoque y las posibilidades de articulación durante la transición.

b. Diseñar la estructura organizacional y funcional de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, que sea coherente con la arquitectura actual del Gobierno e incluya la reglamentación y una ruta expedita de implementación.

3. Cuidar la salud y la vida

Un sistema que busca garantizar la salud universal, basado en un modelo de atención centrado en las personas, las familias y las comunidades, orientado por la Atención Primaria en Salud con redes de salud integrales e integradas, debe tener una capacidad resolutoria adecuada.

Este atributo del sistema permite articular actividades y recursos para brindar una atención con calidad, oportunidad, eficiencia y equidad, que corresponda al nivel de recursos humanos y tecnologías disponibles, y sea capaz de lograr una mejora del estado de salud.

Esta dimensión en el plan de transición contempla la interdependencia y conexión de los siguientes componentes:

3.1. Implementación de los planes de gestión de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Servicios de Salud (RIITSS):

Las RIITSS son el conjunto de organizaciones públicas, privadas o mixtas que se integran de manera coordinada, secuencial y organizada, a partir de los arreglos institucionales y comunitarios, para brindar servicios de salud dirigidos a promover, preservar y/o recuperar la salud de una población ubicada en las áreas geográficas, promoviendo acciones intersectoriales para intervenir en los determinantes sociales de la salud, bajo el modelo preventivo, predictivo y resolutorio, basado en la estrategia de Atención Primaria en Salud con orientación familiar y comunitaria e intercultural.

La conformación y organización de las RIITS se deberá fundamentar en criterios determinantes que están agrupados en ámbitos de abordaje y para ello se requiere un ajuste normativo que propenda por superar el modelo de competencia entre los agentes y se trascienda a la cooperación e integración entre los actores.

La capacidad de respuesta del primer nivel de atención deberá ser mejorada y la complementariedad con nodos de servicios de mediana y alta complejidad se verá de manera integral e integrada permitiendo un acceso universal, oportunidad, continuidad y seguridad en el proceso de atención en salud.

En este marco, la rectoría y gobernanza de la red estará liderada por la autoridad sanitaria territorial y regional con el acompañamiento del Ministerio de Salud y Protección Social y demás actores del sector salud, incluyendo una activa participación social y comunitaria. En este sentido se espera que en 2024 se inicie el acompañamiento a la implementación de planes de gestión de las RIITS a partir del análisis funcional de las mismas. La estrategia de acompañamiento en territorio se apoyará en una plataforma de gestión de información con enfoque gerencial a partir de SIO, que en tiempo real permita la estimación de capacidad actual y la formulación de un Plan de gestión para 2024 y un Plan de crecimiento a 2027.

Las RIITS contarán con un modelo de incentivos por los resultados y el cuidado integral a la salud y la vida, una optimización de recursos a través de compras conjuntas, una asignación y distribución financiera acorde con las necesidades. Asimismo, el desarrollo de los sistemas de información para la implementación de las redes será un componente estratégico para la integración, interoperabilidad, facturación electrónica, información, auditoría e inteligencia. De esta manera se podrá fortalecer la gestión clínica-administrativa-logística (referencia-contrarreferencia) de las personas.

En el marco de la organización de las RIITS, el plan de transición incluye el alistamiento para acompañar la transformación de las EPS a Gestoras de Salud y Vida. El proyecto de ley considera que las Gestoras de Salud y Vida deberán contribuir a la gestión integral del riesgo en el territorio de salud asignado, coordinando con las autoridades locales la organización de RIITS transitando del concepto restringido de red de proveedores de servicios individuales, a redes de cuidados y servicios que integran lo individual y lo colectivo en sus áreas de responsabilidad, estableciendo de esta manera el aseguramiento social en salud propuesto.

3.2 Fortalecer la red pública de cara a la transición: Instituciones de Salud del Estado, Centros de Atención Primaria en Salud Transición a CAPS

El objeto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), será la prestación de servicios de salud, con carácter social, como un servicio público esencial a cargo del Estado. La creación de 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. Las ISE serán CAPS en el nivel primario y de mediana y alta complejidad en el complementario. Para ello se requerirá elementos de financiamiento de infraestructura y equipamiento (no solo operación); formalización del talento humano; un programa de saneamiento financiero de las ISE, presupuestación de los hospitales públicos; reglamentación del giro de recursos a las ISE; adecuación al nuevo sistema de financiamiento (basado en la oferta) para los centros de atención primaria; desarrollar metodología

y estudio de suficiencia de la red territorial. Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención con Centros de APS (incluye equipos básicos de salud) y territorialización de la salud.

En particular, para avanzar en la organización de los CAPS de cara a la transición, en el 2024 se propone como proceso para acelerar la gestión del plan de infraestructura, la asignación de un rubro presupuestal para financiar los estudios previos y diseños de CAPS nuevos y de mejoramientos de acuerdo con las orientaciones para hospitales resilientes según las metodologías INGRID-H, ISH. En este sentido para este primer año se propone apoyar al menos 3 proyectos en cada uno de los departamentos con un valor estimativo de 150 millones por estudio.

3.3 Fortalecer la Atención Primaria en Salud

Para el 2024 se han priorizado dos grandes componentes orientados al fortalecimiento de la APS en todo el territorio nacional: la implementación del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo y el fortalecimiento de la capacidad resolutive y la integralidad de los Equipos Básicos de Salud.

a. Implementación del Modelo de Salud Preventivo y Predictivo

- El modelo de salud preventivo y predictivo es entendido como una construcción colectiva de base territorial, cuyo accionar se centra en las personas, las familias y las comunidades e implica el desarrollo de los principios y elementos centrales de la Atención Primaria en Salud (APS). Este modelo desarrolla una configuración territorial para la organización de la respuesta a las necesidades, potencialidades y expectativas de la población, ordena las acciones y recursos de los diferentes sectores y actores en un ejercicio de transectorialidad para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud.

- La categoría preventiva es comprendida como el cuidado integral en el continuo de la atención, a las personas, familias y comunidades independientemente de su lugar de residencia y su condición socioeconómica, minimizando la carga de la enfermedad. Por su parte lo predictivo comprende que la información que genera y gestiona el modelo, permite establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros y tomar decisiones en salud, en el corto, mediano y largo plazo.

- El modelo busca la recuperación de competencias y la confianza en las regiones del país, una sostenibilidad del sistema de salud, una soberanía sanitaria. Para lograrlo se requiere, por un lado, redefinir roles y atribuciones de los entes territoriales y demás actores estratégicos del sector; por otro lado, ajustar las bases normativas para las acciones en salud pública. Todo esto enmarcado

en el desarrollo armonizado de los sistemas de información para la implementación del modelo.

b. Fortalecimiento de la capacidad resolutive y la integralidad de los Equipos de Salud Territoriales.

- Los Equipos de Salud Territoriales son estructuras funcionales y organizativas del talento humano en salud en el marco de la prestación de los servicios de salud en todos los entornos de desarrollo que permiten facilitar el acceso y la continuidad de la atención integral en salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

- Será fundamental dotar a los profesionales y personal de salud del primer nivel de atención con las competencias y tecnologías requeridas para alcanzar la capacidad para resolver el 80% de los problemas de salud de la población. En este sentido, se modificará la normativa actual para adecuar los campos de práctica especialmente de medicina y enfermería, promover la profesionalización del personal técnico, auxiliar y promotor de la salud y generar nuevos acuerdos para la revisión de los planes de formación de las carreras de la salud. Adicionalmente, se planea asignar recursos al IETS para realizar un estudio para identificación y sistematización de las prácticas de uso de tecnologías en todos los departamentos.

3.4 Modelo de incentivos

El equipo coordinador del plan de transición del nivel nacional, diseñará propuestas para un modelo de incentivos, que promoverá el avance del proceso de transición. El equipo coordinador del plan de transición será el responsable de la implementación del modelo aprobado.

a. De este modelo participarán todos los componentes del sistema de salud.

b. El modelo estará orientado a favorecer la cooperación entre componentes de las RIITS y entre territorios.

c. El modelo priorizará el logro de resultados poblacionales en salud en la escala territorial.

11. Financiación y asignación de recursos en un sistema de salud basado en Atención Primaria en Salud

11.1 Financiación del sector salud

El Ministerio de Hacienda proyectó la nueva senda de ingresos para la reforma en los cuatro componentes fundamentales: Cotizaciones, Sistema General de Participaciones (SGP), aportes del Presupuesto General de la Nación y otras fuentes que financian el funcionamiento del Sistema de Salud. Estas fuentes de recursos son consistentes con los diferentes instrumentos de planeación financiera de la nación y las distribuciones sectoriales para los próximos años.

Tabla 27. Proyecciones de fuentes. Proyecto de Reforma a la Salud

Miles de millones de pesos de 2024

Concepto	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Cotizaciones	34.460	35.480	36.530	37.617	38.740	39.920	41.156	42.445	43.784	45.172
A p o r t e PGN	38.082	39.372	41.863	45.406	48.668	52.363	56.253	60.486	65.009	69.892
SGP salud	18.855	21.363	22.963	23.756	25.092	26.228	27.445	28.611	29.808	30.986
Otras fuentes	8.279	8.099	8.374	8.659	8.955	9.262	9.580	9.912	10.255	10.612
Total	99.676	104.315	109.730	115.438	121.455	127.773	134.434	141.454	148.856	156.662

Fuente: Proyecciones de ingresos del sector salud del Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP).

La diferencia entre la senda de ingresos presentada al Congreso en marzo del presente año es muy notoria, dadas las nuevas restricciones fiscales originadas en la disminución de los ingresos de la nación. El resultado es una leve reducción de los recursos para salud del SGP, más una importante reducción del aporte de la nación mediante el PGN, especialmente en 2026 (con un crecimiento tan solo del 3.7%, frente al 12% de 2025), que trae como consecuencia la disminución de la base para el cálculo de los siguientes cuatro años, por lo que, en conjunto, se reducen en los ingresos totales en 31.7 billones, en relación con el ejercicio de proyección de ingresos de marzo de 2024. Por su parte, la proyección del crecimiento de las cotizaciones presenta un leve incremento, respecto a lo proyectado en marzo.

11.2 Asignación general de recursos en el aseguramiento social en salud

La financiación, asignación de recursos y sistemas de pago de un sistema de salud deben estar alineados con los objetivos del mismo. En sistemas de salud basados en Atención Primaria en Salud esto significa que deben dirigirse a aumentar la equidad en el acceso a los servicios, mediante Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud con un nivel primario de atención altamente resolutivo (121); y a la vez ser eficaces y eficientes y dar respuesta adecuada a las cambiantes necesidades de salud de la población. Por supuesto, la financiación no es el único elemento necesario para los sistemas de salud basados en Atención Primaria en Salud; se requieren también acuerdos de gobernanza que apoyen la prestación de servicios de salud, así como personal sanitario capacitado, acceso y trazabilidad de los datos, y estrategias continuas de seguimiento, evaluación y aprendizaje.

Cid Pedraza (2020) plantea que “la mejor forma de financiar a los proveedores de salud es aquella que reconozca el rol de la planificación, el incentivo a la actividad, acompañe la integración y potencie las posibilidades de coordinación, a fin de reemplazar la visión parcial y el énfasis equivocado en la competencia por uno de integración y colaboración, que mantenga incentivos a la eficiencia” (121). El autor plantea que el presupuesto poblacional con per cápita ajustado por riesgos que determine un techo financiero para las Redes Integrales e Integradas de

Servicios de Salud es el elemento central para el logro de los objetivos de los sistemas de salud basados en Atención Primaria en Salud; no obstante, para llegar a dicho financiamiento generalmente es el resultado de la realización de varias transformaciones hacia esa dirección.

En contextos de transformación de los sistemas de salud, la financiación debe ser ajustada de forma progresiva; sobre todo cuando históricamente ha estado centrada en la atención de la enfermedad y dirigida a las instituciones de alto nivel de especialización. La transformación debe empezar por el financiamiento directo y subsecuente fortalecimiento del nivel primario de atención (Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) como un paso claro hacia la cobertura sanitaria universal (122) en los términos definidos por la OMS.

Las recomendaciones actuales sobre el financiamiento directo del nivel primario de atención son las siguientes (93,122–124):

1. Basarse en acuerdos de financiación que sigan un principio de universalismo e incorporando los atributos del cuidado de la salud centrado en las personas.
2. Financiación basada en mancomunación de recursos públicos que garanticen la prestación del servicio, para que de esa manera todas las personas reciban atención primaria gratuita en el lugar de uso del servicio sin que les signifique un pago adicional y a la vez se garantice la financiación de las funciones esenciales de salud pública.
3. Los acuerdos de financiamiento deben incluir estándares, directrices de servicios explícitos, sistemas de derivaciones eficaces, entre otros asuntos que se consideren importantes y necesarios.
4. Asignar los recursos en función de las necesidades de salud de las personas y que a la vez sean equitativos por áreas geográficas y niveles de prestación; de esta manera fomentar la atención centrada en las personas, la continuidad y la calidad de atención; pero que a la vez que sean capaces de adaptarse a los modelos de prestación cambiantes.
5. Los países deberían destinar mínimo el 30% del gasto en salud al nivel primario de atención.

6. Desarrollar trabajo conjunto con todas las instancias gubernamentales y de la sociedad civil que interactúan con la salud, para desarrollar acuerdos de financiación, acción, investigación, evaluación, etc., orientados a gastar más y mejor en Atención Primaria.

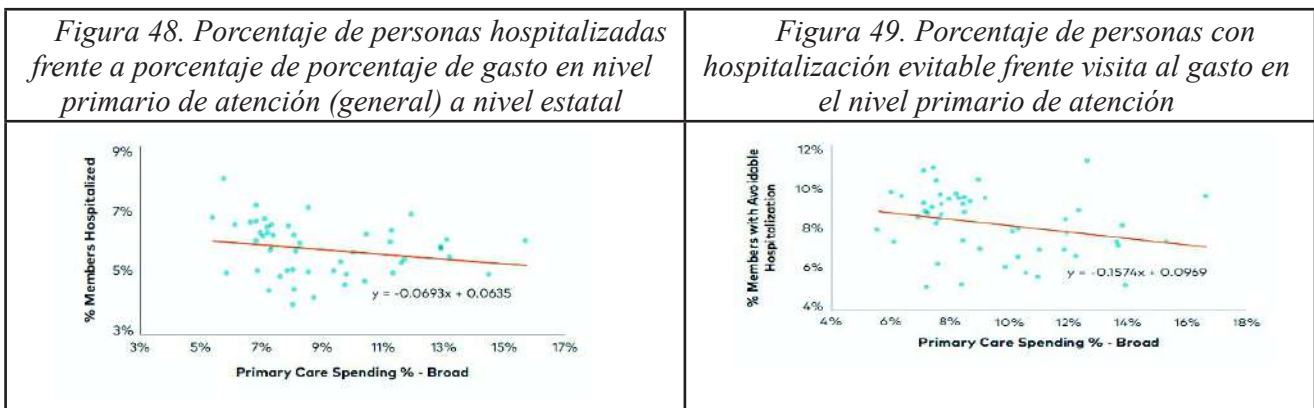
Ahora bien, se ha observado que los países que invierten más en el nivel primario de atención tienen mejores resultados de salud a un costo menor en comparación con aquellos que priorizan la atención hospitalaria de mediana y alta complejidad. Esto se debe a que el nivel primario privilegia la prevención, la detección temprana y el manejo de enfermedades crónicas, lo que aumenta el diagnóstico de enfermedades en fases asintomáticas, ofrece cuidados integrales, continuos y longitudinales, reduce la necesidad de asistir a los servicios de urgencias o de mayor complejidad para atender necesidades que pueden ser satisfechas en el primer nivel de atención(125).

Adicionalmente se ha demostrado que privilegiar financieramente el nivel primario de los sistemas de salud conlleva beneficios económicos y sociales

(102), como, por ejemplo: “la mejora de la atención materno infantil genera beneficios económicos y de salud 11,3 veces más que los costos, en los países de ingresos mediano – altos y de 7,2 veces en los de ingreso bajo” (126). Igualmente, se han documentado ganancias en la eficiencia y efectividad del sistema (103).

Se estima que más del 85% de los problemas pueden ser resueltos en el ámbito primario de atención (CAPS), que entre el 10% y el 12% requieren consulta y atención compartida con servicios de atención especializada, mientras que solo entre el 3% y el 5% necesitan primordialmente atención especializada (104,105,127,128). Según el informe: Primary Care Collaborative (2020), el gasto en atención primaria tiene una relación evidente con la disminución del gasto en servicios hospitalarios y de urgencias (129).

En las siguientes figuras se comparan los gastos en atención primaria contra el porcentaje de personas que llegan a hospitalización, y la proporción del gasto en el nivel primario de atención y su impacto en la hospitalización evitable.



Fuente: Kempski, A., & Greiner, A. (2020). Primary care spending: high stakes, low investment. Primary Care Collaborative. Published Dec.

Como puede observarse, se encuentra que una mayor inversión en el nivel primario de atención resulta en una cantidad menor de hospitalizaciones; y que a medida que aumenta el gasto en el nivel primario de atención, se reduce la proporción de ingresos hospitalarios evitables (129). Igualmente, existe una relación inversa entre el gasto en el nivel primario de atención y las visitas a urgencias, como se muestra en la siguiente figura.

Figura 50. Porcentaje de personas con una visita al servicio de urgencias frente al porcentaje de gasto en el nivel primario de atención (general) a nivel estatal



Fuente: Kempski, A., & Greiner, A. (2020). Primary care spending: high stakes, low investment. Primary Care Collaborative. Published Dec.

En la misma línea, diversas investigaciones han evidenciado que aquellos países o regiones con un nivel primario fortalecido en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS), registran mejores resultados de salud, tales como: una menor mortalidad prematura, reducción en el número de nacimientos de niños con bajo peso y disminución en la mortalidad infantil; además, se observan menos años de vida perdidos por suicidios, y por todas las causas en general, una mayor esperanza de vida y mejores tasas de mortalidad total, incluyendo por enfermedades cardíacas e infantil. También se reporta una detección más temprana de ciertos tipos de cáncer, incluyendo el colorrectal, de mama, uterino/cervical y el melanoma (101,127).

Macinko, Starfield y Shi (2005) argumentan que existe evidencia en que el acceso a ciertos tipos de atención tiene un impacto más positivo que otros en la reducción de la carga de enfermedad en un país; analizan la influencia de la calidad de los servicios de primarios de atención en el marco de la APS en cuanto a la mortalidad infantil y los años de vida perdidos en los países de la OCDE entre 1970 y 1998. La calidad fue medida a través de un puntaje que evalúa componentes como regulación, financiamiento, composición de especialistas, acceso, longitudinalidad, primer contacto, integridad, coordinación, orientación familiar y comunitaria. Mediante la valoración de cada componente, se asigna un puntaje global a la calidad de los servicios de APS de cada país, año tras año. Utilizando tres modelos distintos para comparar el efecto de la calidad del nivel primario de atención y aislar su influencia de variables macroeconómicas y de hábitos de vida, encuentran que la calidad del nivel primario de atención es estadísticamente significativa y muestra altos coeficientes en todos los modelos (130). Igualmente, Mackenbach y Stronks argumentan que, en los países europeos, algunas de las disparidades históricas en el estado de salud entre los sectores más y menos acomodados de la población pueden atribuirse, en parte, al acceso diferencial a los servicios de salud básicos (131).

El desarrollo de la atención primaria en salud con el subsecuente fortalecimiento del nivel primario de atención es fundamental para incidir positivamente en los hábitos de vida asociados a la aparición de enfermedades crónicas, tales como: el sedentarismo, el tabaquismo, la dieta no saludable; igualmente, debido al despliegue de estrategias de detección temprana permite diagnósticas enfermedades crónicas en fase asintomática e igualmente prevenir complicaciones derivadas; lo que reduce los costos asociados al tratamiento de estas condiciones.

La estrategia de concentrarse en disminuir el número de eventos, es decir, la frecuencia de ocurrencia de enfermedades crónicas como la obesidad, el cáncer, la depresión y la diabetes es fundamental ante el escenario de costos crecientes asociados a la integración de nuevas tecnologías médicas en su tratamiento. Este enfoque no solo es inmediatamente beneficioso, sino que además

promete ahorros crecientes a lo largo del tiempo, dada la tendencia al alza de los costos sanitarios.

Los atributos del nivel primario de atención fortalecido en el marco de la atención primaria, se describen a continuación:

1. Enfoque preventivo:

Una de las premisas fundamentales de la Atención Primaria en Salud es el cuidado integral de la salud que implica la acción antes de que la enfermedad aparezca con acciones de prevención en todos sus niveles. Invertir en programas de vacunación, educación para la salud, y detección temprana de enfermedades puede evitar el desarrollo de condiciones más graves que requieran intervenciones médicas complejas y costosas.

Por ejemplo, programas de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) han demostrado ser eficaces en la reducción de la incidencia del cáncer cervical, una condición que, si no se detecta a tiempo, puede requerir tratamientos intensivos y costosos como la quimioterapia, radioterapia, o cirugía. O programas de realización de ejercicio, dieta saludable, crianza amorosa, cuidados en el embarazo, sexualidad responsable, etc.

La ejecución de iniciativas de tamizaje y vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) mediante la APS puede generar una reducción sustancial en la incidencia y mortalidad relacionadas con el cáncer de cuello uterino. La identificación precoz y el tratamiento oportuno de lesiones precancerosas se erigen como componentes esenciales para evitar la progresión hacia el cáncer, según lo señalado por Arbyn *et al.* (132).

En el análisis del impacto económico de la reducción de frecuencia de casos de cáncer de cérvix mediante el fortalecimiento del nivel primario de atención se encontró que el costo actual de tratamiento por paciente anualmente asciende a 36 millones de pesos colombianos (COP), ajustado desde el valor del 2012 en México (133). En Colombia, con una incidencia de 3,800 casos nuevos anualmente (134), una reducción del 63% en la incidencia a través de la vacunación efectiva (135) podría traducirse en un ahorro significativo de \$86.184.000.000 COP en un año por la disminución de casos, y ante un incremento anual en los costos de tratamiento para el cáncer de cérvix - que varía entre el 7% y el 32% debido a la adopción de nuevas tecnologías médicas -, el ahorro acumulado en 10 años sería considerablemente alto.

Este análisis destaca la importancia de estrategias preventivas, como la vacunación contra VPH, no solo desde la perspectiva de salud pública sino también desde la óptica económica y la del cuidado de la vida. A través de intervenciones tempranas y efectivas, es posible alcanzar una gestión más sostenible de los recursos destinados a la salud, evidenciando un claro retorno de inversión al reducir la carga financiera asociada al tratamiento de enfermedades crónicas y de alto costo.

2. Atención integral y oportuna de condiciones crónicas:

El nivel primario de atención juega un rol crucial en el manejo de enfermedades crónicas como el cáncer, la diabetes, hipertensión arterial y otras enfermedades cardiovasculares. A través de un seguimiento integral de carácter regular, el nivel primario de atención puede controlar efectivamente estas condiciones, evitando complicaciones y la necesidad de hospitalizaciones. Por ejemplo, en programas de manejo de la diabetes en atención primaria, las personas reciben asesoramiento nutricional, planes de ejercicio, y monitoreo de niveles de glucosa, lo que contribuye a mantener la enfermedad bajo control y reducir la incidencia de eventos graves como infartos o insuficiencia renal.

La obesidad es un precursor conocido de varias enfermedades crónicas. Intervenciones de estilo de vida implementadas desde el nivel primario de atención, como la asesoría nutricional y el fomento de la actividad física, pueden ser efectivas en la reducción del peso y la mejora de parámetros metabólicos (136). Un estudio publicado en “Obesity Reviews” concluyó que las intervenciones de pérdida de peso basadas en la atención primaria pueden generar reducciones significativas en el peso corporal, lo que contribuye a disminuir el riesgo de desarrollar comorbilidades relacionadas con la obesidad y, por tanto, reducir los costos asociados con su tratamiento (137).

Alrededor del 56,4% de la población colombiana está por encima de los niveles recomendables para un peso saludable, lo que significa que aproximadamente 28.791.636 colombianos presentan sobrepeso u obesidad. Con un cálculo conservador, se estima que el 1% de este grupo atiende su problema con un profesional médico. El impacto en los costos totales por año para el sistema de salud se estima en \$1.127.836.951.895 COP (\$1.1 billones COP). Con el fortalecimiento del nivel primario de atención se podría reducir en 20% la cantidad de casos de personas con sobrepeso y obesidad en el país (138) generando un ahorro de \$225.567.390.379 al año.

La intervención en el nivel primario de atención dirigida a pacientes con prediabetes o en riesgo de desarrollar diabetes puede tener un impacto significativo en la reducción de la incidencia de esta enfermedad. El Diabetes Prevention Program (DPP) evidenció que modificaciones en el estilo de vida, mediadas por intervenciones en el nivel primario de atención reducen la incidencia de diabetes en un 58% en comparación con el grupo placebo (139). Además, el abordaje temprano de la diabetes en el nivel primario puede mitigar las complicaciones a largo plazo, lo que conduce a una disminución sustancial en la necesidad de hospitalización y, por ende, en los costos para el sistema de salud. Igualmente, la educación para la autogestión de la diabetes previene todas las complicaciones (140).

Se calcula que el nivel primario de atención, en el marco de la Atención Primaria en Salud, es

posible reducir la incidencia de diabetes tipo en un 20% (138,141,142) mediante prevención, detección temprana y control de la enfermedad, se proyecta un ahorro estimado de \$564.262.112.244 COP al año.

De acuerdo con la American Heart Association programas de manejo de enfermedades crónicas en el nivel primario de atención han demostrado ser efectivos en mejorar el control de la presión arterial y los niveles de lípidos en la sangre, lo que puede reducir el riesgo de eventos cardiovasculares mayores en hasta un 20% (143–145).

Se estima que la atención de un evento coronario entre gastos directos e indirectos podrían ascender a \$39.327.938 COP por persona afectada (146). Debido a que la atención primaria podría reducir en un 15% los casos de enfermedad coronaria (147–149), se calcula que en el país podría reducirse el gasto en salud para la población en riesgo de eventos coronarios en \$12.405.997.995 al año.

3. Accesibilidad y primer contacto:

El nivel primario de atención facilita el acceso temprano a los servicios de salud, actuando como el primer punto de contacto de la población con el sistema de salud. Esto es especialmente importante en áreas rurales o dispersas, donde el nivel primario con los equipos de salud territorial puede ser la única forma de atención médica disponible. Un ejemplo de esto es el programa de agentes comunitarios de salud en Brasil, donde el personal de salud local brinda servicios de promoción de la salud, y prevención de enfermedades, mejorando significativamente la accesibilidad a los servicios de salud en comunidades remotas.

Por ejemplo, en el nivel primario de atención puede identificar tempranamente signos de depresión y riesgo suicida, proporcionando acceso a intervenciones psicosociales y tratamiento farmacológico cuando sea necesario. La integración de servicios de salud mental en el nivel primario ha demostrado mejorar los resultados en pacientes con depresión (150).

Según el Observatorio Nacional de Salud (ONS) del Instituto Nacional de Salud (INS) para el 2022, la depresión afectó al 4,7% de la población colombiana, de la cual, el 38% consulta finalmente al médico. El costo en salud para la depresión por cada paciente fue de 1.448.684 COP al año(151), lo cual, se podría estimar un costo total por año en \$1.288.169.620.561 (\$1.2 billones COP). El fortalecimiento del nivel primario de atención podría contribuir con la mitigación del evento en un 10% (152–154), disminuyendo el gasto del sistema de salud en \$128.816.962.056 COP al año.

4. Cuidado continuo e integral:

Invertir en APS reduce los costos de los servicios de salud de mediana y alta complejidad en el corto y largo plazo. Varios estudios han encontrado que fortalecer la APS y proveer el cuidado continuo contribuye a reducir la demanda de servicios de salud inadecuada (155-157), especialmente de servicios de urgencias y tener el mismo médico de cabecera

durante por lo menos dos años disminuye el uso de medicina especializada y la tasa de hospitalización (158).

Adicionalmente, la atención prenatal, el parto asistido por personal calificado y el seguimiento posnatal en el primer nivel de atención pueden reducir drásticamente la mortalidad materna (159,160). De acuerdo con el Plan de Aceleración para la Reducción de la Mortalidad Materna, la implementación de estrategias como la captación temprana de gestantes (antes de las 12 semanas de gestación), la provisión de nutrientes durante el embarazo, los exámenes de laboratorio, los controles prenatales y las terapias psicológicas puede contribuir a reducir la mortalidad materna en un 12% (160–162), lo que representa un ahorro para el sistema de salud de más de \$332,520,602 COP al año.

De la misma manera, el nivel primario de atención fortalecido en el marco de la Atención Primaria en Salud puede jugar un papel fundamental en la prevención y el tratamiento de la desnutrición infantil a través de programas de suplementación nutricional, educación sobre alimentación saludable y monitoreo del crecimiento. Estudios indican que la intervención temprana es clave para prevenir el retraso en el crecimiento y sus efectos a largo plazo (163).

El costo medio de tratar un caso de desnutrición infantil podría alcanzar los \$646,000 COP en casos leves, lo que implica un gasto aproximado de \$15,640,073,030 COP para el sistema de salud por cada tratamiento, que incluye alimentación especializada, atención de endocrinólogo pediátrico, enfermería, nutricionista pediátrico y exámenes de laboratorio, excluyendo otros costos indirectos. Por lo cual, desarrollar estrategias de prevención y detección temprana de esta condición desde el nivel primario fortalecido podría reducir los casos de desnutrición en un 80% (164,165) lo que representaría un ahorro para el sistema de salud de más de \$12,512,058,424 COP al año.

11.3 Asignación detallada de recursos en el aseguramiento social en salud

Como se explicó en el apartado 9.4 se propone el pago para garantía de oferta para el nivel primario de atención, denominado Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS); el sistema de tarifas y formas de pago para los servicios de mediana y alta complejidad y la cuenta de fortalecimiento hospitalario para la garantía de un presupuesto estable y suficiente a los hospitales públicos.

a. Pago por oferta de los Centros de Atención Primaria en Salud

El estudio de “Modelación de la prestación de los servicios de salud primarios” (166) realizado por este Ministerio en el año 2022, definió tipologías de portafolios de servicios para los prestadores primarios, hoy denominados Centros de Atención Primaria en Salud CAPS a partir de: a) criterios de eficiencia, racionalidad y la organización jerárquica; b) los avances en el desarrollo de programas territoriales de reorganización, rediseño y modernización de las redes de ESE; y c) la apuesta por garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud a partir de una organización de estos que esté totalmente articulada con el flujo natural y cotidiano de las personas en sus territorios, comunidades y entornos, modelados en una subregionalización de referencia.

Las tipologías definidas garantizan la prestación de servicios y actividades establecidos en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Materno Perinatal reglamentados en la Resolución número 3280 de 2018 y definidos como de obligatoria realización para toda la población. Se definieron cuatro tipologías de Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

Posterior a la definición de tipologías de portafolios, se estimaron los perfiles asistenciales y operativos, los requerimientos en capacidades físicas, insumos y tecnologías. Una vez caracterizados y clasificados los diferentes recursos que serán empleados para la operación corriente se determinó la estructura de costos de la siguiente manera:

Tabla 28. Estructura de costos de los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS)

Componente de costo	Estimación	Descripción
Mano de obra directa	Se tomó como referencia la información reportada por las Empresas Sociales del Estado en el SIHO, en donde los datos requeridos establecen el registro del valor de la asignación mensual (unitario) por cargo y el costo total anual (total de cargos).	Corresponde a aquellos gastos relacionados con personal de planta y servicios personales indirectos relacionados con las funciones misionales. Para el caso de personal de planta comprende la remuneración por concepto de sueldos y demás factores salariales legalmente establecidos de los servidores públicos vinculados a la planta de personal. Incluye la conformación y operación de Equipos de Salud Territoriales .

Componente de costo	Estimación	Descripción
Mano de obra indirecta	En los casos en los que el valor de la asignación mensual por cargo no se pudo obtener con confiabilidad, se procedió a hacer una estimación del costo mensual por cargo tomando el valor mensual y aplicando un factor de ajuste del 60,55% que corresponde al valor prestacional.	Corresponde a aquellos gastos relacionados con personal administrativo que apoyará funciones no misionales relacionadas con atención al usuario, gestión de licencias e incapacidades, apoyo en procesos de referencia y contrarreferencia, entre otros.
Gastos de operación y prestación de servicios	La fuente de información empleada corresponde al valor de los gastos comprometidos registrados en el rubro presupuestal con código 46 del Módulo de presupuesto de gastos de las ESE para la vigencia 2021.	Comprende los gastos que realizan las instituciones para adquirir bienes y servicios que participan directamente en el proceso de prestación del Servicio de Salud, los cuales no constituyen un apoyo logístico para el cumplimiento de sus funciones. Incluye: - Medicamentos - Material médico quirúrgico - Materiales para odontología. - Servicios de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica. - Alimentación. - Demás insumos necesarios en los procesos de producción de los servicios de salud.
Gastos generales	La fuente de información corresponde a lo registrado en el Módulo de Presupuesto de Gastos de SIHO para la vigencia 2021 en los rubros presupuestales con Códigos 37 y 43.	Comprende los gastos relacionados con celaduría, aseo, transporte y otros bienes y servicios necesarios para que la institución cumpla con las funciones asignadas por la Constitución y la ley, y con el pago de los impuestos y multas a que estén sometidos legalmente.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

Cabe anotar que en la estructura de costos definida para el análisis no se incluyeron los valores correspondientes a partidas de inversión, no operacionales, extraordinarias o de vigencias anteriores, esto con el propósito de analizar solo el componente operacional que hace parte del proceso productivo corriente de la prestación de los servicios de salud.

Según el Estudio de modelación otra de las razones para prever un menor crecimiento del gasto en servicios de mediana y alta complejidad implica que el nivel primario de atención asumirá servicios de salud que actualmente se encuentran incluidos o clasificados como de mediana complejidad, tales como la consulta ambulatoria especializada de las especialidades básicas (medicina familiar, pediatría, ginecología, medicina interna y cirugía general) y algunos procedimientos quirúrgicos menores, es decir un traslado parcial de algunos costos hoy considerados de mediana complejidad.

De igual forma, una mayor disponibilidad de recursos y por tanto una mayor oferta de servicios en la atención primaria, con capacidad resolutoria, evitará que, por falta de atención oportuna, los ciudadanos se vean obligados a acudir a los servicios de urgencias de instituciones de mediana y alta complejidad, situación altamente disfuncional en un sistema de salud, que incrementa notoriamente los costos de atención médica.

La apertura progresiva de servicios de especialistas en los Centros de Atención Primaria en Salud no solo significa el traslado del costo de la consulta, sino de los apoyos diagnósticos (laboratorio, radiología) y terapéuticos (medicamentos e insumos) hacia la Atención Primaria. Los CAPS de pequeños municipios, donde la única institución de salud es el hospital local, también deben ser reforzados mediante el apoyo de servicios de cirugía y anestesiología, aunque no permanezcan de tiempo completo en las instituciones.

b. Senda para la atención de mediana y alta complejidad

Los supuestos utilizados para la determinación de la senda de gasto en atención hospitalaria de mediana y alta complejidad consideran los siguientes

aspectos: 1) el cambio demográfico, donde se aborda una dinámica subyacente en la mayoría de los países, como es el envejecimiento poblacional y la caída de la natalidad; y 2) el costo de la innovación tecnológica.

Tabla 29. Componentes del crecimiento de la senda del valor a precios constantes de las atenciones hospitalarias y especializadas de mediana y alta complejidad.

Componentes del crecimiento	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
Población (envejecimiento)	1,55	1,53	1,50	1,49	1,49	1,48	1,47	1,50
Costo de la Innovación*	1,53	1,53	1,53	1,53	1,53	1,53	1,53	1,47
Total	3,08	3,06	3,03	3,02	3,02	3,01	2,99	2,97

Fuente: DANE, Proyecciones de población.

**Supuesto de innovación tecnológica.*

Otros factores por considerar en el crecimiento del gasto de mediana y alta complejidad, como el incremento de las frecuencias por mayor uso de los servicios, es atenuado con mejoras en la calidad del gasto en salud que incluyen:

1. La evidencia sobre la ganancia en salud y en eficiencias que genera la orientación del sistema hacia la atención primaria en salud;
2. La efectividad de la atención primaria para disminuir el crecimiento del gasto de mediana y alta complejidad;
3. La progresiva incorporación de algunos servicios, que hoy se clasifican como de mediana complejidad, a la atención primaria;
4. La reducción del costo de la atención de urgencias hospitalaria relacionado con el débil desempeño de la atención primaria;
5. La disminución de sobrecostos del sistema debida a la integración vertical y la opacidad de la información.

Todas descritas en las páginas anteriores.

c. Senda del Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria

La Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria es una cuenta de destinación específica que permite alcanzar a mediano plazo, la garantía de un presupuesto estable y suficiente a los hospitales públicos, especialmente aquellas instituciones que atienden poblaciones rurales y dispersas, y

las que presentan mayor dificultad de alcanzar su financiamiento únicamente por facturación de servicios y que significan la única posibilidad de acceso a los servicios en muchos territorios; igualmente permitirá, garantizar la transformación de las Empresas Sociales del Estado (ESE) en Instituciones de Salud del Estado (ISE).

Los recursos orientados al Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria permiten destinar progresivamente los recursos de salud que constitucionalmente pertenecen a departamentos y distritos, hoy recaudados en la ADRES, de manera que, contribuyan a cofinanciar los hospitales públicos de todo el país, tanto con los recursos de destinación territorial, como con aportes de la nación, de manera que se fortalezcan también los hospitales de las regiones más dispersas, en especial nuevos departamentos que no cuentan con rentas cedidas. Las Instituciones de Salud del Estado que prestan servicios de mediana y alta complejidad, recibirán recursos para garantizar su funcionamiento según presupuesto aprobado por las direcciones seccionales y girado por la Adres, por doceavas, a estas instituciones, en proporción directa a la imposibilidad de subsistir únicamente por la vía de facturación de servicios, en razón de la dispersión poblacional. El rubro total para este propósito, que se sumara al facturado por prestación de servicios, es relativamente pequeño, pero clave para los propósitos de la reforma.

d. Senda de gasto: usos del sector salud

Tabla 30. Proyecciones de usos. Proyecto de Reforma a la Salud

Miles de millones de pesos de 2024

Usos	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Atención Primaria en Salud	18.563	21.107	22.735	23.544	25.379	27.069	29.175	31.619	34.562	36.636
Mediana y alta complejidad	71.980	74.196	76.463	78.779	81.155	83.602	86.120	88.698	91.335	94.075
Prestaciones económicas	2.755	2.866	2.982	3.102	3.227	3.358	3.493	3.634	3.781	3.932
Fortalecimiento de la red pública	1.000	1.000	1.000	2.000	3.500	4.000	4.200	4.410	4.631	4.862

Usos	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Otros	500	516	533	550	568	587	605	625	645	665
Becas	120	120	120	150	200	200	200	200	200	200
Protección de la maternidad	450	525	800	900	1.040	1.062	1.061	1.059	1.056	1.054
Fortalecimientos institucionales	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Fondo de desastres	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
SGP - E.T. SGP (10%): Salud pública	1.885	2.136	2.296	2.376	2.509	2.623	2.744	2.861	2.981	3.099
Gastos directos	97.403	102.617	107.079	111.550	117.728	122.651	127.748	133.256	139.341	144.672
SOAT – Rangos diferenciales	217	239	263	289	318	349	384	423	465	512
Migrantes irregulares	306	306	306	306	306	306	306	306	306	306
Saneamiento hospitalares	1.300	-	-	700	415	300	300	200	200	185
Gastos indirectos	1.823	545	569	1.295	1.039	955	990	929	971	1.003
Incentivos de calidad	-	500	1.080	1.570	1.623	1.672	1.722	1.774	1.827	1.882
Unidades Zonales de Planeación	450	650	1.000	1.023	1.065	1.107	1.153	1.203	1.259	1.307
Gastos de gestión	450	1.150	2.080	2.593	2.688	2.779	2.875	2.977	3.086	3.189

Fuente: Proyecciones ADRES y Ministerio de Salud y Protección Social.

Considerando la reducción de los ingresos informada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público para todos los sectores, el Ministerio de Salud y Protección Social debió proyectar significativo de los gastos presentados comparados con la proyección realizado en el mes de marzo. La única estrategia posible para encajar las proyecciones de la reforma en el nuevo marco de ingresos, más restrictivo, fue la implementación más gradual de los elementos centrales de la reforma, especialmente para ajustar la reducción de ingresos entre 2026 y 2029. Los ajustes son los siguientes:

- Se redujo moderadamente la tasa de crecimiento de los recursos de atención primaria entre 2026 y 2029, pero sin reducir la meta final, ya que a partir de 2030 no se tienen las serias restricciones del ingreso. El gasto en Atención primaria como porcentaje del gasto en atención en salud, asciende en los diez años proyectados en la senda, de 21% a 28%, acercándose a la meta del 30% recomendada por la OMS:

2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
21%	22%	23%	23%	24%	24%	25%	26%	27%	28%

- Se tomó la decisión de no modificar el escenario de gasto en servicios de mediana y alta complejidad, que queda con la misma senda de crecimiento planteada en el mes de marzo.

- Se hace más gradual el traslado de las rentas departamentales para el fortalecimiento de las Instituciones de Salud del Estado u hospitales públicos, los cuatro primeros años a partir de la expedición de la ley, lo que implica priorizar los primeros años a las instituciones hospitalarias en regiones del país con mayor población dispersa y barreras geográficas, que tienen mayor dificultad en derivar sus ingresos únicamente de la facturación

de servicios y donde el Estado tiene que garantizar la oferta de los mismos, así no resulten rentables, debido a la población reducida que atienden, conforme a lo señalado por la Ley Estatutaria y la Corte Constitucional.

- Se reducen los recursos agrupados en Otros Gastos, en función a que la financiación para el pago de la deuda de las Pruebas Covid, incluida en el Plan de Desarrollo no hace base para los años subsiguientes.

- Se ajusta la protección de la maternidad, con implementación gradual, que comienza con tres meses de medio salario mínimo hasta el año

2029 y un aumento de cobertura gradual en función de los ingresos de los hogares, hasta alcanzar esta protección la cobertura universal de medio salario mínimo por cuatro meses en el año 2030. El ajuste consideró igualmente el notorio descenso de la natalidad registrado por el DANE.

- Se difiere el saneamiento de los pasivos de hospitales públicos, inicialmente previsto en cuatro años hasta los diez años de la serie, aunque dejando un esfuerzo inicial importante al inicio de la reforma y una reanudación de este esfuerzo a partir de 2028, cuando se reduce la estrechez fiscal de los ingresos.

- Se proyecta un crecimiento más lento de los incentivos por calidad, ajustados al escenario de transición de las EPS y se estima que a partir de 2028 el estímulo quede pleno, para que toda Gestora o IPS de mediana y alta complejidad puedan alcanzar los tres incentivos establecidos en la ley, estimando

siempre que el recurso presupuestado alcance para premiar al 50% de las instituciones que obtengan los mejores resultados en cada uno de los incentivos planteados.

- Finalmente, se hace más gradual el desarrollo de las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación, que soportan técnicamente en los municipios el desarrollo de la Atención Primaria, dando prioridad los primeros años a los departamentos con mayor grado de ruralidad y población dispersa, pero alcanzando la cobertura total del país en cinco años.

11.4 Balance de las sendas de ingresos y gastos

Desarrolladas las sendas de ingresos y gastos, se obtiene el balance final, que no deja recursos de gasto proyectados sin fuente de financiamiento, para garantizar que la reforma no afecta el marco fiscal de mediano plazo.

Usos	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Total gastos	99.676	104.311	109.727	115.439	121.455	126.385	131.614	137.162	143.398	148.864
Total ingresos	99.676	104.315	109.730	115.438	121.455	127.773	134.434	141.454	148.856	156.662
Diferencia	-1	4	3	-1	0	1.388	2.820	4.292	5.459	7.798
%PIB Gasto	5,79	5,87	5,99	6,10	6,21	6,26	6,32	6,38	6,46	6,51
%PIB Ingreso	5,79	5,87	5,99	6,10	6,21	6,33	6,46	6,58	6,71	6,85

Fuente: Proyecciones de ingreso – Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Proyecciones de gasto – ADRES y Ministerio de Salud y Protección Social.

Cabe anotar, finalmente, que el balance es francamente positivo después del año 2030, lo que deja recursos disponibles para posibles ajustes a los próximos Gobiernos y orientación según los componentes que vayan cobrando mayor participación.

12. Bibliografía

1. The Economist Group. The Health Inclusivity Index. Measuring progress towards good health for everyone [Internet]. 2022. Available from: https://impact.economist.com/projects/health-inclusivity-index/documents/EI-Haleon_Report_A4.pdf

2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2000. 253 p.

3. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Evaluación del desempeño de los sistemas de salud. Organización Panamericana de la Salud; 2023. 264 p.

4. Ministerio de Salud Protección Social. Cifras de afiliación en salud [Internet]. [cited 2024 Apr 29]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

5. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico OCDE. Health expenditure and financing [Internet]. OCDE.Stat. [cited 2024 May 5]. Available from: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

6. Observatorio Nacional de Salud. Cuando la muerte es evitable [Internet]. Bogotá; 2023. Available from: [https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/15.Cuando la muerte es evitable.pdf](https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/15.Cuando%20la%20muerte%20es%20evitable.pdf)

7. García- Subirats I, Vargas-Lorenzo I, Mogollón-Pérez A, De Paepe P, Ferrera Da Silva J, Unjer J. Determinantes del uso de distintos niveles asistenciales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Sistema Único de Salud en Colombia y Brasil. Gac Sanit [Internet]. 2015;28:480–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.05.010>

8. Peña-Montoya M, Garzón-Duque M, Cardona-Arango D, Segura-Cardona A. Acceso a los servicios de salud de los adultos mayores. Antioquia - Colombia. Univ y Salud. 2016; 18:219– 31.

9. Hilarión-Gaitán L, Díaz-Jiménez D, Cotes-Cantillo K, Castañeda-Orjuela C. Desigualdades en salud según régimen de afiliación y eventos notificados al Sistema de Vigilancia (Sivigila) en Colombia, 2015. Biomedica. 2019;39(4):737–47.

10. Mora-Moreo L, Estrada-Orozco K, Espinosa O, Mesa Melgarejo L. Characterization of the population affiliated to the subsidized health insurance scheme in Colombia: a systematic review and meta-analysis. Systematic Review. Int J Equity Health [Internet]. 2023;22(28). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01818-x>

11. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud [Internet].

2023. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57803/9789275327562_spa.pdf?sequence

=4&isAllowed=y

12. Guerrero R, C M, Gallego AI, Becerril-montekio V, Ec L, Soc M, et al. Sistema de Salud de Colombia. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2011;53(122). Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/10.pdf>

13. Hernández M. 25 años de la Ley 100 ¿Crisis perpetua? *Periódico UNAL* [Internet]. 2019 Feb 12; Available from: <https://periodico.unal.edu.co/articulos/25-anos-de-la-ley-100-crisis-perpetua/>

14. Echeverry-López E. Reforma a la salud y reconfiguración de la trayectoria de acceso a los servicios de salud desde la experiencia de los usuarios en Health Reform and Reconfiguration of the Trajectory of Access to Health Services from the Experience of Users in Medellín, C. *Rev Gerenc Polit Salud* [Internet]. 2011;10(20):97–109. Available from: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/18773>

15. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias Access to health services in six Colombian cities: limitations. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2009;27(2):120–30. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v27n2/v27n2a03.pdf>

16. Banco Interamericano de Desarrollo. ¿En que gastan los países sus recursos en salud? El caso de Colombia [Internet]. Banco Interamericano de Desarrollo; 2023. 46 p. Available from: <https://publications.iadb.org/es/en-que-gastan-los-paises-sus-recursos-en-salud-el-caso-de-colombia#:~:text=caso de Colombia-,¿En que gastan los países sus recursos en,%3F%3A el caso de Colombia&text=El gasto en salud está, un envejecimiento de la población>

17. Observatorio Nacional de Salud. Desigualdades Sociales en Salud. Informe Nacional Técnico [Internet]. Bogotá, Colombia; 2015. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.06.059>

18. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe de Tutelas en Salud 2022. Orden Trigésima (30) de la Sentencia T- 760/08 [Internet]. 2022. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/informe-tutelas-salud-2022.pdf>

19. Defensoría del Pueblo de Colombia. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2022. Bogotá, Colombia: Defensoría del Pueblo - Defensoría Delegada para el Derecho a la Salud y la Seguridad Social; 2023. 1–243 p.

20. Romero Tobón JF. Las acciones públicas de Inconstitucionalidad en Colombia. Grupo Editorial Ibáñez; 2019.

21. Izquierdo A, Pessino C. Un gasto eficiente para vidas más sanas. In: *Mejor gasto para mejores*

vidas Cómo América Latina y el Caribe puede hacer más con menos [Internet]. Banco Interamericano de Desarrollo; 2018. p. 263–300. Available from: <https://publications.iadb.org/es/mejor-gasto-para-mejores-vidas-como-america-latina-y-el-caribe-puede-hacer-mas-con-menos-resumen>

22. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Health at a Glance 2023: OECD Indicators [Internet]. 2023. Available from: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>

23. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018 - 2023. Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región. [Internet]. Washington, D. C.: OPS (OMS; 2017. 63 p. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34460>

24. Vargas Peña GS, Ruiz Sánchez LE, Martínez Saldarriaga LA. El estado de la red pública hospitalaria en Colombia para enfrentar el COVID-19, posterior a la política de categorización de riesgo fiscal y financiero. *Gerenc y Políticas Salud*. 2021; 20:1–26.

25. Roth-Deubel AN, Molina-Marín G. Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013. *Rev Salud Publica*. 2013;15(1):44–55.

26. Banco Mundial. Evaluación del perfil de signos vitales en atención primaria en salud para Colombia [Internet]. Washington; 2020. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/35021/Primary-Health-Care-Vital-Signs-Profile-Assessment-for-Colombia-SP.pdf?sequence=4>

27. Asociación Colombiana de Salud Pública y Organización Panamericana de la Salud. Funciones Esenciales de Salud Pública. La capacidad del gobierno cerca de la salud de las personas, familias y comunidades. Colombia 2023. Bogotá, Colombia: Organización Panamericana de la Salud; 2023. 283 p.

28. Asociación Colombiana de Salud Pública y Organización Panamericana de la Salud. Aportes y desafíos en el proceso de reforma del sector salud con énfasis en territorios priorizados en Colombia 2022. Bogotá, Colombia: Organización Panamericana de la Salud; 2023. 1–220 p.

29. Ruiz Rodríguez M, Hormiga Sánchez C, Uribe L, Cadena Afanador L, Mantilla Uribe B, Solano Aguilar S. Voces de la academia y los tomadores de decisiones del Oriente Colombiano ante la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2017;49(2):320–9.

30. López Y, González C, Gallego B, Moreno A. Rectoría de la vigilancia en salud pública en el sistema de seguridad social en salud de Colombia: estudio de casos. *Biomédica* [Internet]. 2009;

29:567–81. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/%0Av29n4/v29n4a11.pdf>

31. Ministerio de Salud y Protección Social. Cambios en la planeación territorial en salud: estudio de caso en 4 DTS. Papeles en Salud [Internet]. 2018;18. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/%0Aestudio- caso-4-dts.pdf>

32. Suárez-Rozo L, Puerto-García S, Rodríguez-Moreno L, Ramírez-Moreno J. La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2017;16(32):34–50.

33. Superintendencia Nacional de Salud. Rueda de prensa de SuperSalud sobre hallazgos encontrados en las tres EPS recientemente intervenidas [Internet]. 2024. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=FdmWgeoj87U>

34. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-1195/2004 [Internet]. 2004. Available from: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/T-1195-04.htm#:~:text=“Los bienes de uso público,inalienables%2C imprescriptibles e inembargables”>.

35. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C - 824/02 [Internet]. 2004. Available from: <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2004/C-824-04.htm>

36. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C - 262/13 [Internet]. 2013. Available from: <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/C-262-13.htm>

Magistrada Ponente: Claudia Elizabeth Lozzi Moreno. Tribunal Administrativo de Cundinamarca Sección Primera Subsección “A” [Internet]. Fallo en primera instancia. Available from: <https://www.consejodeestado.gov.co/wp-content/uploads/2019/05/VentaCafesalud.pdf>

38. Decreto 1485 de 1994. “por el cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud” [Internet]. 1994. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=75979>

39. Decreto 882 de 1998. “Por el cual se fija el margen de solvencia que asegura la liquidez de las Entidades Promotoras de Salud y Administradoras del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones” [Internet]. 1998. Available from: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=168560

40. Decreto 574 de 2007. “Por el cual se definen y adoptan las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas” [Internet]. 2007. Available from: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1720870>

41. Decreto 1698 de 2007. “Por el cual se modifica el Decreto 574 de 2007 que define las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas” [Internet]. 2007. Available from: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1865285>

42. Decreto 2353 de 2008. “Por el cual se modifica el Decreto 574 de 2007 que define las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas” [Internet]. 2007. Available from: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1440605>

43. Decreto 4789 de 2009 “Por medio del cual se modifican los Decretos 574 de 2007, 1698 de 2007 y 2353 de 2008” [Internet]. 2009. Available from: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1550934>

44. Decreto 970 de 2011 “Por medio del cual se modifica el Decreto 574 de 2007, modificado por los Decretos 1698 de 2007, 2353 de 2008 y 4789 de 2009” [Internet]. 2011. Available from: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1199125>

45. Decreto 4185 de 2011 “Por el cual se reasignan unas funciones y se dictan otras disposiciones” [Internet]. 2011. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=44598>

46. Decreto 1921 de 2013 “Por el cual se modifica el artículo 5° del Decreto 574 de 2007, modificado por los artículos 1° y 3° de los Decretos 1698 de 2007 y 4789 de 2009, respectivamente” [Internet]. 2013. Available from: https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1371054***

47. Decreto 2702 de 2014 “Por el cual se actualizan y unifican las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud y se dictan otras disposiciones” [Internet]. 2014. Available from: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1482610>

48. Decreto 1681 de 2015 “Por el cual se reglamenta la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)” [Internet]. 2015. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=168127>

49. Decreto 2117 de 2016 “Por el cual se modifican los artículos 2.1.13.9, 2.5.2.2.1.7 y 2.5.2.2.1.10 y se adicionan unos artículos en la Sección 1, Capítulo 2, Título 2, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Prot [Internet]. 2016. Available from: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30030289>

50. Decreto 718 de 2017 “Por el cual se adiciona el artículo 2.1.13.9 del Decreto 780 de 2016 Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social” [Internet]. 2017. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=81413>

51. Decreto 682 de 2018. “Por el cual se sustituye el Capítulo 3 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto número 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en relación con las condiciones para la autorización de función” [Internet]. 2018. Available from: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30034764>

52. Ley 1929 de 2018. “Por medio de la cual se modifica temporal y parcialmente la destinación de un porcentaje de los recursos del Fondo de Solidaridad de Fomento al Empleo y Protección al Cesante, definida en el artículo 6° de la Ley 1636 de 2013; y se facu” [Internet]. 2018. Available from: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30035529#:~:text=El objeto de la presente, en salud y%2Fo el>

53. Decreto 1424 de 2019. “Por el cual se sustituye el Título 11 de la Parte 1 del Libro 2, se modifica el artículo 2.1.7.11 y se deroga el parágrafo del artículo 2.5.2.2.1.5 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, e” [Internet]. 2019. Available from: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30037769#:~:text=Es el mecanismo excepcional y, donde venían operando las primeras.>

54. Decreto 1683 de 2019. “Por el cual se modifican los artículos 2.5.2.2.1.10 y 2.5.2.3.3.6, y se adiciona el artículo 2.5.2.2.1.20 al Decreto número 780 de 2016, en relación con las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación” [Internet]. 2019. Available from: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30038100>

55. Decreto 600 de 2020. “Por el cual se adiciona el artículo 2.5.2.2.1.21 al Decreto 780 de 2016 en relación con el uso transitorio, por parte de las EPS, de los recursos que tengan invertidos en títulos de deuda pública interna, títulos de renta fija y depó” [Internet]. 2020. Available from: [https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/30039153#:~:text=DECRETO 600 DE 2020&text=\(abril 27\)-,por el cual se adiciona el artículo 2.5.2.2.1.21,parte de la reserva técnica.](https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/30039153#:~:text=DECRETO 600 DE 2020&text=(abril 27)-,por el cual se adiciona el artículo 2.5.2.2.1.21,parte de la reserva técnica.)

56. Decreto 1711 de 2020 “Por el cual se modifica el artículo 2.5.2.3.3.6 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social en relación con el plazo para acreditar las condiciones de habilitación por parte de las entidades que” [Internet]. 2020. Available from: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/30040256>

57. Decreto 1811 de 2020. “Por el cual se modifica el artículo 2.5.2.2.1.20 del Decreto 780 de 2016 en el sentido de ampliar un plazo para la verificación de las condiciones financieras y de

solvencia de las Entidades Promotoras de Salud” [Internet]. 2020. Available from: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30040302>

58. Decreto 709 de 2021. “Por el cual se modifica el artículo 2.1.11.3 del Decreto 780 de 2016 en relación con el mecanismo de asignación de afiliados” [Internet]. 2021. Available from: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30041841>

59. Decreto 995 de 2022 “Por el cual se modifican los artículos 2.5.2.2.1.10, 2.5.2.2.1.21, y 2.5.2.4.2.10 del Decreto 780 de 2016, en relación con el uso de los recursos invertidos que respaldan reservas técnicas de las EPS y se dictan otras disposiciones” [Internet]. 2022. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=187686>

60. Decreto 1492 de 2022 “Por el cual se modifican los Artículos 2,1.11.11, 2.5.2.2.1.7 y 2.5.2.2.1.20 del Decreto 780 de 2016 en relación con el cálculo del Patrimonio Adecuado y se dictan otras disposiciones” [Internet]. 2022. Available from: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=191370>

61. Decreto 1600 de 2022 “Por el cual se adiciona el Capítulo 6 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 en relación con los procesos de reorganización institucional de las entidades promotoras de salud (EPS)” [Internet]. 2022. Available from: [https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30044515#:~:text=DECRETO 1600 DE 2022&text=\(agosto 05\)-, por el cual se adiciona el Capítulo 6 al Título, promotoras de salud \(EPS\).](https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30044515#:~:text=DECRETO 1600 DE 2022&text=(agosto 05)-, por el cual se adiciona el Capítulo 6 al Título, promotoras de salud (EPS).)

62. Contraloría General de la República. Función de Advertencia Incumplimiento Decretos 574 de 2007 y Decreto 4185 de noviembre 3 de 2011 y omisión seguimiento a función de advertencia 2012EE53867 de agosto 9 de 2012 sobre situación financiera de las EPS - Vigencia 2011. 2011.

63. Superintendencia Nacional de Salud. Informe de evaluación del cumplimiento de los indicadores de capital mínimo, patrimonio adecuado e inversión de las reservas técnicas - marzo de 2024 [Internet]. Bogotá, Colombia; 2024. Available from: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/SupervisionRiesgos/EstadisticasEPSRegimenSubsidiado/INFORME DE EVALUACION DE LOS INDICADORES DE CM PA Y RI - MARZO DE 2024.pdf>

64. Martínez F. La salud en el juego del mercado. In: Poder político y mercado en las reformas de la seguridad social Colección la seguridad social en la encrucijada. Universidad Nacional de Colombia; 2018.

65. Contraloría General de la República. Informe de la Contraloría General de la República sobre la situación de cartera de 26 EPS con las IPS y proveedores de la red de prestadores de servicios de salud, con corte a octubre de 2023. 2024.

66. Universidad Nacional de Colombia. Informe de cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Nota técnica [Internet]. Bogotá, Colombia; 2011. Available from: https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Acuuerdo_019_de_2010_-_Anexo_7_-_Informe_Calculo_de_la_UPC_-_Universidad_Nacional.pdf%0A%0A

67. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030 [Internet]. Vol. 2. 2016. Available from: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/international-migration-outlook-2015_migr_outlook-2015-en,

68. Organización Mundial de la Salud. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Desde Alma - Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Astaná (Kazajstán) 25 y 26 de octubre de 2018. Aztaná (Kasajsttán); 2018.

69. World Health Organization. Building the primary health care workforce of the 21st century [Internet]. Astana, Kazakhstan; 2018. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/workforce.pdf>

70. Procuraduría General de la Nación. Procurador pidió vincular al personal de la salud con condiciones dignas, decentes y de estabilidad laboral [Internet]. Boletín N° 26. 2021 [cited 2024 May 5]. Available from: [https://apps.procuraduria.gov.co/portal/Procurador-pidio-vincular-al-personal-de-la-salud-en-condiciones-dignas-decentes-y-de-estabilidad-laboral.news#:~:text=A través de la Circular, viables y administrativamente eficientes%2C sin](https://apps.procuraduria.gov.co/portal/Procurador-pidio-vincular-al-personal-de-la-salud-en-condiciones-dignas-decentes-y-de-estabilidad-laboral.news#:~:text=A%20trav%C3%A9s%20de%20la%20Circular%2C%20viab%20y%20administrativamente%20eficientes%2C%20sin)

71. Colegio Médico Colombiano. Encuesta de Situación Laboral para los Profesionales de la Salud 2019 [Internet]. Epicrisis. Órgano oficial de comunicación del Colegio Médico Colombiano. 2019 [cited 2024 May 5]. Available from: <https://epicrisis.org/2019/09/20/encuesta-de-situacion-laboral-para-los-profesionales-de-la-salud-2019/>

72. Torres-Tovar M. ¿Es posible superar la precariedad laboral de las trabajadoras y los trabajadores del sector salud? Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2023;43(1). Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/354685>

73. Ministerio de Salud y Protección Social. Indicadores de Talento Humano en Salud [Internet]. Observatorio de Talento Humano en Salud. 2022 [cited 2024 May 6]. Available from: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Observatorio-de-Talento-Humano-en-Salud.aspx>

74. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Healthcare Resources [Internet]. OCDE HEALTH REAC. 2024 [cited 2024 Jul 24]. Available from: [https://data-explorer.oecd.org/vis?tenant=archive&df\[ds\]=Diss eminateArchiveDMZ&df\[id\]=DF_HEALTH_REA](https://data-explorer.oecd.org/vis?tenant=archive&df[ds]=Diss%20eminateArchiveDMZ&df[id]=DF_HEALTH_REA)

C&df[ag]=OECD&dq=.&lom=LASTNPERIODS &lo=5&to[TIME_PERIOD]=false

75. Ministerio de Salud y Protección Social. Registro Especial de Prestadores (REPS) [Internet]. Prestadores por tipo de servicio y sede. 2024 [cited 2024 Feb 20]. Available from: [https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/habilitados_reps.aspx?pageTitle=Registro Actual&pageHlp=](https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/consultas/habilitados_reps.aspx?pageTitle=Registro%20Actual&pageHlp=)

76. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-302 de 2017 [Internet]. 2017. Available from: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-302-17.htm>

77. Corte Constitucional de Colombia. Auto 696 - 2022 [Internet]. 2022. Available from: <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/autos/2022/A696-22.htm>

78. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: El Desafío de los hospitales [Internet]. Documentos OPS/OMS en Chile. Organización Panamericana de l Salud; 2011. 1–300 p. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52624>

79. Observatorio Nacional de Salud. Acceso a servicios de salud en Colombia. Informe Técnico 11 [Internet]. Bogotá, Colombia; 2019. Available from: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/informe-ons-11-Acceso-a-servicios-de-salud-en-Colombia2.pdf>

80. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Heal Organ [Internet]. 1978;56(2):295–303. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/261736?locale-attribute=es&>

81. Ministerio de Salud y Protección Social. Gestión Integral del Riesgo en Salud. 2018.

82. Gamboa Ó, Buitrago G, Patiño A, Agudelo N, Espinel L, Eslava-Schmalbach, J Guevara Ó, et al. Fragmentation of Care and Its Association With Survival and Costs for Patients With Breast Cancer in Colombia. JCO Glob Oncol. 2023; e2200393(May).

83. Pardo C, Vries E. Supervivencia al cáncer de mama y cervix en el Instituto Nacional de Cancerología, Colombia. Colomb Med. 2018;49(1).

84. Globocan. Global Cancer Observatory [Internet]. 2024 [cited 2024 Feb 20]. Available from: <https://gco.iarc.fr/en>

85. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Boletín técnico EEVV 2019 - 2021* [Internet]. 2022. Available from: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/bt_estadisticasvitalas_defunciones_Itrim_2022pr.pdf

86. Cuenta de Alto Costo. Situación de la Enfermedad Renal Crónica, la hipertensión arterial a diabetes mellitus en Colombia. Bogotá, Colombia; 2018.

87. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Boletín técnico estadísticas vitales: Nacimientos en Colombia. 2023.

88. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen o [Internet]. 2018. 328 p. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-cumbre-cali-vii-cumbre-iberoamericana-S0212656718302397>
89. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia de Morbilidad Materna Extrema. 2023.
90. UNFA. Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema. 2023.
91. Resolución 2364 de 2023 “Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para financiar los servicios y tecnologías de salud de los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la vigencia [Internet]. Available from: <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2023/12/2364-Por-la-cual-se-fija-el-valor-de-la-Unidad-de-Pago-por-Capitacion-UPC-para-financiar-los-servicios-y-tecnologias-de-salud-de-los-regimenes-subsidiado-y-contributi.pdf>
92. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento Vigilancia Integrada de muertes en menor de 5 años por IRA, EDA o DNT [Internet]. Bogotá, Colombia; 2021. Available from: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS 2021.pdf>
93. Hanson K, Brikci N, Erlangga D, Alebachew A, De Allegri M, Balabanova D, et al. The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2022;10(5): e715–72. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00005-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00005-5)
94. WHO, UNICEF. A vision for Primary health care in the 21st Century. Towards universal health coverage and sustainable development goals [Internet]. World Health Organization. Kazakhstan; 2018. Available from: http://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf?sfvrsn=c3119034_2
95. Arenas de Mesa A. Protección Social universal, integral, sostenible y resiliente para erradicar la pobreza, reducir la desigualdad y avanzar hacia un desarrollo social inclusivo. *Rev CEPAL Edición Espec 75 años* [Internet]. 2023;141(Diciembre):193–216. Available from: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/69111-revista-cepal-141-edicion-especial-75-anos-un-modelo-desarrollo-mas-productivo>
96. Stenberg K, Hanssen O, Bertram M, Brindley C, Meshreky A, Barkley S, et al. Guide posts for investment in primary health care and projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2019;7(11):e1500–10. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30416-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30416-4)
97. WHO. Primary health care on the road to universal health coverage [Internet]. World Health Organization. 2019. Available from: <https://www.who.int/publications/item/9789240029040%0Ahttps://www.who.int/docs/default-source/documents/2019-uhc-report.pdf>
98. Berry RA. Reflections on injustice, inequality and land conflict in Colombia. *Can J Lat Am Caribb Stud*. 2017;42(3):277–97.
99. Moran V, Suhrcke M, Nolte E. Exploring the association between primary care efficiency and health system characteristics across European countries: a two-stage data envelopment analysis. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2023;23(1):1–13. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10369-y>
100. Starfield B, Leiyu S, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457–502.
101. OECD. Realising the Full Potential of Primary Health Care [Internet]. Paris: OCDE Publishing; 2020. 1–228 p. Available from: <http://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Policy-Brief-Primary-Health-Care-May-2019.pdf>
102. World Health Organization. Building the economic case for primary health care: a scoping review [Internet]. Vol. 48, Technical Series on Primary Health Care. 2018. Available from: https://www.who.int/publications/item/WHO-HIS-SDS-2018.48?fbclid=IwAR3siZ0ZoRXB7ImMqm2MIDHeFU1rfIXvn5nzo3l-2PQXjKEhgPhf3Np1_WU
103. Kringos DS, Boerma W, Hutchinson A, Saltman RB. Building Primary Care in a Changing Europe. *European Observatory on Health Systems and Policies* [Internet]. 2010. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29064645/>
104. Green L, B; Y, Lanier D, Dovey S. The Ecology of Medical Care. Revisited. *N Engl J Med*. 2001;344(26).
105. White W. The Ecology of Medical Care. *N Engl J Med*. 1961;265(26):885–92.
106. Rodríguez-Páez F, Jiménez-Barbosa W, Palencia-Sánchez. Uso de los servicios de urgencias en Bogotá, Colombia: Un análisis desde el Triage. *Univ Salud* [Internet]. 2018;20(3):215–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182003.124>
107. Arango Pinilla, M.M; Arias Ruiz, S; Arrubla, P; Villa, G CJ. GJZFMF. PM. Demandas inadecuadas en urgencias e identificación del uso inapropiado de la hospitalización en el Centro Piloto de Assbasalud ESE en Manizales. *Arch Medicija* [Internet]. 2009;9(1):25–34. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273820380005.pdf>
108. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T - 760/08 [Internet]. 2008. Available

from: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>

109. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C 313/14 [Internet]. 2014. Available from: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/C-313-14.htm>

110. Organización Panamericana de la Salud - OPS. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de política y Hoja de Ruta para su implementación. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas [Internet]. 2010. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y>

111. Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco operacional para la atención primaria de salud. Transformar la visión en acción. Ginebra. Suiza: Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); 2021. 140 p.

112. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Fortalecimiento de la capacidad resolutoria del Primer Nivel de Atención. Documento de trabajo. 2023.

113. Terraza-Núñez, Rebeca; Vergas-Lorenzo, Ingrid; Vázquez-Navarrete ML. La coordinación entre los niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit [Internet]. 2006;20(6):485–95. Available from: <https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf- S0213911106715485>

114. Gérvas R, Rico A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. SEMERGEN. 2005;31(9):418–23.

115. Organización Panamericana de Servicios de Salud y Organización Mundial de la Salud. Hospitales en Redes Integradas de Servicios de Salud. Recomendaciones estratégicas [Internet]. Washington, D.C.; 2018. 80 p. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52624>

116. Galbraith J. Designing complex organizations. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company; 1973.

117. Mintzberg H. La estructura de las organizaciones. Barcelona: Ariel; 1990.

118. PNUD. Colombia rural: Razones para la esperanza [Internet]. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, editor. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011. Bogotá, Colombia; 2011. 92 p. Available from: http://www.co.undp.org/content/dam/colombia/docs/DesarrolloHumano/undp-co- ic_indh2011-parte1-2011.pdf

119. Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos Metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de Servicios. Serie Organización y Gestión de Sistemas de Salud N°3 [Internet]. OPS. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud;(3), mar. 1998. 1998. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/35670>

120. Cuadrado C, Crispi F, Libuy M, Marchildon G, Cid C. National Health Insurance: A conceptual framework from conflicting typologies. Health Policy (New York) [Internet]. 2019;123(7):621–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851019301307?via%3Dihub>

121. Cid Pedraza C. Financiamiento de redes integradas de servicios de salud. Rev Panam Salud Pública. 2020; 44:1.

122. WHO & The World Bank. Direct facility financing: concept and role for UHC [Internet]. 2022. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/351945/9789240043374-eng.pdf?sequence=1#:~:text=Direct facility financing is money,individual sources finance them directly.>

123. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Pacto 30 • 30 • 30. APS para la salud universal. Washington, D.C.; 2019.

124. Organización Mundial de la Salud (OMS). Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. 2018. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

125. Wagstaff A, Flores G, Hsu J., Smits M-F., Chepynoga K., Buisman LR, et al. Progress on Catastrophic Health Spending in 133 Countries: A Retrospective Observational Study. Lancet Glob Heal. 2018;6(2): e169–79.

126. Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, Anderson I, Gülmezoglu AM, Temmerman M, et al. Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: A new Global Investment Framework. Lancet. 2014;383(9925):1333–54.

127. Maiz G. ¿Por qué es importante la Atención Primaria de Salud? OSEKI Osasun eskubidearen aldeko ekimena-Iniciativa por el derecho a la salud [Internet]. Available from: <https://oseki.eus/areas/sistemas-sanitarios-publicos/>

128. Lee J C. The ecology of medical care in Korea: the association of a regular doctor and medical care utilization. BMC Health Serv Res [Internet]. 2022;22(1432). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08821-6>

129. Kempfski A, Greiner A. Primary care spending: high stakes, low investment. Primary Care Collaborative [Internet]. 2020. Available from: https://theccc.org/sites/default/files/resources/PCC_Primary_Care_Spending_2020.pdf

130. Starfield B, Shi L, Macinko. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Q. 2005;83(3):457–502.

131. Mackenbach JP, Stronks K, Kunst AE. The contribution of medical care to inequalities in health: Differences between socio-economic groups in decline of mortality from conditions amenable to medical intervention. Soc Sci Med [Internet]. 1989;29(3):369–76. Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953689902852?via%3Dihub>

132. Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, de Sanjosé S, Saraiya M, Ferlay J, et al. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2020;8(2): e191-e203. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(19\)30482-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(19)30482-6/fulltext)

133. Sánchez-Román, FR; Carlos-Rivera FG-CJ et al. Costos de atención médica por cáncer cérvicouterino. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2012;50(1):99–106.

134. GLOBOCAN. Cáncer de cuello uterino [Internet]. Incidencia de cáncer de cuello uterino. Colombia. 2022. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/en/data-sources-methods#incidence>

135. Pei J, Shu T, Wu C, Li M, Xu M, Jiang M, et al. Impact of human papillomavirus vaccine on cervical cancer epidemic: Evidence from the surveillance, epidemiology, and end results program. *Front Public Heal* [Internet]. 2023;5. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2022.998174/full>

136. Kushner RF, Ryan DH. Assessment and lifestyle management of patients with obesity: clinical recommendations from systematic reviews. *JAMA* [Internet]. 2014;312(9):943–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25182103/>

137. Johns DJ, Hartmann-Boyce J, Jebb SA, Aveyard P. Diet or exercise interventions vs combined behavioral weight management programs: a systematic review and meta-analysis of direct comparisons. *Obes Rev* [Internet]. 2014;15(10):818–38. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25257365/>

138. Rossen J, Yngve A, Hagströmer M, Brismar K, Ainsworth BE, Iskull C, et al. Physical activity promotion in the primary care setting in pre- and type 2 diabetes - the Sophia step study, an RCT. *BMC Public Health* [Internet]. 2015;15(647). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26164092/>

139. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine*. *N Engl J Med* [Internet]. 2002;346(6):393–403. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11832527/>

140. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes - 2020. *Diabetes Care* [Internet]. 2020;43((Supplement 1), S1-S212). Available from: <https://diabetesjournals.org/clinical/article/38/1/10/32237/Standards-of-Medical-Care-in-Diabetes-2020>

141. Faruqi N, Thomas L, Parker S, Harris-Roxas B, Taggart J, Spooner C, et al. Primary health care provider-focused interventions for improving outcomes for people with type 2

diabetes: a rapid review. *Public Heal Res Pract* [Internet]. 2019;29(4). Available from: <https://doi.org/10.17061/phrp29121903>

142. Keng MJ, Tsiachristas A, Leal J, Gray A, Mihaylova B. Impact of achieving primary care targets in type 2 diabetes on health outcomes and healthcare costs. *Diabetes Obes Metab* [Internet]. 2019;21(11):2405–2412. Available from: <https://doi.org/10.1111/dom.13821>

143. Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D, Kris-Etherton P, Van Horn L, Lichtenstein AH, et al. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* [Internet]. 2010;122(4):406–41. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0b013e3181e8edf1>

144. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Dai S, De Simone G. Heart disease and stroke statistics—2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* [Internet]. 2010;121(7): e46-e215. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/circulationaha.109.192666>

145. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, et al. Global disparities of hypertension prevalence and control. *Circulation* [Internet]. 2016;134(6):441–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27502908/>

146. Romero M, Vásquez E, Acero G, Huérfano L. Estimación de costos directos de los eventos coronarios en Colombia. *Rev Colom Cardiol* [Internet]. 2018;25(6). Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332018000600373

147. van der Pol M, Olajide D, Dusheiko M, Elliott R, Guthrie B, Jorm L, et al. The impact of quality and accessibility of primary care on emergency admissions for a range of chronic ambulatory care sensitive conditions (ACSCs) in Scotland: longitudinal analysis. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2019;20(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0921-z>

148. Palacios J, Khondoker M, Mann A, Tylee A, Hotopf M. Depression and anxiety symptom trajectories in coronary heart disease: Associations with measures of disability and impact on 3-year health care costs. *J Psychosom Res* [Internet]. 2018;104(1–8). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.10.015>

149. Vaillant-Roussel H, Laporte C, Pereira B, De Rosa M, Eschalier B, Vorilhon C, et al. Impact of patient education on chronic heart failure in primary care (ETIC): a cluster randomised trial. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2016;17(80). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0473-4>

150. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO

world mental health surveys. *Lancet* [Internet]. 2007;370((9590)):841–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17826169/>

151. Pinto-Masís D, Gómez-Restrepo C, Uribe Restrepo M, Miranda C, Pérez A, de la Espriella M, et al. La carga económica de la depresión en Colombia: costos directos del manejo intrahospitalario. *Rev Colombi Psiquiat* [Internet]. 2010;39(3):465–80. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80619187002.pdf>

152. Aldridge LR, Garman EC, Patenaude B, Bass, J. K.; Jordans MJ, Luitel NP. Healthcare use and costs among individuals receiving mental health services for depression within primary care in Nepal. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2022;22(1):1596. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08969-1>

153. Angstman KB, Rasmussen NH, Herman DC, & Sobolik JJ. Depression care management: impact of implementation on health system costs. *Heal care Manag* [Internet]. 2011;30(2):156–60. Available from: <https://doi.org/10.1097/HCM.0b013e318216f8e5>

154. Harder VS., Barry SE., French S., Consigli AB, Frankowski BL. Improving Adolescent Depression Screening in Pediatric Primary Care. *Acad Pediatr* [Internet]. 2019;19(8):925–33. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.acap.2019.02.014>

155. Han E, Chung W, Trujillo A, Gittelsohn, Shi L. The associations of continuity of care with inpatient, outpatient, and total medical care cost among older adults with urinary incontinence. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2023;23(344). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09232-x>

156. Bazemore A, Merenstein Z, Handler L, Saultz J. The Impact of Interpersonal Continuity of Primary Care on Health Care Costs and Use: A Critical Review. *Ann Fam Med* [Internet]. 2023;21: 274–9. Available from: <https://doi.org/10.1370/afm.2961>

157. Hogne Sandvik; Hetlevik; Ø, Hunskaar JB. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2022;72(715): e84–90. Available from: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>

158. Hansen A, PA H, Aaraas O, Førde. Continuity of GP care is related to reduced specialist healthcare use: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pr*. 2013;63(612):482.

159. World Health Organization. World Health Statistics 2019: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. [Internet]. 2019. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565707>

160. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM) [Internet]. 2020.

Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51963/9789275322106-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

161. González A M. Los costos directos e indirectos del embarazo en Colombia. 2013. *Fac Econ Univ los Andes* [Internet]. 2013; Available from: <https://repositorio.uniandes.edu.co/server/api/core/bitstreams/8fc2705f-c2ec-4d24-a84f-817ffcb46c1d/content>

162. Herrera J. Atención primaria y mortalidad materno-infantil en Iberoamérica [Primary care and maternal and infant mortality in Latin American countries]. *Aten Primaria* [Internet]. 2021;45(5):244–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6985537/>

163. Black RE, Victora CG., Walker SP, Bhutta ZA., Christian P., de Onis, M., Uauy R. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet* [Internet]. 2013;382(9890):427–51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23746772/>

164. Kristjansson E, Francis DK, Liberato S., Benkhalti Jandu M, Welch, V., Batal M, Greenhalgh T, et al. Food supplementation for improving the physical and psychosocial health of socio-economically disadvantaged children aged three months to five years. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 2015;3(CD009924). Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009924.pub2>

165. Saaka M, Galaa S. Improving the utilization of health and nutrition services: experience from the Catholic Relief Services supported the Development Assistance Programme in Ghana. *Prim Health Care Res Dev* [Internet]. 2011;12(2):145–56. Available from: <https://doi.org/10.1017/S1463423610000411>

166. Ministerio de Salud y Protección Social. Propuesta de redefinición de las características de operación de los hospitales públicos. Colombia 2022 [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social; 2022. 1–500 p. Available from: Estudio de modelación de la prestación de servicios de salud primarios, ofertada por hospitales públicos en Colombia.

167. Organización Panamericana de la Salud. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción [Internet]. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. 118 p. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

168. Hanson K, Briki N, Erlangga D, et al. The Lancet Global Health Commission on financing primary health care: putting people at the centre. *Lancet Glob Health* 2022. <https://www.thelancet.com/commissions/financing-primary-health-care>.

13. Proyecto de ley

por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:**TÍTULO I****OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN**

Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene por objeto transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el derecho fundamental a la salud.

Desarrolla un modelo de salud en el marco de la atención primaria, organiza sus instancias para la gobernanza y rectoría del sistema con enfoque diferencial y territorial, articula a las instituciones prestadoras de servicios de salud, reorganiza los destinos y usos de los recursos financieros, establece un sistema público unificado e interoperable de información, fortalece la participación social y comunitaria, así como la inspección, vigilancia y control; define condiciones para el trabajo digno y fija las reglas de transición y evolución de la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud en el Sistema de Aseguramiento Social en Salud.

Artículo 2º. Aseguramiento social en salud. El aseguramiento social en salud es entendido como la protección pública, única, universal, eficiente y solidaria para la garantía del derecho fundamental a la salud de toda la población. Para tal efecto, desarrolla los medios, fuentes de financiamiento, la mancomunación de los recursos financieros del sistema de salud, con criterios de equidad, así como un sistema de gestión de riesgos de salud y financieros con una operación en la que confluyen de manera permanente, una gestión pública, privada y mixta, a través de la institucionalidad del Estado y de las Gestoras de salud y vida.

Artículo 3º. Modelo de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo basado en Atención Primaria en Salud (APS). Se define el modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo como la política en salud del Estado para la población residente del territorio colombiano. Define el marco conceptual y operativo para la comprensión integral de la salud en el territorio y la redefinición y reorganización de los servicios de salud que permita la superación de inequidades, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y la transformación social como pilares de la garantía del derecho a la salud.

Está fundamentado en la Atención Primaria en Salud y establece el desarrollo de acciones territorializadas, universales, sistemáticas, permanentes y resolutivas cuyo centro son las personas, las familias y las comunidades; se organiza y funciona mediante Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS), integra como principios la interculturalidad, la igualdad, la no discriminación y la dignidad e implementa las estrategias de salud familiar y comunitaria, participación social, perspectiva de cuidado y transectorialidad.

El propósito del modelo es orientar el accionar de los agentes del sistema de salud para la garantía del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional haciendo efectiva la Atención Primaria en Salud (APS) a través de estrategias orientadas a fortalecer la integridad del sector salud, la soberanía sanitaria y la gobernanza territorial; fomentar el trabajo digno y decente; y conformar y organizar Redes Integrales e Integrales Territoriales de Salud (RIITS) en donde se fortalezca el nivel primario, como componente de la red que desarrolla los vínculos con los individuos, las familias, la comunidad y los sectores sociales. En el nivel primario operan los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los equipos de salud territoriales.

El modelo es preventivo porque brinda cuidado integral en todos sus niveles, a las personas, familias y comunidades, minimizando la morbilidad y la carga de la enfermedad; predictivo porque la información generada y gestionada permite establecer hipótesis, deducir desenlaces, inferir desencadenantes o sucesos futuros para adoptar decisiones en salud; y resolutivo porque permite responder de manera integral y efectiva a las necesidades en salud individual y colectiva.

TÍTULO II**GOBERNANZA Y RECTORÍA DEL SISTEMA**

Artículo 4º. Gobernanza, rectoría y dirección del sistema de salud. La Gobernanza, rectoría y dirección del sistema de salud será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social como órgano rector del sector.

El Ministerio de Salud y Protección Social será quien oriente la toma de decisiones en salud, la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas de salud; así como la gestión de los procesos al interior del sistema. Además, ejerce la coordinación intersectorial y ejecuta las disposiciones legales vigentes.

En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por las autoridades territoriales respectivas y su correspondiente órgano de dirección en salud, y consiste en la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas de salud, la armonización de las políticas territoriales con las nacionales, y el ejercicio de las funciones de dirección del sector salud en su respectivo ámbito, de conformidad con las disposiciones orgánicas y legales que se le asignen. También ejercerán la función de autoridad sanitaria en su jurisdicción.

Parágrafo 1º. Los órganos de dirección en los ámbitos nacional y territorial deberán atender las recomendaciones que formulen el Consejo Nacional de Salud y los respectivos Consejos Territoriales de Salud.

Parágrafo 2º. Las acciones de salud pública se realizarán bajo la rectoría del Estado, por medio del Ministerio de Salud y Protección Social y los entes territoriales, los cuales garantizarán el monitoreo, vigilancia, evaluación y análisis de la situación de salud de la población, la promoción de la salud,

prevención de la enfermedad y predicción en salud, la gestión del riesgo en salud, la investigación en salud pública, el fortalecimiento de las capacidades institucionales del sector, la participación de entidades públicas, privadas y mixtas y la participación social en la salud.

Parágrafo 3°. El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social definirá la construcción de la Política de Calidad en salud y del Plan Decenal de Mejoramiento de la Calidad en Salud, que servirán para transformar del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS) en el Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA).

Artículo 5°. *Consejo Nacional de Salud.* Créase el Consejo Nacional de Salud como instancia de dirección del Sistema de Salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social.

El Consejo Nacional de Salud estará conformado por seis (6) representantes del Gobierno nacional: el Ministro de Salud y Protección Social, quien lo presidirá; el Ministro de Hacienda y Crédito Público; el Ministro del Trabajo; el Ministro de Ambiente y Desarrollo Sostenible; el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Director de Planeación Nacional y un (1) representante de los gobiernos territoriales.

Igualmente se dará representación en la conformación del Consejo a los siguientes estamentos:

1. Trabajadores de la salud
2. Organizaciones representativas de los profesionales de la salud.
3. Pacientes
4. Academia, facultades y escuelas de salud
5. Grupos étnicos, campesinos y víctimas del conflicto armado

El Superintendente Nacional de Salud y el director de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) formarán parte del Consejo Nacional de Salud con voz, pero sin voto. A su vez, el Consejo Nacional de Salud podrá invitar a instituciones y personas naturales o jurídicas que considere pertinentes.

El Consejo Nacional de Salud sesionará de forma ordinaria cada trimestre en los meses de febrero, mayo, agosto y noviembre. Podrá ser convocado a sesiones extraordinarias por el Ministro de Salud y Protección Social o por solicitud de cinco (5) de sus miembros cuando se requiera adoptar una recomendación o conocer de alguna de sus materias oportunamente o cuando una situación extraordinaria lo amerite. Tendrá quórum para sesionar con diez (10) de sus integrantes, y sus decisiones serán tomadas por mayoría simple.

El Consejo Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Recomendar a los distintos sectores y Entidades del Gobierno nacional y a los actores del

Sistema de Salud, 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.

2. Presentar iniciativas en materia de reglamentación del sistema de salud para consideración del Ministerio de Salud y Protección Social.

3. Monitorear el buen funcionamiento del sistema de salud y el buen uso de los recursos disponibles bajo los estándares de transparencia, el acceso a la información pública y el desarrollo del gobierno abierto en el sector salud, así mismo proponer mecanismos y herramientas para optimizar la vigilancia y control del sistema.

4. Revisar los informes trimestrales presentados por los Consejos Territoriales de salud y utilizarlos como insumo técnico en la formulación de políticas públicas, iniciativas y demás determinaciones en las que pudiera tener incidencia.

5. Realizar seguimiento a la implementación y reglamentación de la presente ley. El Consejo Nacional de Salud, en enero de cada año, rendirá un informe detallado a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República, en el que se evalúe la implementación y reglamentación de la presente ley.

6. Adoptar su propio reglamento.

Parágrafo 1°. El Ministro de Salud y Protección Social justificará al Consejo Nacional de Salud su decisión, cuando decida apartarse de las recomendaciones realizadas por el Consejo Nacional de Salud.

Parágrafo 2°. El Gobierno nacional reglamentará, en un tiempo máximo de seis (6) meses siguientes a la expedición de la ley, el número de integrantes por cada estamento sin que el total supere 15 integrantes, así como los mecanismos de elección y participación en este Consejo.

Parágrafo 3°. La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo humano, no dependiente del Ministerio de Salud y Protección Social, a la cual se le asignará un presupuesto propio, se integrará por mérito, previa convocatoria pública, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Salud. La respectiva ley anual definirá un presupuesto de funcionamiento del Consejo Nacional de Salud que incluya los gastos de funcionamiento de la Secretaría Técnica, los gastos de honorarios y desplazamiento de los consejeros no gubernamentales, el soporte técnico, y gastos para comunicación.

Parágrafo 4°. Los Consejos Territoriales Departamentales, Distritales y Municipales de Seguridad Social en Salud, se denominarán Consejos Territoriales en Salud y tendrán una conformación y funciones similares al Consejo Nacional de Salud.

Artículo 6°. *Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.* El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará,

desarrollará e implementará el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud – (SPUIIS) para garantizar acceso transparente, en línea y en tiempo real de las transacciones en salud y administrativas por parte de cada actor del sistema de salud, según sean sus responsabilidades operativas o estratégicas, en el orden nacional, territorial e institucional. Para ello deberá elaborar un plan estratégico de diseño, implementación y evaluación y podrá contar con la cooperación técnica del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, cuando lo considere pertinente y en el marco de sus competencias.

La incorporación de la información al Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud tanto administrativa como asistencial será obligatoria para todos los integrantes del sistema de salud.

El sistema entrará a operar por etapas, en armonía con los avances en conectividad y capacidad tecnológica instalada en el país, y deberá integrar los sistemas de información ya disponibles. Para el desarrollo del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) se articularán los actores en una estructura multimodal de coordinación con un desarrollo por etapas secuenciales y armónicas con la incorporación de funcionalidades.

El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) deberá recoger los estándares y políticas de interoperabilidad para los sistemas de información definidas por el Gobierno nacional.

Artículo 7°. Trámites ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima). En los trámites de expedición, renovación o modificación de registros, permisos, notificaciones o autorizaciones sanitarias, así como de expedición de certificados y licencias, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) deberá aceptar documentos públicos de origen extranjero sin el cumplimiento de los requisitos formales de apostilla o legalización, siempre y cuando en el dossier de solicitud, el interesado indique el sitio web de la entidad sanitaria que lo emite, la cual debe ser de una entidad oficial y el Invima confirmará la autenticidad, alcance y vigencia del documento.

Cuando el documento se haya emitido en idioma extranjero, el Invima admitirá la traducción simple al castellano, bajo la responsabilidad del aportante. La veracidad de esta traducción será también responsabilidad del aportante.

Las personas que, al 30 de septiembre de 2023, tengan deudas por concepto de sanciones de carácter pecuniario con el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), se les brindarán alivios financieros sobre los intereses causados, en los porcentajes y plazos que se señalan a continuación:

1. El 100% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los tres (3) meses siguientes a la vigencia de la presente ley.

2. El 75% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los seis (6) meses siguientes a la vigencia de la presente ley.

3. El 50% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los nueve (9) meses siguientes a la vigencia de la presente ley.

4. El 25% de los intereses de la deuda cuando se realice el pago de estas obligaciones y/o suscriban acuerdos de pago dentro de los doce (12) meses siguientes a la vigencia de la presente ley.

TÍTULO III

FUENTES, USOS Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD

Artículo 8°. Obligatoriedad de las cotizaciones. Son aportantes al Sistema de Salud las personas jurídicas y las personas naturales que reciben ingresos por salarios, rentas o trabajo independiente, o son contratistas o pensionados; las cotizaciones y aportes son contribuciones sobre el salario, los ingresos o la renta de las personas. La liquidación y pago de las cotizaciones al sistema de salud son obligatorias.

Los aportantes presentarán las liquidaciones de sus cotizaciones en salud ante los operadores del pago de aportes autorizados y con destino a la Cuenta de Recaudo del Fondo Único Público de Salud administrado por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).

El incumplimiento de las obligaciones formales y sustanciales del pago de las cotizaciones obligatorias al sistema de salud será objeto de control y cobro por parte del Estado, a cargo del órgano competente en la materia.

La Unidad de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP), será la entidad competente para adelantar las acciones de determinación y cobro de las Contribuciones Parafiscales en salud, respecto de las personas naturales con ingresos ordinarios no mensualizados o extraordinarios, los omisos o inexactos; igualmente, lo podrá hacer respecto de las personas jurídicas.

Artículo 9°. Funciones de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) creada en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, a partir de la vigencia de la presente ley se denominará “Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES)”, tendrá por objeto garantizar el adecuado recaudo, administración, flujo y control de los recursos públicos del Sistema de Salud y ejercerá las siguientes funciones:

1. Recaudar todos los recursos fiscales y parafiscales que legalmente deben ingresar al Fondo Único Público de Salud

2. Administrar los recursos del Fondo Único Público en Salud, que financian el Sistema de salud, de conformidad con lo previsto en la presente ley.

3. Administrar los recursos del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet).

4. Realizar los pagos, asumir como pagador único del sistema de Salud, efectuar giros directos a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud, de naturaleza pública, privada y mixta.

5. Realizar los giros de las asignaciones a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) o a las instituciones de las que dependan o los operen.

6. Organizar la operación de manera que se gestionen las cuentas, pagos y transferencias que corresponden a los diferentes agentes del Sistema, en los términos de la presente ley.

7. Desarrollar un modelo de seguimiento y evaluación del gasto del Sistema de salud, que esté en capacidad de detectar tendencias y desviaciones y realizar comparaciones entre regiones e instituciones, como elemento fundamental para retroalimentar el régimen de tarifas y formas de pago, con el fin de garantizar el control del riesgo financiero y la sostenibilidad del sistema.

8. Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos, que promuevan la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto podrá contratar las auditorías integrales que corresponda.

9. Administrar la información propia de sus operaciones financieras a través de un sistema de información interoperable con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud.

10. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales.

11. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la financiación de la Atención Primaria Salud (APS) para lo cual podrá solicitar información a las entidades territoriales y otros agentes.

12. Garantizar el flujo oportuno de recursos del sistema de salud a las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta, con los recursos disponibles.

13. Hacer públicas todas las transacciones y reconocimientos del sector salud para garantizar efectividad, transparencia y trazabilidad en el uso de los recursos destinados a la salud.

14. Realizar las actividades de gestión administrativa necesarias para garantizar la administración del Fondo Único Público. Su régimen de contratación interno para fines de funcionamiento y apoyo administrativo se regirá por el Estatuto

General de Contratación de la Administración Pública. La ejecución de los recursos administrados del Fondo Único Público destinados a garantizar los servicios de salud y protección social se realizará sin más formalidad que el reconocimiento de los servicios prestados por los diferentes proveedores, de acuerdo a lo establecido en la presente ley y las normas vigentes que regulan la ordenación de pagos a los distintos actores del sistema.

15. Adelantar las acciones de reembolso del pago de servicios de salud prestados por la atención de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y a los extranjeros cubiertos por seguros de salud internacionales.

16. Realizar las acciones de cobro o de repetición por los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito por vehículos no asegurados con el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y los demás recursos que se establezcan en favor del Sistema.

17. Realizar convenios y/o contratos con entidades especializadas para la realización de auditorías médicas y de cuentas en salud, incluidas auditorías aleatorias o dirigidas sobre la auditoría de las Gestoras de Salud y Vida.

18. De conformidad con los lineamientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, aplicar unidades de pago *per capita* diferenciales para poblaciones rurales, dispersas y con mayores riesgos en salud, así como manuales tarifarios, con pisos y techos.

19. Establecer, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, el régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud.

20. Realizar las funciones que le correspondan como pagador único dentro del Sistema de Salud, de acuerdo con las auditorías que realicen las Gestoras de Salud y Vida, para atender los costos de la atención en mediana y alta complejidad de la población.

21. Desarrollar una política de inversión y manejo financiero de los recursos que permita la mayor rentabilidad al menor riesgo.

22. Administrar, gestionar y girar los recursos de inversión que el Ministerio de Salud y Protección Social ordene.

23. Diseñar mecanismos financieros y de crédito para contribuir a la liquidez de las instituciones prestadoras de servicios de salud, siempre que se cumplan los criterios de respaldo en el monto y la frecuencia de los pagos realizados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) a la institución prestadora, que permita la recuperación de los recursos.

Parágrafo 1°. Todas las referencias legales vigentes relacionadas con la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud se entienden referidas a la

Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).

Parágrafo 2°. Dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) reglamentarán y definirán el Plan de Fortalecimiento Institucional necesario para garantizar que en un plazo máximo de 3 años contados a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) cuente con la capacidad operativa para asumir las funciones asignadas.

Parágrafo 3°. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). La Administradora deberá realizar audiencias de rendición de cuentas de su gestión y los resultados obtenidos de la misma.

Artículo 10. Recursos del Sistema de Salud que le corresponde administrar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud. A la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) le corresponde administrar los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional y territorial, asignados para garantizar el aseguramiento social en salud, los cuales se consolidarán en el Fondo Único Público de Salud que contará con un conjunto de subcuentas, de acuerdo con la destinación de los recursos, y entre otros incluye los siguientes:

1. Las cotizaciones sociales que al Sistema de salud aporten las personas naturales y jurídicas asociados a los aportes patronales, ingreso por salarios, rentas, trabajo independiente o por cuenta propia, contratos de prestación de servicios o pensiones.

2. Los aportes de solidaridad provenientes de los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001.

3. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar el aseguramiento social en salud.

4. Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, las municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009 por los obligados.

5. Los recursos de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, destinados a financiar el sistema de salud.

6. Los recursos destinados por la Nación u organismos internacionales a la atención en salud de la población migrante y otras poblaciones especiales.

7. Los recursos de las Entidades Territoriales provenientes de las rentas cedidas asignadas, que a la vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud, incluyen los recaudos gestionados por entidades del orden nacional y los recaudados territorialmente, los cuales deben ser girados directamente por los administradores y/o recaudadores a la ADRES.

8. Los recursos propios de las Entidades Territoriales, correspondientes a recursos corrientes y de capital que, a la vigencia de la presente ley, venían siendo girados a la ADRES para el financiamiento del aseguramiento en salud.

9. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales del FONPET, correspondientes a excedentes o desahorro.

10. Los recursos de Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet), que el Ministerio de Salud y Protección Social determine.

11. Los recursos correspondientes a la contribución equivalente al 52% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que se cobra con adición a ella.

12. Los recursos del Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (Fonsat) creado por el Decreto Ley 1032 de 1991.

13. Los ingresos provenientes de cuotas moderadoras y copagos que deben ser descontados de las facturas presentadas y contabilizados por la ADRES.

14. Los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Entidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales serán transferidos directamente por la UGPP a la ADRES, sin operación presupuestal.

15. Los recursos destinados al financiamiento de los Residentes Médicos y otros programas de formación del talento humano en salud.

16. Los recursos del Presupuesto General de la Nación y otros recursos destinados a la financiación del aseguramiento social en salud.

17. Los rendimientos financieros generados por la administración de los recursos del sistema y sus excedentes.

18. Los demás recursos que por disposición legal se le asignen para el financiamiento del sistema de salud.

Artículo 11. Destinación de los recursos administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES). Los recursos administrados por la Administradora de Recursos para la Salud (ADRES) serán destinados a lo siguiente:

1. La financiación de los servicios del nivel primario, desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidado paliativos prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y la operación de los equipos de salud territorial.

2. Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa de servicios de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos de salud territorial.

3. Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

4. El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente ley.

5. El pago de servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud y proveedores de medicamentos e insumos, de naturaleza pública, privada o mixta.

6. La atención de poblaciones especiales o migrantes que determine la norma legal.

7. Los servicios sociales complementarios en salud, según lo definido en la presente ley.

8. El funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, previa evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

9. El saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente Ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado.

10. El Fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria y su mantenimiento.

11. El fortalecimiento de la Red Nacional de Atención de Urgencias.

12. El pago de servicios de transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes; ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo.

13. El financiamiento de laboratorios de salud pública y las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, conforme a lo establecido en la presente ley.

14. Pago de incentivos que se establezcan para las instituciones prestadoras de servicios de salud por los servicios de mediana y alta complejidad, los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de salud y vida.

15. La formación del talento humano en salud.

16. El pago de las incapacidades por enfermedad general de origen común.

17. El pago de remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.

18. El pago de licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres no cotizantes.

19. El desarrollo e implementación del Plan Nacional de Salud Rural, para el cual se contará con la asignación de recursos destinados a este propósito contenido en el punto 1 del Acuerdo de Paz, además de otros que provengan de fondos de programas especiales para la paz, recursos de Cooperación Internacional, y demás recursos asignados para la construcción de salud y paz.

20. El pago de la atención de pacientes lesionados en accidentes de tránsito por vehículos sin póliza Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito

(SOAT) o no identificados, así como el pago en exceso de las aseguradoras del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) de tarifa reducida; o los ajustes que se deriven de la reglamentación del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT).

21. El pago de indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de accidente de tránsito según la reglamentación, eventos terroristas o eventos catastróficos, así como los gastos derivados de la atención psicosocial de las víctimas del conflicto en los términos que señala la Ley 1448 de 2011 y la Ley 2078 de 2021.

22. El aporte inicial y el ahorro anual en el Fondo de Catástrofes y Epidemias, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social para tal efecto.

23. El pago de gastos derivados de catástrofes y epidemias, con cargo al Fondo creado para tal fin, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

24. Financiamiento del alojamiento en albergues cuando sea necesario, en razón de la referencia de pacientes y acompañantes a instituciones de salud en ciudades distintas a su ciudad de residencia.

25. Las medidas de atención de la Ley 1257 de 2008, en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, para las cuales, los recursos asignados serán transferidos a las entidades territoriales con el fin de que estas sean implementadas.

26. Otros programas que determine el Ministerio de Salud y Protección Social o delegue a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) con recursos de inversión o funcionamiento.

27. El pago de las obligaciones que surjan de decisiones judiciales u obligaciones previas reconocidas legalmente, previo a la entrada en vigencia de la presente ley.

28. Los gastos de funcionamiento de ADRES de acuerdo con las normas legales vigentes.

29. Los recursos que por vigilancia corresponda transferir a la Superintendencia Nacional de Salud y que serán reglamentados por el Gobierno nacional.

30. Los demás gastos que por disposición legal se determinen para el sistema de salud.

Artículo 12. Fondo Único Público de Salud. Los recursos a que hace referencia el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, y los demás ingresos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del sistema de salud, serán administrados por la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES) y serán manejados como un Fondo Único Público de Salud, que se crea en la presente ley, sin personería jurídica ni planta de personal propia, el cual tendrá dos cuentas independientes, y con los demás recursos del Sistema de Salud se hará unidad de caja en el Fondo.

La inspección, vigilancia y control será competencia de la Superintendencia Nacional de Salud y demás autoridades competentes en la vigilancia de los recursos públicos.

Las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud son las de “Atención Primaria en Salud”, y de “Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria”.

Los recursos de las cuentas de que trata el presente artículo no harán unidad de caja con los demás recursos del Fondo, pero sus excedentes podrán ser reasignados atendiendo las prioridades de la atención en salud, con excepción de los recursos del Sistema General de Participaciones y los provenientes de las cotizaciones obligatorias para el aseguramiento social en salud. Dicha reasignación será ordenada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 13. Cuenta de Atención Primaria en Salud. La Cuenta de Atención Primaria en Salud integra:

1. Los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria en salud.

2. Los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes, incluidos los de regímenes exceptuados.

3. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a financiar a prestación de servicios de salud y los destinados, a la vigencia de la presente ley, al régimen subsidiado, que pertenecen a los distritos y municipios.

4. Los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar.

5. Los recursos propios de los municipios que, a la vigencia de la presente ley, deben girar a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).

Estos recursos se destinarán a financiar:

1. Los servicios prestados por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

2. Las soluciones de transporte y dotación de los equipos de salud territorial.

3. La atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos.

4. Los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el fortalecimiento y desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS) se podrán destinar los recursos de Capital del Fondo Municipal o Distrital y otros recursos que los municipios aporten al Fondo Municipal de Salud.

Artículo 14. Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria. La Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria integra las siguientes fuentes:

1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la oferta para los

departamentos y distritos que cumplen las funciones de prestación de servicios de los departamentos.

2. Los recursos de propiedad de las entidades territoriales cuya administración, recaudo y giro sea gestionado por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).

3. Los recursos provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar de los departamentos y distritos, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.

4. Los recursos correspondientes a las rentas cedidas, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.

5. Los recursos propios, corrientes y de capital, de los departamentos y distritos, que a la entrada en vigencia de la presente ley venían siendo girados a la ADRES para el aseguramiento en salud.

6. Los demás recursos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del sistema de salud con cargo a esta cuenta.

Estos recursos se destinarán a los siguientes usos:

1. Al funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado, según la evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

2. Al fortalecimiento y mantenimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria.

3. Al transporte medicalizado de los departamentos y distritos.

Las fuentes se integrarán de forma progresiva a la Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria.

Artículo 15. Manejo y Destinaciones de los demás recursos del Fondo Único Público de Salud.

Los demás recursos que financian el sistema de salud y que están integrados en el Fondo Único Público de Salud, deberán presupuestarse por conceptos, entre otros, para los siguientes usos:

1. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud hospitalarios y ambulatorios de naturaleza pública, privada y mixta, que harán parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

2. El pago de las incapacidades, licencias de maternidad y paternidad, y la prestación económica por maternidad a las mujeres y personas no cotizantes.

3. El financiamiento de los servicios de salud para enfermedades raras o huérfanas y su prevención, diagnóstico y manejo.

4. El financiamiento para la formación en salud.

5. La constitución de un fondo para la atención de catástrofes y epidemias.

6. El pago de la atención en salud e indemnizaciones que, a la entrada en vigencia de la presente ley, se deban reconocer por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), sin perjuicio de las obligaciones que les competen en dichos reconocimientos a las empresas aseguradoras.

7. Las demás obligaciones que correspondan a destinaciones específicas, definidas en las leyes que las establecieron.

8. Pago de remuneración a las Gestoras de Salud y Vida

9. Pago de incentivos para los prestadores de mediana y alta complejidad y Gestoras de Salud y Vida.

Estos recursos harán unidad de caja, excepto los presupuestados para el fondo para la atención de catástrofes y epidemias.

Artículo 16. Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el aseguramiento social en salud y su asignación. El Ministerio de Salud y Protección Social, tomando en cuenta las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud y del Consejo Nacional de Salud, definirá el valor anual de una Unidad de Pago por Capitación (UPC), para cubrir la atención en salud de la población y sus prestaciones económicas, que corresponden a los valores necesarios para financiar los servicios y tecnologías en salud que garanticen el cuidado integral. Este valor se determinará mediante estudios técnicos, que consideren ajustadores de riesgo en función de la edad, el sexo, la ubicación geográfica, las condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población.

El Estado tiene la responsabilidad de calcular una Unidad de Pago por Capitación (UPC) suficiente para financiar los servicios de salud.

Para garantizar la suficiencia de recursos, la equidad en la protección del riesgo financiero y de salud de los residentes en el país, el Ministerio de Salud y Protección Social destinará los recursos de la UPC así:***

1. Asignará presupuestalmente un *per capita* para el financiamiento del nivel primario, con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes. La financiación del nivel primario se hará vía oferta, según se define en la presente ley.

2. Establecerá el valor del *per capita* para financiar la atención en salud de mediana y alta complejidad de cada ciudadano, aplicando criterios de ajuste por riesgo ligados al sexo, grupo etario, zona geográfica, patologías priorizadas y otras variables que sean pertinentes.

Parágrafo 1°. En casos de una situación extraordinaria sobreviniente y no previsible en salud, como la declaratoria de una Emergencia Sanitaria o un desastre natural, entre otras, el Gobierno nacional

dispondrá los recursos financieros adicionales para asumir costos y gastos derivados de la misma.

Parágrafo 2°. Los recursos que financian el aseguramiento en salud de que trata el numeral 1 del artículo 47 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 233 de la Ley 1955 de 2019, integran la subcuenta de Atención Primaria en Salud para la financiación del *per capita* destinado a la Atención Primaria en Salud.

Parágrafo 3°. Los recursos complementarios de cofinanciación previstos en el artículo 50 de la Ley 715 de 2001 se destinarán a la financiación del *per capita* definido para la atención en salud de la mediana y alta complejidad.

Artículo 17. Gestión de pago por la prestación de servicios de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las características del registro y de la certificación de que trata el artículo 26 de la presente ley. Con el diligenciamiento y suscripción del Registro se entenderán aceptadas las condiciones establecidas en el reglamento a las cuales se sujetan los prestadores y proveedores de servicios de salud en el nivel complementario de mediana y alta complejidad de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), que les faculta para hacer parte de las Redes habilitadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, a recibir usuarios desde los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida y desde los demás prestadores de salud.

Una vez registrado y certificado en la las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), cada prestador y proveedor procederá a firmar un acuerdo marco con la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), pagador único, para poder recibir la remuneración por sus servicios; el acuerdo que incluye la aplicación del nuevo régimen tarifario y de formas de pago, del sistema público unificado e interoperable de información en salud y de las auditorías tanto de las Gestoras de Salud y Vida, como de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), con base en los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, que haya convenido con la Gestora de Salud y Vida, bajo el control de la Entidad Territorial, según la presente ley.

Cuando se haya prestado el servicio de salud, las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, así como los proveedores autorizados, presentarán las cuentas de servicios solicitados y prestados ante la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), la cual pagará mínimo el 85% de su valor dentro de los 30 días siguientes a su presentación. El pago del porcentaje restante estará sujeto al informe de revisión y auditoría completa de las cuentas entregado por parte de la correspondiente Gestora. Si no se encuentran inconsistencias en la auditoría, el pago por parte de la Administradora de los

Recursos del Sistema de Salud (ADRES) no deberá superar los 90 días calendario. En caso de glosas o inconsistencias, el plazo de 90 días será contado a partir de la radicación de la respuesta a glosas formuladas por la auditoría. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la materia.

Parágrafo. En caso de que el pago inicial haya sido superior a la validación final por parte de la auditoría, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) estará autorizada a descontar ese valor superior en las cuentas siguientes del prestador o proveedor.

Artículo 18. Autorización de pago de servicios. La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) autorizará el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, que conformen la red integral e integrada territorial de servicios de salud, según el régimen de tarifas y formas de pago del sistema de salud y los convenios de desempeño.

El régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud establecerá tarifas diferenciales por regiones y modulará la oferta de los servicios para obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país y regular el uso y costos de los recursos públicos del sistema de salud, garantizando la contención del gasto y la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Igualmente, habrá un piso y un techo para incentivar la calidad; así como un incentivo para la prestación de servicios de salud en zonas rurales y dispersas.

La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) llevará un registro permanente y detallado de cada servicio prestado y pagado, con datos de la persona que recibió el servicio, el municipio, la Institución Prestadora de Servicios de Salud, el diagnóstico y otras variables de relevancia, con el fin de permitir el análisis comparado del comportamiento de los servicios prestados, del gasto en salud en cada territorio y de la equidad en el acceso a los servicios de salud.

Se dispondrá de un sistema de recepción, revisión y auditoría de cuentas médicas, con la respectiva auditoría médica y evaluación de calidad de la red de prestación de servicios de salud. La auditoría médica se realiza a los actos médicos, los cuales se sujetan a la autonomía profesional con fundamento en el conocimiento científico, la ética, la autorregulación y el profesionalismo. El Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), contendrá un módulo para el seguimiento del estado de la auditoría de cuentas médicas.

Cuando la auditoría practicada sobre las cuentas resulte en glosas superiores al 20% de su valor, la institución facturadora será investigada y los resultados serán notificados a la Superintendencia Nacional de Salud.

Las Gestoras de Salud y Vida realizarán los controles previos, concurrentes y posteriores de los servicios de salud y las auditorías a las

facturas presentadas por los integrantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), y certificarán ante la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) el cumplimiento para el pago.

La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), dentro de su competencia, podrá contratar con firmas especializadas de auditoría, debidamente registradas en la Superintendencia Nacional de Salud, para la realización de auditorías independientes integrales, aleatorias o dirigidas a las instituciones públicas, privadas o mixtas que conforman la red integral e integrada territorial de servicios de salud, de acuerdo con las tendencias de gasto identificadas. Sus informes serán dispuestos a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) para su consulta.

De encontrarse irregularidades en la facturación de los servicios de una institución prestadora de servicios de salud pública, privada o mixta, se informará a las Direcciones Territoriales de Salud, las cuales podrán exigir la restricción o el cierre parcial, total, temporal o definitivo, de solicitudes de servicios a dicha institución.

Parágrafo. El Gobierno nacional establecerá mecanismos para que la facturación electrónica por prestación de servicio de salud sea informada a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) para efectos de llevar un control sobre el orden de los pagos y la resolución de las glosas.

Artículo 19. Servicios Sociales Complementarios en Salud. Son servicios sociales complementarios en salud aquellos que requiere una persona para tener acceso efectivo a los servicios de salud y su condición socioeconómica le impide proporcionárselos por sí misma. Son servicios de transporte, hospedaje, cuidado o asistente personal en casa. El Gobierno nacional determinará las fuentes para financiarlos, la población beneficiaria del servicio y su cobertura.

Parágrafo 1°. Cuando se prescriba cuidador o asistente personal como parte de los servicios necesarios para el cuidado integral de una persona, se dará prevalencia en la contratación, a quien venía realizando las actividades de cuidador o asistente personal de forma no remunerada.

Parágrafo 2°. El Gobierno nacional determinará el responsable y fuente de financiación para el pago del traslado de cadáver al lugar de residencia, para de la población indígena, negra, afrodescendiente, raizal, palenquera, estrato 1, que no tengan pago de servicio funerario y que por condiciones de salud sean trasladados o remitidos fuera de su lugar de residencia y, que debido a su situación de salud fallecen.

Artículo 20. Prestaciones económicas. Las prestaciones económicas de los cotizantes son las retribuciones monetarias destinadas para proteger a las familias del impacto financiero por maternidad, paternidad y por incapacidad derivada de una enfermedad general.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el procedimiento para la expedición, reconocimiento y pago de estas prestaciones de la población cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas, en ningún caso serán inferiores a los que se reconocen a la vigencia de la presente ley.

Las personas gestantes no cotizantes recibirán el equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente, durante los tres (3) meses siguientes al parto viable, esta protección alcanzará de manera progresiva los cuatro (4) meses a partir del año 2030. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el aumento progresivo de cobertura en función del nivel socioeconómico de los hogares, hasta alcanzar la universalidad en el año 2029.

El procedimiento administrativo de auditoría y revisión de documentos soporte para el pago de las prestaciones económicas, realizado por las Gestoras de Salud y Vida, no podrá exceder los treinta (30) días calendario, y la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) realizará el pago efectivo de dichas prestaciones económicas en un máximo de ocho (8) días hábiles contados a partir de la aprobación.

Artículo 21. Créditos blandos a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los requisitos para que a las Instituciones de Salud del Estado (ISE) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) privadas o mixtas, se les concedan créditos blandos con tasas compensadas, que les facilite el saneamiento de sus finanzas y les favorezca su estabilización financiera y permanencia en el Sistema de Salud. Se priorizarán prestadores afectados financieramente por EPS liquidadas o en proceso de liquidación.

TÍTULO IV

ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CAPÍTULO I: GESTORAS DE SALUD Y VIDA

Artículo 22. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud continuarán haciéndolo hasta por dos (2) años siempre que cumplan las condiciones de permanencia que les aplica, más aquellas que se consagran en el periodo de transición previsto en la presente ley.

Podrán transformarse en Gestoras de Salud y Vida, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que presenten un plan de saneamiento de pasivos aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos definidos en el artículo 23, y cumplan con las condiciones que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social en relación con indicadores de satisfacción al usuario y resultados en salud; durante este periodo deberán cumplir progresivamente, en las fechas que defina el reglamento, los siguientes parámetros:

1. Colaborar en la organización de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) conforme a la organización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) por parte del Ministerio de Salud y Protección Social que serán financiados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES).

2. Durante los dos años de transición previstos en esta ley, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) deberán efectuar las reformas estatutarias, estructurales, administrativas y operativas a que haya lugar, para adoptar su naturaleza de Entidades Gestoras de Salud y Vida, de acuerdo con los requisitos de habilitación que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

3. Durante el periodo de tiempo que permanezca como Entidades Promotoras de Salud (EPS), el Ministerio de Salud y Protección Social determinará, de acuerdo con las capacidades de las Administradoras de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), la implementación del giro directo, si no ha sido implementado al momento de entrada en vigencia de la presente ley.

4. Se organizarán progresivamente por subregiones funcionales para la gestión en salud, reconociendo su experiencia en los sitios en donde históricamente han gestionado el riesgo en salud con buenos resultados y conservando sus afiliados. En las mencionadas subregiones y acreditando los requisitos necesarios, se podrán establecer como Gestoras de Salud y Vida, articulándose con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) presentes en el correspondiente territorio para la gestión en salud.

5. Articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) que organicen las Secretarías Departamentales y Distritales en coordinación con las gestoras de salud y vida de acuerdo con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley. La habilitación y autorización de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.

6. Presentarán a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de implementar en un tiempo no superior a 48 meses, contados a partir de su autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, al finalizar dicho plazo deberán garantizar el paz y salvo de todas las deudas, dándole prelación al pago del talento humano.

7. Antes de cumplir los dos años de transición previstos en esta Ley, las Entidades Promotoras de Salud que cumplan los requisitos podrán transformarse en Entidades Gestoras de Salud y Vida (EGSVI), las cuales podrán ser de naturaleza privada o mixta y su conformación, habilitación y

funcionamiento estará conforme a las condiciones y plazos señalados en la presente ley.

8. Todas las Entidades Promotoras de Salud tendrán plazo máximo de dos (2) años para cumplir con la disposición de prohibición de integración vertical en la mediana y alta complejidad. Excepcionalmente, cuando por razones de suficiencia de infraestructura hospitalaria en zonas marginadas o de baja densidad poblacional se deba mantener, la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar un plazo mayor, sin que en ningún caso supere un (1) año adicional.

9. Las EPS que permanezcan en el periodo de transición recibirán el valor anual *per capita* sin situación de fondos, para los servicios de mediana y alta complejidad, la cual será reconocida mensualmente de acuerdo con las definiciones del Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Salud.

Para garantizar la continuidad del servicio de salud a la población a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) girará directamente los recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los operadores logísticos, gestores farmacéuticos y compañías de la industria farmacéutica, que haya auditado y aprobado la EPS.

Parágrafo 1°. La transformación de las actuales Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Entidades Gestoras de Salud y Vida no implica su liquidación sino un proceso de disolución. Los activos, pasivos, patrimonio, pasarán en bloque a la Entidad Gestora de Salud y Vida con subrogación de todos los deberes, derechos y obligaciones, en los términos en que lo reglamente el Gobierno nacional.

Parágrafo 2°. La Superintendencia Nacional de Salud autorizará a través de acto administrativo, el funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud que, a través de su transformación en Gestoras de Salud y Vida, estén interesadas en gestionar los servicios de mediana y alta complejidad para la población que se les autorice y el cumplimiento de las demás funciones que les corresponde. Ninguna de estas operaciones podrá implicar integración vertical.

Parágrafo 3°. Una vez cumplidos los requisitos para la transformación de la Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Gestora de Salud y Vida, y previa aprobación del Ministerio de Salud y Protección Social, como una alternativa del proceso de disolución, podrán constituir la Gestora de Salud y Vida como una persona jurídica diferente, ya sea de naturaleza privada, mixta o pública según corresponda, para asumir dicho rol, con una Junta Directiva o máximo órgano de dirección, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 4°. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con participación accionaria del

Estado podrán certificar la asunción del pago de sus pasivos y acreencias por parte de la Nación o de la Entidad territorial de su respectiva jurisdicción, como respaldo de cumplimiento de las condiciones de permanencia que se les aplica, necesarias para transformarse en Gestoras de Salud y Vida.

Artículo 23. Condiciones para la transformación de las Entidades Promotoras de Salud. Dentro de los sesenta (60) días hábiles siguientes a partir de expedida la reglamentación sobre la habilitación y autorización de las Gestoras de Salud y Vida, las Entidades Promotoras de Salud autorizadas para operar en alguno o ambos de los dos regímenes de afiliación actuales y que cumplan los requisitos para transformarse en Gestoras de Salud y Vida, deberán presentar ante el Ministerio de Salud y Protección Social y ante la Superintendencia Nacional de Salud, conforme a sus competencias, la manifestación por escrito de su intención o no de acogerse a dicha transformación presentando el proyecto de habilitación o plan de retiro voluntario según el caso, y el correspondiente plan de saneamiento, teniendo en cuenta lo siguiente:

1. Si la Entidad Promotora de Salud, desea transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar el proyecto de habilitación como Gestora de Salud y Vida.

2. Si la Entidad Promotora de Salud no está interesada en transformarse en Gestora de Salud y Vida deberá presentar su plan de retiro voluntario.

Si la Entidad Promotora de Salud no expresa ninguna de las dos intenciones iniciará inmediatamente el proceso de retiro.

En el caso del numeral uno (1), las Entidades Promotoras de Salud tendrán que presentar un plan de saneamiento de la totalidad de los pasivos respaldados por acuerdos de pago con sus acreedores, o garantías financieras; el cual tendrá la obligación de implementar en un tiempo no superior a cuarenta y ocho (48) meses contados a partir de su aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y deberá presentar el paz y salvo de todas las deudas al finalizar dicho plazo. En caso de incumplimiento la Entidad Promotora de Salud entrará en proceso de liquidación.

El cumplimiento del plan de saneamiento de pasivos no podrá afectar la operación de la Gestoras de Salud y Vida; lo cual estará sujeto a vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

En el caso del numeral dos (2) la Entidades Promotoras de Salud tendrá que presentar un plan de saneamiento que contemple el pago de la totalidad del pasivo en un tiempo que no podrá ser superior a cuarenta y ocho (48) meses contados a partir de la radicación del plan de retiro voluntario o al vencimiento de los sesenta (60) días previstos en el presente artículo. El plan de saneamiento debe tener en cuenta la prelación de pagos previsto en el artículo 12 de la Ley 1797 de 2016, considerando que en el primer renglón de prelación deben incluirse las

deudas que se tengan con todos los trabajadores de la salud con independencia de la forma de vinculación.

Parágrafo 1°. Para el respectivo saneamiento se tendrán en cuenta las inversiones que respaldan las reservas técnicas de las Entidades Promotoras de Salud y otras fuentes de recursos legalmente establecidas.

Parágrafo 2°. A la entrada en vigencia de la presente ley, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que presenten el plan de habilitación y saneamiento observando los parámetros definidos en el artículo 22 de la presente ley, podrán obtener una habilitación transitoria como Gestoras de Salud y Vida siempre y cuando la Superintendencia Nacional de Salud apruebe los mencionados planes o garantías financieras de que trata el presente artículo. Como consecuencia de ello se suspenderán los requisitos de habilitación financiera que les aplica como Entidades Promotoras de Salud (EPS), para permitir el cumplimiento de los planes de habilitación y saneamiento aprobados, sin perjuicio de lo establecido en el régimen de transición.

La Superintendencia Nacional de Salud tendrá hasta treinta (30) días calendario para emitir concepto sobre los planes y el cumplimiento de los parámetros.

Artículo 24. 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, que surgen en virtud de la transformación de las EPS y creadas únicamente para los fines expresados en esta Ley, conformadas de acuerdo con las disposiciones legales y normativas 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 para la gestión integral del riesgo en salud y operativo en el territorio de salud asignado, cumplirán las siguientes funciones:

1. En coordinación con los Centros de Atención Primaria en Salud (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 participar en la organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) para las subregiones funcionales para la gestión en salud, incluyendo los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), de acuerdo con las normas de habilitación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

3. Cooperar en la planeación estratégica del desarrollo de la Red Integral e Integrada Territorial 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 Centros de Atención Primaria en Salud (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 Territoriales de Salud (RIITS).

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 Territorial de Salud (RIITS).

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 Territoriales de Salud (RIITS), que contribuyan a la continuidad de la atención de las personas.

8. Gestionar un sistema de referencia y contrarreferencia en coordinación con las secretarías departamentales, distritales o quienes hagan sus veces y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), para la atención oportuna de la población en los servicios de salud; de acuerdo con las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) 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 Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

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

13. 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.

14. 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

o huérfanas, incluyendo su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, así como en el caso de las enfermedades de alto costo.

15. Gestionar 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.

16. Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con los sistemas de información de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) y con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS), en la forma y condiciones que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

17. Realizar la auditoría integral de calidad, de cuentas médicas y concurrente de las prestaciones de servicios de salud componente complementario de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), con sujeción a los estándares establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad del servicio.

18. Validar la facturación del componente complementario de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), la cual será remitida a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) para los pagos a que haya lugar.

19. Implementar un Sistema de Información y Atención a la Población articulado con el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) 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.

20. Realizar rendición de cuentas de sus actividades con la periodicidad, mecanismos y sobre los temas que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

21. Solo podrán operar en las subregiones donde hayan tenido autorización como Gestoras de Salud y Vida.

22. Realizar la gestión y validaciones necesarias para el pago de las prestaciones económicas.

23. Gestionar la atención integral de la salud del usuario.

24. Establecer los convenios de desempeño con los prestadores de servicios de salud de mediana y alta complejidad, dentro de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) correspondiente. Estos convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades territoriales Departamentales y Distritales de salud, según corresponda, para que cumpla con lo definido en el modelo de atención

25. En conjunto con las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación adelantar la revisión periódica del desempeño de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), que conduzca al mejoramiento continuo.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de las Gestoras de Salud y Vida las cuales serán un estándar de habilitación y permanencia. Las Gestoras de Salud y Vida deberán realizar audiencias públicas de rendición de cuentas de su gestión y los resultados obtenidos de la misma en cuanto a los indicadores de servicio, resultados en salud de su gestión financiera, en la periodicidad que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El Gobierno nacional expedirá el régimen de inhabilidades, incompatibilidades y resolución de conflictos de intereses del Gestor de Salud y Vida.

Artículo 25. Remuneración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida. Se reconocerá a las Entidades Gestoras de Salud y Vida el cinco por ciento (5%) del valor de la Unidad de Pago por Capitación asignada para financiar la atención en salud de la población de la cual la Gestora participa en su atención integral, según reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social que se establezca al efecto.

En caso de que una Gestora de Salud y Vida no cumpla los estándares de gestión establecidos, recibirá hasta un treinta por ciento (30%) menos de su ingreso por remuneración, y en caso de reincidencia en dos periodos consecutivos, será objeto de medida de supervisión especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo a la reglamentación que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Además, podrán recibir hasta tres por ciento (3%) del valor de la Unidad de Pago por Capitación asignada para financiar la atención en salud de la población a la cual la Gestora participa en su atención integral, de incentivos por resultados en salud, uso eficiente de recursos y satisfacción del usuario; según lo estipulado en el artículo 28 de la presente ley. Los incentivos serán progresivos y estarán sujetos a disponibilidad presupuestal.

CAPÍTULO II

Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS)

Artículo 26. Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Como parte de la estrategia de Atención Primaria en Salud, la prestación de servicios de salud se hará a través de Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), entendidas como el conjunto de organizaciones que prestan servicios sanitarios con calidad, equidad, integralidad y continuidad de manera coordinada y eficiente, con orientación familiar y comunitaria, a una población ubicada en un espacio territorial determinado buscando el logro de los resultados en salud.

Estarán conformadas por instituciones de naturaleza pública, privada o mixta y profesionales independientes, sus relaciones serán de cooperación y complementariedad. Los servicios de salud se prestarán de acuerdo con las necesidades de la población, con suficiencia técnica y administrativa, cumpliendo los requisitos de habilitación; los prestadores se deberán registrar y certificar como integrantes de la Red, aceptando las condiciones que al efecto reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social, incluida la obligatoriedad de interoperar con el sistema de información en salud y de aceptar el régimen de tarifas y formas de pago.

Las Redes tendrán un nivel primario de atención, conformado por los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de los que hacen parte los Equipos de Salud Territoriales; y otro complementario, constituido por las instituciones de mediana y alta complejidad.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos de coordinación asistencial para la operación de la Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS). Las Gestoras de Salud y Vida, en conjunto con las Entidades Territoriales, adoptarán e implementarán estos mecanismos de coordinación asistencial de acuerdo con las necesidades de la población. Los mecanismos de coordinación deben incluir el desarrollo de acciones conjuntas y sinérgicas entre los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los demás integrantes de la Red, para asegurar la continuidad del cuidado de las personas, de forma coordinada y generar una cadena de valor que garantice la atención integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.

En el nivel primario, las Secretarías de Salud Departamentales o Distritales, según corresponda, establecerán convenios de desempeño con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) a través de las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación para orientar el logro de resultados en salud. Estos convenios deben definir los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoría para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. El seguimiento al convenio de desempeño lo harán las Gestoras de Salud y Vida.

En el nivel complementario, las Gestoras de Salud y Vida establecerán para cada Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de mediana y alta complejidad un convenio de desempeño que establezca los servicios a prestar, las condiciones de calidad específicas esperadas de cada servicio y la modalidad de pago aplicable, de acuerdo con el régimen de tarifas y formas de pago definido, así como los compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional en la Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud, junto con los mecanismos para la verificación y control de metas, incentivos y métodos de auditoría para garantizar la racionalidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la población. Estos

convenios tendrán control y podrán ser objetados por las Entidades Territoriales Departamentales y Distritales de salud, según corresponda para que cumplan con lo definido en el modelo de atención.

Parágrafo 1°. Los servicios farmacéuticos de los prestadores de servicios de salud y los establecimientos farmacéuticos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud serán considerados servicios de salud, por lo tanto, harán parte de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) y deberán cumplir las condiciones de habilitación para su funcionamiento.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud diseñarán e implementarán un sistema de monitoreo del desempeño, la calidad y la garantía de acceso efectivo a los servicios de salud de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud supervisarán el desempeño de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) bajo las orientaciones y parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 3°. Las Instituciones de Salud del Estado ISE, se entenderán integradas a las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

Parágrafo 4°. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud acreditadas se entenderán integradas en las Redes que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 27. Organización y conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). Las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales de Salud organizarán y conformarán las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud con fundamento en los análisis funcionales de Red. La organización y conformación se hará con las Gestoras de Salud y Vida autorizadas para operar en el territorio.

Ese proceso deberá garantizar la optimización y ordenamiento racional de la oferta territorial de servicios de salud, privilegiando la accesibilidad de las personas, familias y comunidades a los mismos y bajo las orientaciones y reglamentos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Ministerio de Salud y Protección Social habilitará y autorizará las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) en las subregiones funcionales para la gestión en salud.

Artículo 28. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS). El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, definirá los criterios determinantes para la conformación de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), con fundamento en los ámbitos de abordaje.

1. Modelo de atención. Modelo centrado en la persona, la familia y la comunidad que tenga en cuenta las particularidades poblacionales, diferenciales y de género. En el modelo se establece la forma como se desarrolla la prestación de los servicios en un territorio determinado, teniendo en cuenta las necesidades en salud de la población, contando con una oferta amplia de servicios de salud individuales y colectivos, sociosanitarios y de salud pública y ambiental.

El modelo contará con un nivel primario, como primer contacto, que integra y coordina la atención de salud continua e integral, que incluye las diferentes modalidades de atención y la prestación de los servicios en los entornos de desarrollo de las personas y centros especializados; y un nivel complementario, con servicios de alta y mediana complejidad, que garantiza la atención de salud de manera continua e integral a las personas, familias y comunidades.

2. Rectoría y Gobernanza de la red. Conformación de una forma de gobierno que permita armonizar y complementar las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, asegurar la coordinación entre la atención del nivel primario y el nivel complementario con servicios de mediana y alta complejidad, y garantizar la efectividad y continuidad en la atención a través de un sistema de referencia y contrarreferencia. La planificación de los servicios prestados a través de las Redes se realizará con una organización regional que favorezca el acceso a los servicios de salud, con procesos de participación social amplia y de gestión intersectorial para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud de cada región.

3. Organización y gestión. Comprende la gestión eficiente e integrada de los componentes de la red, tales como, tecnologías de soporte clínico, sistemas administrativos, asistenciales y de apoyo logístico, recursos humanos, procesos y procedimientos, para adelantar una gestión basada en resultados que alimenten el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).

4. Sistema de asignación e incentivos. Mecanismos de asignación de recursos e incentivos para que se garantice la prestación de servicios de salud en la Red, con calidad y gestión basada en resultados en salud, sociales y económicos; estos incentivos deben ser diferenciados de acuerdo con las características territoriales, epidemiológicas y socioeconómicas de las poblaciones, y fundamentados en estímulos positivos que motiven su utilización.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la asignación de incentivos para los prestadores de mediana y alta complejidad y las Gestoras de Salud y Vida. Se calculará un porcentaje en relación con el total de recursos asignados a los prestadores de mediana y alta complejidad, y las Gestoras de Salud y Vida, el cual no será superior al

tres por ciento (3%). Los incentivos serán progresivos y estarán sujetos a disponibilidad presupuestal.

Para la asignación, se considerarán de manera independiente los indicadores correspondientes a los siguientes atributos:

- a. Los resultados en salud
- b. Satisfacción del usuario
- c. Uso eficiente de los recursos

5. Resultados. Las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) deberán presentar resultados en salud de la población a la que sirve, e indicadores de eficiencia en el uso de los recursos de la salud, de experiencia del usuario, de satisfacción del talento humano en salud y de mejora de la equidad en salud, en el marco del Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA). Dicha información deberá ser actualizada periódicamente y de acceso público.

6. Los modelos de convenios de desempeño al interior de las Redes y las modalidades de pago pactados deben responder a modelos de generación de valor, que eviten la fragmentación incluyendo todo el ciclo de atención y fortalezcan los mecanismos de racionalización del uso de los recursos.

Parágrafo. Los anteriores parámetros deberán ser observados por las Entidades Gestoras de Salud y Vida en cumplimiento de su función de articuladores de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS).

Artículo 29. Centro de Atención Primaria en Salud. El Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) es la unidad polifuncional, de carácter público, privado o mixto, de base territorial de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS); junto con los equipos de salud territorial constituyen el primer contacto de la población con el sistema de salud.

Todos los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) serán financiados por oferta con recursos provenientes de la Cuenta de Atención Primaria en Salud, de acuerdo con presupuestos estándar que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño, bajo las modalidades que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) desarrollarán los procesos de: adscripción poblacional; administración y atención al ciudadano; prestación de servicios de salud y vigilancia en salud pública; gestión intersectorial y participación social; y articulación con las Gestoras de Salud y Vida. Como parte de la operación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) se constituirán Equipos de Salud Territoriales conformados por personas con perfiles comunitarios, técnicos, profesionales y especialistas para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades; cada equipo tendrá a cargo un grupo de familias en un determinado territorio. La conformación

y perfiles de los equipos responderá a las características y necesidades en salud identificadas en las comunidades y familias. Así mismo, deberán incluir progresivamente especialidades básicas, medicina familiar y se articularán con los servicios sociosanitarios y de cuidado disponibles en el territorio.

Las acciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), incluidas las de los equipos de salud territoriales tendrán carácter universal, territorial, sistemático, permanente y resolutivo, bajo un enfoque de salud pública y de determinantes sociales.

Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), en conjunto con la Entidad Territorial, asumirán las funciones asignadas a las Gestoras de Salud y Vida, en las zonas del territorio nacional donde estas no tengan presencia, el Ministerio de Salud reglamentará la materia dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la conformación, tipologías, localización, funcionamiento, de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), de acuerdo con las condiciones socioculturales, ambientales, demográficas, entre otros aspectos del territorio asignado, promoviendo la participación de los usuarios y de los trabajadores de la salud.

Para el seguimiento del cumplimiento de los indicadores en salud y metas de desempeño de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), se realizarán convenios de desempeño con las Secretarías Departamentales o Distritales de Salud, según corresponda, a través de las Unidades Zonales de Planeación y Gestión, a los cuales las Gestoras de Salud y Vida harán seguimiento, con sujeción a los estándares establecidos por la autoridad competente, cumpliendo como mínimo los aspectos administrativos, financieros, técnico-científicos y de calidad de los servicios.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley el rol de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) de naturaleza pública, privada y mixta en el cumplimiento de las funciones de salud pública y de prestación de servicios, de conformidad con la normativa vigente a la expedición de la presente ley.

Artículo 30. Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS). Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), independiente de su naturaleza jurídica, sean gestionados por el sector público o por las Gestoras de Salud y Vida, desarrollarán los siguientes procesos y funciones:

1. Adscripción poblacional

Con el objetivo de orientar la planeación y la respuesta en salud en el territorio, todas las personas, sus familias y hogares deberán estar adscritos a un Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) de su

preferencia en función del municipio o distrito de residencia. Para la adscripción se deberán cumplir criterios de contigüidad, cercanía y accesibilidad geográfica, garantizando la selección dentro de la oferta disponible de Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) en la localidad, comuna o unidad administrativa equivalente, según reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las personas podrán solicitar temporalmente la atención en salud en un sitio diferente al lugar permanente de residencia o de trabajo, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Cuando una persona, familia o grupo cambie de residencia o de trabajo, deberán adscribirse en el Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) del respectivo municipio, localidad, comuna o unidad administrativa equivalente donde tenga su nueva residencia; de igual forma los equipos de salud territoriales informarán al Centro de Atención Primaria en Salud (CAPS) las novedades de la población en el territorio asignado para la respectiva actualización de la población adscrita.

2. Prestación de servicios de salud y de vigilancia en salud pública

a. Recolectar la información de la caracterización de su territorio de salud a través de los equipos de salud territoriales.

b. Elaborar los planes de salud familiar, comunitaria, mental y ocupacional, con base en necesidades y potencialidades identificadas.

c. Realizar la prestación de los servicios de salud individuales y colectivos en el marco de la atención primaria en salud, la cual podrá incluir las medicinas alternativas, complementarias, saberes ancestrales autorizados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

d. Garantizar a las personas el acceso oportuno, seguro, eficiente y pertinente de los servicios de salud y a los servicios farmacéuticos.

e. Gestionar, en articulación con las Direcciones Territoriales de Salud, sus Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias y las Gestoras de Salud y Vida, la prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras o huérfanas para su prevención, diagnóstico y manejo según lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

f. Contribuir a la ejecución de los programas de salud pública, en especial, los eventos de interés en salud pública, salud mental, seguridad alimentaria y nutricional, salud sexual y reproductiva, adaptación y mitigación de los impactos del cambio climático y el cuidado de las poblaciones sujetos de especial protección constitucional, de conformidad con las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social y la Dirección Territorial respectiva.

g. Brindar y articular en las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) la atención

psicosocial a víctimas del conflicto armado y a otras poblaciones vulnerables, en coordinación con las demás entidades competentes.

h. Asegurar la pertinencia sociocultural de los servicios de salud a las necesidades, situaciones y condiciones diferenciales de las poblaciones y territorios.

3. Administración y atención al ciudadano

Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) son articuladores territoriales del sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de la población adscrita y de los que temporalmente requieran atención urgente, para lo cual contarán con un equipo técnico y se apoyarán en el Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).

En articulación con la Entidad Territorial harán una revisión periódica del desempeño de las Gestoras de Salud y Vida, especialmente, en el proceso de referencia y contrarreferencia, que conduzca al mejoramiento continuo.

Además, en el marco de este proceso serán responsables de:

a. Gestionar la información relacionada con las condiciones de salud de la población, teniendo en cuenta los enfoques diferencial y de género.

b. Organizar la operación del Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) en una o más sedes según las condiciones de la población y el territorio.

c. Gestionar las incapacidades y licencias de maternidad y paternidad, en articulación con las Gestoras de Salud y Vida, cuando aplique.

Los Centros de Atención Primaria en Salud implementarán estrategias para garantizar una atención digna al ciudadano, minimizando los tiempos de trámites administrativos en sus instalaciones y evitando filas y congestiones. Para ello privilegiarán el uso de las tecnologías de la información cuando corresponda.

4. Gestión intersectorial y participación social

a. Coordinar con otros sectores y actores para dar respuesta a las necesidades que afectan la salud de la población y el territorio.

b. Garantizar la participación social y comunitaria en los procesos de atención y en la planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidado.

c. Dar cumplimiento a las acciones de salud pública según la normativa vigente.

5. Articulación y coordinación con las Gestoras de Salud y Vida

a. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida coordinarán el sistema de referencia y contrarreferencia a través del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS).

b. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida intercambiarán información constante y monitorearán el uso racional de servicios y tecnologías de su población con el fin de garantizar la pertinencia y eficiencia del gasto.

c. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y las Gestoras de Salud y Vida evaluarán constantemente los resultados en salud sobre su población adscrita para garantizar la calidad de la atención en salud, con enfoques diferencial, territorial y de género.

d. Organizar su rol en el sistema de referencia y contrarreferencia que permita la gestión de la atención de la población dentro y fuera del territorio de salud asignado, de acuerdo con las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS) habilitadas 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.

e. Los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) desarrollarán mecanismos de coordinación asistencial de las Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud (RIITS), en el marco de la operación mixta, para que en conjunto con prestadores y Gestoras de Salud y Vida se genere una cadena de valor que asegure la atención integral en salud, con enfoque de resultados y eficiencia.

Artículo 31. Sistema de referencia y contrarreferencia. Es el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permitirán prestar adecuadamente los servicios de salud de las personas, garantizando la continuidad e integralidad de los servicios en las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS) que operan en las subregiones funcionales para la gestión en salud.

Se entiende por resolver una referencia programar y conseguir la atención que el paciente requiere, agenciando debidamente el tránsito a través de la Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS), en los servicios e instituciones que le permita atención integral. El sistema de referencia y contrarreferencia debe garantizar, entre otros los atributos de la calidad: acceso, oportunidad, continuidad, pertinencia y suficiencia.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) de los niveles primario y complementario establecerán los mecanismos para resolver las solicitudes del sistema de referencia y contrarreferencia, de manera oportuna y adecuada, para lo cual serán responsables de la atención de los requerimientos de dicho sistema, lo que incluye la disposición pública y en línea de la agenda de sus servicios y de las listas de espera.

La ordenación de la referencia no exime al generador de la misma de la responsabilidad clínica del paciente hasta la confirmación de la recepción del paciente en la institución que lo recibe.

Las Gestoras de Salud y Vida deberán contar con una plataforma de información y comunicación

interoperable en línea que resuelva la referencia y contrarreferencia de pacientes de manera eficiente y oportuna y permita tener la trazabilidad del caso, la cual deberá estar integrada al sistema público unificado e interoperable de información en salud. Los reportes requeridos deberán estar disponibles tanto para la coordinación de la Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS), en los servicios e instituciones que le permita atención integral.

El sistema de referencia y contrarreferencia permitirá, a través de una plataforma tecnológica, la comunicación interinstitucional entre las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud que hagan parte de la Red Integral e Integrada Territorial de Salud (RIITS), en tiempo real, para dar garantía en la eficiencia del proceso de referencia y contrarreferencia, garantizando confidencialidad de la información sensible.

El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del término de seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley reglamentará el sistema de referencia y contrarreferencia, la organización, gestión y operación de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS), mediante instancias de coordinación regional, departamental y municipal, direcciones territoriales de salud y sus centros reguladores de urgencias y emergencias, las Gestoras de Salud y Vida y los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá métodos, procedimientos y políticas que permitan hacer seguimiento y control cuando la atención de las personas supere la oferta disponible de servicios en los territorios.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá mediante resolución la metodología para el cálculo de las tarifas en el sistema de referencia y contrarreferencia por concepto de traslado de baja y mediana complejidad, teniendo en cuenta la distancia del recorrido, la región geográfica, la modalidad de transporte, entre otros.

Artículo 32. Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden departamental y distrital. Las direcciones departamentales y distritales de Salud constituirán Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud, como unidades funcionales o dependencias técnicas desconcentradas para garantizar el manejo técnico de los recursos y la asistencia técnica a los municipios para la planeación en salud.

Las Unidades Zonales analizarán periódicamente las actividades y recursos ejecutados por cada municipio o localidad que supervisan para cumplir la responsabilidad de la Atención Primaria, así como los objetivos y metas alcanzados, rendirán informes trimestrales de evaluación a cada municipio o Distrito, así como a la respectiva Secretaría de Salud Departamental o Distrital, a las organizaciones de

la comunidad y a los organismos de control en los términos en que lo establezca el reglamento.

Las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación deberán establecer los convenios de desempeño con los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) que conforman el nivel primario de la correspondiente Red Integral e Integrada Territorial de Servicios de Salud de su área de influencia, mediante la Dirección Departamental o Distrital de Salud correspondiente.

Para financiar las unidades zonales de planeación y evaluación en salud y los planes de mejoramiento institucional de las direcciones territoriales de salud de departamentos y distritos, que deberán incluir el fortalecimiento de los laboratorios departamentales y distritales de salud pública y el proceso gradual de desarrollo de las capacidades de las direcciones territoriales de salud se destinará hasta el uno por ciento (1%) del presupuesto asignado al aseguramiento social en salud en el fondo único de salud, para cada entidad territorial, según reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social. Este desarrollo de capacidades de gestión será gradual y progresivo, priorizando las Entidades Territoriales con mayor ruralidad y dispersión poblacional.

CAPÍTULO III

Instituciones de Salud del Estado

Artículo 33. Objeto, Naturaleza y Régimen Jurídico 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, con carácter social, como un servicio público esencial a cargo del Estado.

Las ISE constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la ley o por las asambleas departamentales o por los concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al régimen jurídico previsto en esta ley.

Las 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 5° del Decreto número 111 de 1996 y en esta materia las Empresas Sociales del Estado se entienden homologadas a las Instituciones de Salud del Estado (ISE).
3. Podrán 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.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las tipologías y clasificará las Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) serán Centros de Atención

Primaria en Salud (CAPS) en el nivel primario y de mediana y alta complejidad en el complementario. Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) podrán prestar servicios itinerantes o ambulantes, cuando las condiciones poblacionales y territoriales así lo ameriten.

En materia contractual, las Instituciones de Salud del Estado (ISE) 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 expedirá los lineamientos para que los Consejos Directivos adopten el Estatuto de Contratación de las ISE.

El Ministerio de Salud y Protección Social regulará los mecanismos de compras conjuntas o centralizadas de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, dentro y fuera del país y generará modelos de gestión que permitan disminuir el precio de los mismos.

Así mismo coordinará con Colombia Compra Eficiente y con el Sistema Integrado de Calidad en Salud (SICA) previsto en la presente ley, o quien haga sus veces la generación de mecanismos e instrumentos que puedan colocarse al alcance de las entidades territoriales y las Instituciones de Salud del Estado (ISE).

Parágrafo 1°. El Instituto Nacional de Cancerología se regirá por las disposiciones de carácter especial que lo regulan.

Parágrafo 2°. Los municipios que, al momento de expedida la presente ley identifiquen la necesidad de contar con un prestador público de servicios de salud o ampliar los servicios de los existentes, podrán hacerlo, con el acompañamiento técnico del Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 3°. Los departamentos, distritos y municipios que así lo definan, podrán estructurar Instituciones de Salud del Estado (ISE) subregionales, creadas por Ordenanza o Acuerdo, conforme con el modelo de territorialización sanitaria definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, que integren varios municipios, organizados en red integral e integrada territorial de servicios de salud, o mantener los modelos de organización en red creados por Ordenanzas o Acuerdos.

Artículo 34. *Elaboración y aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE).* Las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se regirán por presupuestos, según los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tales presupuestos obedecerán a la estandarización de los servicios ofrecidos según las tipologías de las subregiones funcionales para la gestión en salud que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

El presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se elaborará teniendo en cuenta:

1. La tipología y nivel de cada Institución de Salud del Estado (ISE).
2. El portafolio de servicios, de acuerdo con el plan de salud, la tipología y nivel.
3. Proyección de la cantidad de servicios que se prestará a la población.
4. El costo del trabajo del personal sanitario, medicamentos, suministros y gastos que complementen la atención, para garantizar la disponibilidad del portafolio de servicios de acuerdo con la demanda y el plan de salud.
5. Los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

En ningún caso, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), o las autoridades territoriales, según corresponda, podrán autorizar gastos en el presupuesto para pagar los servicios de salud a su cargo, por fuera de los estándares de eficiencia establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el caso de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) el presupuesto será estándar y por oferta, de acuerdo con presupuestos que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño.

Para la aprobación del presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) se deberá adelantar el trámite definido en la respectiva jurisdicción territorial, de acuerdo con la normativa presupuestal que regule la materia.

Cuando la Institución de Salud del Estado (ISE) vaya a contar con cofinanciación del presupuesto por parte del nivel nacional, de manera previa, se deberá remitir al Ministerio de Salud y Protección Social para examinar su coherencia financiera y su conformidad con las normas presupuestales.

Con cargo al presupuesto nacional se garantizarán recursos anuales para el proceso de formalización laboral.

El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá los lineamientos que se requieran para el desarrollo del presente artículo.

Parágrafo 1°. Las Instituciones de Salud del Estado de Mediana o Alta complejidad, del orden municipal, tendrán el mismo régimen presupuestal de las departamentales y distritales.

Parágrafo 2°. Las Direcciones Territoriales, Departamentales y Distritales de salud y las Secretarías de Salud Municipales organizarán el presupuesto para el cierre financiero de los hospitales de mediana y alta complejidad, con las fuentes de financiamiento.

Artículo 35. *Órganos de dirección y administración de las ISE.* La dirección y administración de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), estará a cargo de un Consejo Directivo

y de un director. El nombramiento del Director de las ISE y demás disposiciones relacionadas con el cargo se harán de acuerdo con lo establecido en el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016. Los requisitos para el cargo de director son los establecidos en el artículo 22 Decreto número 785 de 2005. La escogencia de los directores de las ISE se efectuará por cada gobernador o alcalde, entre aspirantes que hayan validado sus competencias mediante examen nacional organizado por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Comisión Nacional del Servicio Civil, considerando los diferentes niveles de complejidad de los servicios.

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

1. El gobernador o el alcalde distrital o municipal, o su delegado, según corresponda, quien la presidirá.

2. El director territorial 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 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 el período inmediatamente siguiente.

Parágrafo 2°. Cuando la Institución de Salud del Estado (IES) tenga sedes en más de un (1) municipio, incluirá en su consejo directivo, al secretario de los respectivos municipios.

Parágrafo 3°. 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 4°. 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 5°. 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.

Parágrafo 6°. Se procurará la paridad de género en la conformación del Consejo Directivo.

Artículo 36. Fondo de Infraestructura y Dotación Hospitalaria (FIDH). Créase el Fondo de Infraestructura y Dotación Hospitalaria (FIDH) como un fondo cuenta del Ministerio de Salud y Protección Social, sin personería jurídica y sin estructura administrativa propia, cuyo objeto es el de promover, apoyar y ejecutar la infraestructura y dotación hospitalaria, así como cofinanciar, asesorar técnica y financieramente a las Instituciones de Salud del Estado y a las entidades territoriales para el desarrollo de proyectos de infraestructura y dotación hospitalaria.

Los recursos del FIDH provendrán, entre otras, de las siguientes fuentes:

1. Las partidas que se le asignen en el Presupuesto General de la Nación.

2. Los rendimientos financieros derivados de la inversión de sus recursos.

3. Los recursos de cooperación nacional e internacional de personas de derecho público o privado.

4. Aportes o transferencias de los departamentos, distritos y municipios y de esquemas asociativos territoriales.

5. Aportes de otras entidades públicas.

6. Recursos provenientes de operaciones de crédito público.

7. Proyectos de inversión financiados con recursos provenientes del Sistema General de Regalías, conforme con las disposiciones vigentes.

8. Recursos para interventoría de obras por impuestos u obras por regalías.

9. Donaciones.

10. Cualquier otro recurso de destinación específica dirigido al Fondo.

11. Los demás recursos que le asigne el Gobierno nacional.

12. Los demás recursos que reciba a cualquier título.

Para la ejecución de los proyectos a cargo del Fondo de Infraestructura y Dotación Hospitalaria (FIDH), el Fondo podrá constituir patrimonios autónomos que se regirán por normas de derecho privado en los que confluyan las fuentes de recursos con las que cuenten los proyectos. Con cargo a los recursos administrados por el FIDH se asumirán los costos de funcionamiento y operación del fondo.

El Fondo de Infraestructura y Dotación Hospitalaria (FIDH) será administrado por un Comité Consultivo y la ordenación del gasto estará a cargo del funcionario que designe el Ministerio de Salud y Protección Social, esta entidad reglamentará el funcionamiento y operación del fondo.

TÍTULO V

PERSONAL DE SALUD

Artículo 37. Becas de matrícula para formación pregradual y posgradual en salud. Con el fin de

umentar la oferta de profesionales de salud, así como de especialistas en áreas médico-quirúrgicas y en salud pública el Gobierno nacional creará un programa de becas.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de las becas, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por Instituciones de Educación Superior y los cupos de los programas educativos. Se priorizará a estudiantes y profesionales de la salud provenientes de municipios vinculados a los Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), a los identificados como Zonas más Afectadas por el Conflicto Armado (ZOMAC), y los municipios de las categorías 4, 5 y 6, como también a las víctimas del conflicto armado, garantizando equidad regional para que haya mayor acceso a profesionales de regiones apartadas.

Parágrafo 2°. Los beneficiarios de las becas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo remunerado en las regiones con requerimientos de dicho personal.

Parágrafo 3°. Para la financiación de las becas se aunarán esfuerzos y recursos que destinen Gobierno nacional, Entidades Territoriales del nivel departamental y municipal, Instituciones de Salud y las Instituciones de Educación Superior.

Artículo 38. Identificación Única del Talento Humano en Salud. La identificación del talento humano en salud se consultará por medio del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (Rethus). El cumplimiento de los requisitos para ejercer el nivel técnico profesional, tecnológico, profesión u ocupación, se verificará a través del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (Rethus). El costo del proceso de validación, verificación e inscripción por 1ª vez en el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud, será el equivalente a diez Unidades de Valor Tributario (UVT), cuando el número de graduados reportado por el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES) para las profesiones asociadas al colegio o consejo profesional corresponda entre 1 a 3000 personas al año y de 8 UVT para los que reporten un número de graduados de más de 3000, a la fecha de la mencionada solicitud. Para el registro de novedades y duplicados el costo será del 40% del costo de por primera vez.

Artículo 39. Régimen Laboral de las Instituciones de Salud del Estado (ISE). En los términos de la normatividad vigente, los servidores públicos de la salud, salvo excepciones establecidas en la ley o pactadas con las organizaciones sindicales, seguirán siendo de libre nombramiento y remoción, de carrera administrativa y trabajadores oficiales.

Los servidores públicos de instituciones de salud mixtas con participación del Estado igual o superior al noventa por ciento (90%), se regirán por la presente ley.

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

1. 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 servidores públicos de la salud requerido para la prestación de servicios, su modalidad y naturaleza, de acuerdo con la ley, las tipologías y niveles de Instituciones de Salud del Estado-ISE que determine el Gobierno nacional.

2. En materia de la jornada laboral, los servidores públicos de las Instituciones de Salud del Estado (ISE), se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 y por el Decreto número 400 de 2021, o por las normas que los modifiquen, adicionen, o sustituyan.

3. Para la negociación de los servidores públicos se aplicará la constitución, los acuerdos internacionales de la OIT ratificados por Colombia, las leyes, los decretos y lo dispuesto en el artículo 9° de la Ley 4ª de 1992, según el caso. A los trabajadores oficiales, además de lo anterior, lo que resulte de sus respectivos acuerdos o convenciones colectivas.

4. En lo relacionado con la administración del personal, a los servidores públicos de la salud les serán aplicables, en lo pertinente, las disposiciones del Decreto Ley 2400 de 1968, la Ley 909 de 2004 y las demás normas que las reglamenten, modifiquen o sustituyan.

5. La remuneración de los empleados públicos de las Instituciones de Salud del Estado (ISE) será fijada por las respectivas autoridades competentes, con sujeción a las previsiones de la Ley 4ª de 1992 y el resultado de las negociaciones de las condiciones de empleo. En ningún nivel territorial se estará sujeto a los límites que en materia salarial establece la Ley 617 de 2000.

Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales, a la vigencia de la presente ley, conservarán tal calidad, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los contratos de vinculación, y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva Institución 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, a la vigencia de la presente ley, serán vinculados en las Instituciones de Salud del Estado-ISE, sin solución de continuidad y sin que se desmejoren sus condiciones laborales.

Parágrafo 1°. 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 2°. El Gobierno nacional establecerá un sistema de estímulos salariales y no salariales para los servidores públicos de la salud.

Parágrafo 3°. El régimen de los trabajadores oficiales se continuará rigiendo conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990.

Parágrafo 4°. Para efectos de la laboralización ordenada por la Corte Constitucional, las personas que, a la vigencia de la presente ley, se encuentren laborando más de tres años continuos en cargos de carrera administrativa, bajo cualquier modalidad de vinculación, serán vinculados en las Instituciones de Salud del Estado (ISE), en las condiciones laborales, salariales y prestacionales propias del respectivo cargo sin solución de continuidad y según su antigüedad.

Artículo 40. Régimen especial para trabajadores públicos del sector salud. Otórgase facultades extraordinarias al Presidente de la República para que dentro de los primeros seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia la presente ley, previa concertación con representantes de las organizaciones sindicales del sector salud, expida el régimen especial de los trabajadores de la salud, el cual debe contener mínimamente los siguientes aspectos: ascenso y/o movilidad en el régimen de carrera administrativa; primas especiales, entre otros.

Artículo 41. Trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud. Los trabajadores de las Instituciones Privadas y Mixtas del Sector Salud por norma general están vinculados mediante contrato de trabajo conforme a los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo y normas concordantes.

Adicionalmente, se establecerán incentivos salariales y no salariales incluyendo el criterio de zonas apartadas y dispersas, sin importar el tipo de vinculación laboral, con el fin de fomentar la calidad e integralidad del servicio de salud en dichas zonas; se establecerán sistemas de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones de salud; se adoptarán los criterios técnicos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, que tengan en cuenta los riesgos propios de los cargos y el impacto en salud mental, desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud.

Parágrafo 1°. El Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud presentarán anualmente, al inicio de las sesiones ordinarias del Congreso de la República, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales de los trabajadores del Sistema de Salud ante las comisiones séptimas del Congreso de la República. Para tal efecto, el Gobierno nacional organizará una Dirección en el Ministerio del Trabajo, encargada de hacer seguimiento al cumplimiento de las disposiciones laborales en los términos ordenados por los artículos 17 y 18 de la Ley 1751 de 2015, el cumplimiento de la política laboral y los mandatos de la presente ley.

Parágrafo 2°. A partir de la vigencia de la presente ley, las droguerías sólo podrán ser dirigidas por quien tenga la calidad de Químico Farmacéutico, Tecnólogo en Regencia de Farmacia, Director de Droguería o Farmacéutico Licenciado. Para garantizar los derechos adquiridos de las personas que, a la entrada en vigencia de la presente ley, hayan obtenido la credencial de expendedor de drogas, éstas podrán desempeñarse en la dirección de una droguería.

Artículo 42. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud especialistas. Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta en determinadas especialidades médico quirúrgicas, las instituciones de prestación de servicios de salud podrán vincular o contratar a especialistas médico quirúrgicos, a través de las distintas modalidades previstas en el ordenamiento jurídico colombiano para la vinculación o contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, según el régimen jurídico aplicable a la respectiva institución, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas. En tales casos se considerará el *intuitu personae* y la prestación de servicios por profesionales de la salud que desarrollen su ejercicio profesional de manera caracterizada como independiente.

Parágrafo 1°. En todo caso, si la prestación del servicio se enmarca en los elementos de una relación laboral, los especialistas de la salud deberán ser vinculados mediante contrato de trabajo, según la naturaleza del régimen jurídico aplicable a la respectiva institución.

Parágrafo 2°. Todos los trabajadores o vinculados mediante las modalidades establecidas en el presente artículo tendrán derecho a una remuneración oportuna. Se entenderá por remuneración oportuna aquella que no supere los diez (10) días calendario posteriores a la radicación de la factura, cuenta de cobro o documento equivalente, en los casos que aplique.

Parágrafo 3°. Respecto de los trabajadores especialistas médico quirúrgicos del sector salud, indistintamente de su forma de vinculación, no se podrá establecer cláusula de exclusividad, salvo aquellos que estén vinculados mediante contrato de trabajo y así lo convengan.

TÍTULO VI

INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Artículo 43. Modifíquese el numeral 3 del artículo 37 de la Ley 1122 de 2007: Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, el cual quedará así:

3. Prestación de servicios de atención en salud. Su objetivo es vigilar que la prestación de los servicios de atención en salud individual y colectiva se haga en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad, en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Dicha vigilancia comprende la

garantía de un talento humano en salud competente, así como sus condiciones de estabilidad laboral y de seguridad y salud en el trabajo, como aspectos que afectan los elementos esenciales para goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Artículo 44. *Modifíquese el numeral 2 del artículo 3° de la Ley 1949 de 2019: Infracciones administrativas*, el cual quedará así:

2. No dar aplicación a los mandatos de la Ley 1751 de 2015, en lo correspondiente a la prestación de los servicios de salud incluyendo no garantizar un talento humano en salud competente, así como sus condiciones de estabilidad laboral, pago de salarios y de seguridad y salud en el trabajo.

TÍTULO VII

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 45. *Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas*. Se garantizan los derechos fundamentales a la Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de los Pueblos Indígenas a través de sus instituciones representativas, en lo que respecta a las medidas relacionadas con el derecho fundamental a la salud, el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) y el Sistema de Salud, atendiendo lo dispuesto en los literales l), m) y n) del artículo 6° de la Ley 1751 de 2015.

De conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente ley, para expedir las normas con fuerza de ley, cuyos contenidos sean producto de la concertación en el marco de la Consulta Previa, Libre e Informada con los Pueblos Indígenas y que reglamenten los procesos de salud en el marco del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) respecto de:

1. Su organización, administración, consolidación, financiación y gestión.
2. Los mecanismos de implementación, seguimiento, evaluación y control.
3. Los mecanismos de transición necesarios para la implementación del proceso de reorganización en los territorios en el marco de las estructuras propias.
4. La coordinación de la prestación de servicios, acciones en Salud Pública y los procesos propios.

Parágrafo. El Gobierno nacional de manera concertada con las Autoridades de los Pueblos Indígenas creará e implementará las medidas idóneas que permitan el funcionamiento armónico entre el Sistema de Salud y el Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI), garantizando las condiciones que permitan la materialización efectiva del derecho fundamental a la salud conforme a los principios culturales, usos y costumbres de los Pueblos Indígenas.

Artículo 46. *Consulta y Consentimiento Libre, Previo e Informado de Comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom*. Se garantiza el derecho fundamental a la consulta previa de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del Pueblo Rrom, la cual se realizará a través de las instancias representativas dispuestas en el Decreto número 1372 de 2018 y Decreto número 2957 de 2010.

Para tal efecto y de conformidad con el artículo 150 numeral 10 de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de facultades extraordinarias, por un periodo de hasta seis (6) meses contados a partir de la vigencia de la presente ley, para expedir las normas con fuerza de ley, la regulación de la adecuación en materia de salud intercultural y aplicable en sus territorios y prestación de los servicios de salud en el marco del Sistema de Salud.

Artículo 47. *Regímenes Exceptuados y Especiales*. Los regímenes exceptuados y especiales del Sistema de Salud continuarán regidos por sus disposiciones especiales y por la Ley 1751 de 2015. En consecuencia, los regímenes de salud y seguridad social de los miembros de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, del Magisterio, de la Empresa Colombiana de Petróleos, Ecopetrol continuarán vigentes, por lo cual se exceptúan de las disposiciones de la presente ley, y en los términos previstos en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993.

Adicionalmente, el régimen de salud y seguridad social de las universidades estatales u oficiales continuará vigente y será el previsto en la Ley 30 de 1992, modificada por la Ley 647 de 2001 y la Ley 1443 de 2011 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

TÍTULO VIII

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 48. *Régimen de transición y evolución hacia el Sistema de Salud*. El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la vigencia de la presente ley. Es principio de interpretación y fundamento de la transición que no podrá haber personas sin protección de su salud, sin afiliación, o sin adscripción a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, de forma que se garantice en todo momento el servicio público esencial de salud. En ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a cualquier persona en Colombia.

En desarrollo del principio anterior, el Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un plan de implementación observando las siguientes disposiciones:

1. En ningún caso se suspenderán tratamientos sin una indicación médica explícita, ni tampoco se negarán consultas médicas por especialistas.

Las personas que, al momento de expedición de la presente ley, se encuentren en cuidados permanentes

o tengan alguna enfermedad crónica, de alto costo, rara o huérfana continuarán siendo atendidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas, privadas o mixtas de la complejidad que sea requerida y que los vienen atendiendo; los tratamientos no podrán ser suspendidos o interrumpidos.

Los contratos de los Prestadores serán progresivamente subrogados a los convenios de desempeño y acuerdos marco, de acuerdo a lo definido en la presente ley, a efectos de garantizar la continuidad de tales tratamientos por el tiempo que exija la continuidad del servicio y mientras se hace su tránsito ordenado al nuevo Sistema de Salud sin que ello conlleve riesgo alguno.

De igual forma, se garantizará la gestión farmacéutica para el suministro de los medicamentos requeridos.

El Estado garantizará la continuidad de la atención integral, con especial enfoque hacia la población adulta mayor, los niños, las personas con discapacidad y con movilidad reducida; sin perjuicio de los procesos de transición y ajustes en el sistema de salud.

Los residentes en el país podrán permanecer en las IPS de atención primaria que le ha asignado su EPS, mientras se surte el proceso de organización de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

2. Las Entidades Promotoras de Salud que, cumplan requisitos de permanencia y a la entrada en vigencia de la presente Ley no estén en proceso de liquidación, decidan no transformarse en Gestoras de Salud y Vida acordarán, con base en el reglamento que establezca el Gobierno nacional, las reglas para la entrega de la población a cargo al nuevo aseguramiento social en salud, la cual se hará en forma progresiva y ordenada, de manera que en ningún caso esta población quede desprotegida en su derecho fundamental a la salud.

A tal efecto el Gobierno nacional establecerá los sistemas de financiación e interrelación en todos los ámbitos que se requiera para garantizar el tránsito de la población de las Entidades Promotoras de Salud al nuevo sistema de aseguramiento social en salud.

3. Las Entidades Promotoras de Salud que cumplan los requisitos de permanencia y habilitación al momento de entrada en vigencia de la presente ley, no podrán cesar en su operación de afiliación y atención en salud, hasta que se realice una entrega ordenada de sus afiliados a las instituciones previstas en esta ley. Operarán bajo las reglas del aseguramiento y el manejo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y las reglas establecidas para la transición del Sistema General de Seguridad Social en Salud al nuevo sistema de aseguramiento social del Sistema de Salud.

La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), efectuará el reconocimiento y giro de las Unidades de Pago por Capitación y demás recursos del aseguramiento social en salud.

Se descontará de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) las intervenciones asumidas por los Centros de Atención Primaria en Salud en la medida en que entren en operación. Las reglas del Sistema General de Seguridad Social en Salud serán aplicables a las Entidades Promotoras de Salud hasta por el periodo de transición de dos años, que a ellas aplique, sin perjuicio de las disposiciones que coadyuven a la convergencia de dicho régimen a lo dispuesto en la presente ley.

4. El Ministerio de Salud y Protección Social adelantará progresivamente un proceso de territorialización de las EPS, concentrando su operación en las ciudades y departamentos donde tengan mayor número de afiliados y mayor organización de la prestación de servicios, liberándolas de la dispersión geográfica, para armonizarlas con la territorialización del nuevo Sistema de Salud. Para la armonización de la operación de transición y evolución de las Entidades Promotoras de Salud con el nuevo Sistema de Salud, se observarán las siguientes reglas:

a. En un territorio donde haya una sola Entidad Promotora de Salud, esta no podrá rechazar el aseguramiento de la población existente en el mismo, siempre que sea viable su operación.

b. En las subregiones funcionales para la gestión en salud donde no queden Entidades Promotoras de Salud (EPS), los Centros de Atención Primaria en Salud, en primer lugar, o la Nueva EPS, en segundo lugar, de prioridad, asumirá preferentemente el aseguramiento o, en su defecto, lo harán aquellas Entidades Promotoras de Salud con capacidad de asumir la operación en esos territorios. Para el reordenamiento territorial de los afiliados durante la transición, la Nueva EPS o las EPS existentes deberán asumir los afiliados de Entidades Promotoras de Salud liquidadas o en incapacidad de atender a sus afiliados.

5. Si no existiesen los Centros de Atención Primaria en Salud operando en los respectivos territorios, la Nueva EPS contratará los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), si fuere necesario, o adscribirá la población a ella asignada en tales Centros que estén operando bajo las reglas del nuevo Sistema de Salud, en las subregiones o municipios priorizados en su implementación.

6. Donde se requiera, la Nueva EPS contribuirá con la organización de la prestación de los servicios de salud en el marco del aseguramiento social en salud, facilitará su infraestructura en cada territorio para organizar y hacer el tránsito hacia la organización de la adscripción territorial de la población y la estructuración del sistema de referencia y contrarreferencia, la conformación de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), así como apoyará al Ministerio de Salud y Protección Social en la estructuración de las Redes integradas e integrales Territoriales de Salud (RIITS). Las Entidades Promotoras de Salud que permanezcan en el Sistema de Salud durante el proceso de transición

y evolución hacia el nuevo Sistema, escindirán progresivamente sus instituciones de prestación de servicios de mediana y alta complejidad, de acuerdo con el plan de implementación de que trata el presente artículo, conforme a la reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social.

7. Se acordará con las Entidades Promotoras de Salud que así lo acuerden con el Gobierno nacional, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) y con las entidades territoriales donde aquellas dispongan de red de servicios, la subrogación de los contratos que hayan suscrito con las redes de prestación de servicios de salud cuando cesen la operación en un territorio o ello sea requerido para la operación de las Redes Integradas e Integrales Territoriales de Salud (RIITS) que atenderán a la población adscrita a los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

8. Las Entidades Promotoras de Salud durante su permanencia en el periodo de transición o cuando hagan tránsito hacia Gestoras de Salud y Vida a través de sus redes propias que funcionaban en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, podrán concurrir en la organización y prestación de los servicios de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS).

9. Las Entidades Promotoras de Salud podrán acordar con el Ministerio de Salud y Protección Social, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) o las entidades territoriales, según corresponda, cuando decidan la suspensión de operaciones y no deseen transitar a Gestoras de Salud y Vida, la venta de infraestructura de servicios de salud u otras modalidades de disposición de tal infraestructura física y las dotaciones, a fin de garantizar la transición ordenada y organizada hacia el aseguramiento social en salud que garantiza el Estado a través del Sistema de Salud.

10. Conforme a las necesidades de talento humano que requiera la organización de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), los trabajadores que, a la vigencia de la presente ley, trabajen en las Entidades Promotoras de Salud, tendrán prioridad para su vinculación por parte de las entidades territoriales o la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES), según corresponda, lo cual aplicará para los empleos que no tengan funciones de dirección o asesoramiento.

A tal efecto, se establecerá una planta de personal de trabajadores a término fijo, hasta que ello sea necesario, y corresponderán a garantizar la transición y consolidación del Sistema de Salud y su régimen laboral en los demás aspectos, será el que corresponda a la naturaleza jurídica de las instituciones respectivas donde se vinculen. Durante el periodo de transición y consolidación, cuando el régimen legal aplicable corresponda a trabajadores de la salud, y una vez se establezcan las respectivas plantas de personal de los Centros de Atención Primaria (CAPS), los empleos que conformen las nuevas plantas de personal darán prioridad a la vinculación de este personal consultando y validando sus competencias, conforme a la reglamentación que al efecto se expida.

11. La Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) está autorizada para

realizar los giros directos a los prestadores de servicios de salud contratados en la red de las Entidades Promotoras de Salud. Igualmente, podrá pactar el reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación cuando sea pertinente por las exigencias del tránsito progresivo de la población y/o el margen de administración que corresponda en el proceso de transición, para que las Entidades Promotoras de Salud hagan la entrega ordenada de la población afiliada al nuevo sistema de aseguramiento social en salud. Las competencias aquí previstas para la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) serán ejercidas en la medida en que sus capacidades debidamente evaluadas por el Gobierno nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social así lo permitan.

12. En desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S. A. CISA podrá gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las entidades promotoras de salud de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las entidades promotoras de salud que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente ley. Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a la Central de Inversiones S. A. CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente ley.

13. Con el fin de fortalecer las Empresas Sociales del Estado que se transformen en Instituciones de Salud del Estado se reconocerán gradualmente apropiaciones presupuestales del Presupuesto General de la Nación acordadas con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. En todos los casos se priorizará el pago que estas instituciones adeuden con los trabajadores de la salud, con independencia de la modalidad de contratación que hayan utilizado para vincularlos.

14. El Gobierno nacional o el Ministerio de Salud y Protección Social, según corresponda, en un término no mayor a seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley establecerá la reglamentación para garantizar el funcionamiento del Sistema de Salud.

15. El Gobierno nacional, diseñará programas de fortalecimiento institucional y financiero para las Empresas Sociales del Estado que se transformen en Instituciones de Salud del Estado, los cuales estarán en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

16. 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 de Salud, durante la transición de las Entidades

Promotoras de Salud (EPS) a Entidades Gestoras de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que no se transformen en Entidades Gestoras de Salud deberán atender y solucionar las peticiones, quejas y reclamos de sus usuarios hasta tanto no sean liquidadas y sus usuarios a cargo transferidos a las Entidades Gestoras de salud.

La responsabilidad de atender y solucionar las peticiones, quejas o reclamos, recaerán exclusivamente en las Empresas Promotoras de Salud (EPS), y no podrán ser asumidas por las entidades territoriales.

17. Las Empresas Sociales del Estado del orden Nacional se transformarán en Instituciones de Salud del Estado. Las Entidades Territoriales transformarán las Empresas Sociales del Estado del orden territorial en Instituciones de Salud del Estado (ISE). Las autoridades nacionales y territoriales competentes adelantarán de manera gradual y progresiva la transformación de las Empresas Sociales del Estado de orden nacional y territorial en Instituciones de Salud del Estado (ISE), para el efecto el Gobierno nacional determinará las fases y periodos de transformación atendiendo criterios geográficos, poblacionales y regionales priorizando poblaciones dispersas.

También se podrán transformar en Instituciones de Salud del Estado (ISE), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que en algún momento se comportaron como Empresas Sociales del Estado, y las que cuenten en su patrimonio con participación pública superior al 90%. Las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud que, a la entrada en vigencia de la presente ley, estén siendo administradas por operadores privados, una vez se cumplan los plazos contractuales o las concesiones que correspondan, las Entidades Territoriales las crearán como Instituciones de Salud del Estado (ISE) del nivel de Gobierno que corresponda.

En todo caso, las Instituciones de Salud del Estado (ISE) mantendrán ininterrumpidamente la prestación de servicios de salud a su cargo.


Los gerentes de las Empresas Sociales del Estado transformadas en Instituciones de Salud del Estado (ISE), continuarán en el cargo hasta finalizar el período para el cual fueron nombrados, sin perjuicio de que pueda participar en el proceso de selección siguiente para el cargo de Director en los términos señalados en la presente ley. Serán removidos por las mismas causales previstas en la Ley 909 de 2004 y demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan, por la comisión de faltas que conforme al régimen disciplinario así lo exija o por la evaluación insatisfactoria prevista en el artículo 74 de la Ley 1438 de 2011 y de acuerdo con el procedimiento previsto en la citada norma. La composición de los órganos plurales de dirección de las Instituciones de Salud del Estado, se implementarán en el término no mayor a un (1) año.

Artículo 1°. Vigencia. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,



GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

C. N. V.		CAMARA DE REPRESENTANTES	
SECRETARÍA GENERAL		SECRETARÍA GENERAL	
El día	13	de	Septiembre
		del año	2024
Ha sido presentado en este despacho el			
Proyecto de Ley		Acto Legislativo	
No.	312	Con su correspondiente	
Exposición de Motivos, suscrito Por:			
			
SECRETARÍA GENERAL			

CARTAS DE COMENTARIOS

**CARTA DE COMENTARIOS MINISTERIO
DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO
PROYECTO DE LEY NÚMERO 312 DE 2024
CÁMARA**

**HONORABLE REPRESENTANTE
MARTHA JUANITA VILLAVECES NIÑO**

*por medio del cual se transforma el Sistema de
Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones.*

Bogotá, D. C., 11 de septiembre de 2024 19:21

3. Despacho Viceministra Técnica

Doctor

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO

Ministro

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN
SOCIAL

Bogotá, D. C., Colombia

lmartinezs@minsalud.gov.co;

Radicado: 2-2024-048577

Radicado entrada

No. Expediente 40683/2024/OFI

Asunto: Respuesta a solicitud de concepto Anteproyecto de Ley, por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones.

Radicados No. 1-2024-083982 y 1-2024-084876

Respetado señor Ministro:

De manera atenta y en respuesta a la solicitud de concepto Anteproyecto de Ley, por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones, según el articulado remitido mediante Radicado número 1-2024-084876, el cual se adjunta, se realizan las siguientes consideraciones:

En primer lugar, debe precisarse que el presente concepto se fundamenta en la estimación de costos aportada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Por otra parte, se señala que todos los valores monetarios están expresados en precios constantes de 2024.

1. Principales aspectos del anteproyecto de ley

El anteproyecto de ley de la referencia, de conformidad con lo establecido en el artículo 1°, tiene por objeto transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social. Este nuevo modelo se enmarca en un sistema que se fundamenta en la Atención Primaria en Salud, bajo un modelo preventivo, predictivo y resolutivo, la atención integral en salud con un enfoque diferencial y territorial.

De acuerdo con la propuesta, la prestación de los servicios de salud se realizará por medio de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) bajo la coordinación de las Gestoras de Salud y Vida y de las Entidades Territoriales. El nivel primario lo constituirán equipos de salud territorial y Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS), que serán el primer contacto de la población con el sistema de salud. Por su parte, el nivel complementario estará integrado por las instituciones de mediana y alta complejidad.

Así mismo, la propuesta plantea que la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud (ADRES) cumplirá las funciones de recaudador y administrador de los recursos fiscales y parafiscales que deban ingresar al Fondo Único Público del Salud, será el pagador único del sistema, desarrollará un modelo de seguimiento y evaluación del gasto en salud, adelantará las verificaciones para el reconocimiento y pago, podrá contratar auditorías integrales, entre otras. Adicionalmente, el nuevo modelo prevé un Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud (SPUIIS) con el fin de garantizar el acceso transparente, en línea y en tiempo real a las transacciones en salud y administrativas por parte de cada actor del sistema.

De acuerdo con el anteproyecto de ley, “*el sistema entrará a operar por etapas, en armonía con los avances en conectividad y capacidad tecnológica instalada en el país; y deberá integrar los sistemas de información ya disponibles*”.

Resumidos los principales aspectos de la iniciativa, este documento presenta el análisis fiscal realizado por esta cartera frente al anteproyecto de ley, de conformidad con su contenido, y según la información suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Para ello, en primer lugar, se señalarán las fuentes de ingresos del sistema; en segundo lugar, se presenta un análisis sobre los costos estimados del Sistema de Salud con la reforma, así como los balances obtenidos, se realizan algunas precisiones específicas sobre algunos artículos y finalmente se establece la compatibilidad de la iniciativa con los postulados de disciplina fiscal vigentes, en particular el Marco Fiscal de Mediano Plazo, **sujeito a los ejercicios de priorización y ordenación del gasto que desde el Ministerio de Salud y Protección Social¹ como cabeza de Sector sean realizados en virtud del artículo 110² del Estatuto Orgánico del Presupuesto³.**

2. Proyección de fuentes y usos del sistema de salud

Proyección de fuentes

Supuestos utilizados en la estimación de fuentes

Para la estimación de las fuentes del Sistema de Salud, se agruparon los cuatro rubros con mayor participación del sistema de salud: i) las cotizaciones; ii) el Sistema General de Participaciones (SGP) dirigido al sector salud⁴; iii) el aporte Nación

¹ El sector deberá gestionar acciones necesarias para la financiación del Aseguramiento, bien sea a través de priorización de recursos del SGSSS que resulten superavitarios; y que estén en el marco de la autorización de unidad de caja de que habla la Ley 1753 de 2015; o vía priorización de apropiaciones asignadas a ese sector de acuerdo con las disponibilidades presupuestales.

² Frente al alcance de la autonomía presupuestal, ver, entre otras, Corte Constitucional C-101 de 1996, C-283 de 1997.

³ El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, como gestor de la política fiscal y económica del país, según las atribuciones a él encomendadas en la ley y el Decreto número 4712 de 2008, tiene fijadas funciones específicas, relacionadas con la asignación de los recursos en forma global a las entidades que conforman el Presupuesto General de la Nación (PGN) y en virtud del artículo 110 del Estatuto Orgánico del Presupuesto, se le otorgó a los órganos públicos que son secciones presupuestales, y a los que tienen personería jurídica, entre ellas el Ministerio de Salud y Protección Social la facultad de comprometer los recursos y ordenar el gasto y por tanto a ellos corresponde la priorización y planeación del Gasto, respetando los principios del referido Estatuto y los techos de Gasto de cada uno de los Marcos de Gasto de Mediano Plazo Sectoriales.

⁴ El cual se distribuye de la siguiente forma: 87% para el aseguramiento del régimen subsidiado, 10% para salud pública y 3% para subsidio a la oferta.

destinado al aseguramiento; y iv) el rubro de otras fuentes, que agrupa los ingresos procedentes por las rentas cedidas de las entidades territoriales, los aportes de las Cajas de Compensación, Coljuegos, Prima FONSAT y Contribución SOAT, impuesto social a las armas, USPEC, multas y sanciones y los aportes dirigidos al Sistema Nacional de Residencias Médicas.

- **Cotizaciones:** Para el cálculo inicial, se tomó el monto proyectado de ingresos del aforo inicial de la ejecución presupuestal de la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), vigencia 2024, el cual asciende a \$32.437 mm.

Ahora bien, teniendo en cuenta el comportamiento de las cotizaciones a corte julio en el periodo comprendido entre 2021-2023, se observa un potencial de mayor recaudo consistente con los datos observados a julio de la vigencia corriente. De esta forma, se prevé un total de recaudo que asciende a \$33.458 mm para la vigencia 2024 por este concepto.

A partir del cálculo de la nueva base, el supuesto utilizado corresponde al crecimiento real proyectado consistente con el Marco Fiscal de Mediano Plazo 2024.

- **Aporte Nación:** el monto corresponde al monto presentado en el Proyecto de Presupuesto General de la Nación -PGN 2025 y, posteriormente, a los montos consistentes establecidos en el Marco Fiscal de Mediano Plazo -MFMP- 2024. Conviene señalar que el rubro corresponde al monto con Situación de Fondos (CSF) y excluye fondos especiales (código 6-021 – Fondo de recursos SOAT y Fonsat – antes Fosyga), las cuales son consideradas en otras fuentes.

- **Sistema General de Participaciones – Salud:** la proyección parte de los recursos destinados al Sistema General de Participaciones (SGP) consistente con el Marco Fiscal de Mediano Plazo -MFMP- 2024. Conviene señalar que, en los ingresos, el monto presentado contiene el 100% del SGP, no obstante, en el análisis de costo se resta el monto destinado Salud Pública, ejecutado por las Entidades Territoriales (ET), el cual equivale al 10% del SGP.

- **Otras fuentes:** para la estimación de los recursos del FONSAT y la contribución del SOAT se aplica un factor del 61,5% de contribuciones y transferencias a partir de la estimación de las primas emitidas del SOAT para cada vigencia, con base en un crecimiento anual del parque automotor asegurado del orden del 4,91% y un crecimiento en precios del seguro equivalente al crecimiento del IPC proyectado, por lo cual el efecto en términos reales se da por cuenta del resultado en el incremento del parque automotor asegurado.

Para la estimación de los aportes de las Cajas de Compensación Familiar destinadas al financiamiento del régimen subsidiado en salud de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, se proyecta el

7,5% (promedio observado de aportes destinados al régimen subsidiado sobre aportes recaudados) de los aportes recaudados por las Cajas. Esto, a partir de la proyección 2024-2033 de su población afiliada cotizante, y la cotización aplicable, de acuerdo con el Ingreso Base de Cotización (IBC) y la tasa de cotización promedio ponderada según la distribución poblacional por rangos de ingresos expresados en salarios mínimos mensuales legales vigentes (SMMLV) con corte a diciembre de 2022.

Para esto, con base en las cifras históricas de 2020 a 2022 disponibles de las estadísticas de la Superintendencia del Subsidio Familiar y proyecciones de población del DANE y de la GEIH (Gran Encuesta Integrada de Hogares), se asume una proporción entre la población ocupada y la población total del país del 44,7%; una proporción entre la población ocupada y la población afiliada cotizante a las Cajas de Compensación Familiar del 46% (tasa de cobertura); un crecimiento del salario mínimo nominal del 4% (1% real); y una tasa de cotización promedio ponderada del orden de 3,76%.

Para la estimación de otros ingresos se tomaron los aforos presupuestales iniciales que estima la ADRES para cada una de sus fuentes de ingresos corrientes y de capital en la vigencia 2024, proyectados hacia adelante con base en un PIB real del 3,24%.

Tabla 1. Ingresos proyectados del Sistema de Salud
(Miles de millones de pesos de 2024)

Concepto	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Cotizaciones	34.460	35.480	36.530	37.617	38.740	39.920	41.156	42.445	43.784	45.172
Aporte nación	38.082	39.372	41.863	45.406	48.668	52.363	56.253	60.486	65.009	69.892
SGP salud	18.855	21.363	22.963	23.756	25.092	26.228	27.445	28.611	29.808	30.986
Otras fuentes	8.279	8.099	8.374	8.659	8.955	9.262	9.580	9.912	10.255	10.612
Total	99.676	104.315	109.730	115.438	121.455	127.773	134.434	141.454	148.856	156.662

Fuente: Elaboración propia, Ministerio de Hacienda y Crédito Público - DGRESS.

Tabla 2. Supuestos de inflación y crecimiento real
(Porcentajes)

Supuestos	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Supuestos de inflación	3,2	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Crecimiento PIB real	2,99	2,96	2,96	2,97	2,99	3,05	3,10	3,13	3,16	3,17

Fuente: Marco Fiscal de Mediano Plazo 2024 – Ministerio de Hacienda y Crédito Público

Proyección de usos

El análisis de los costos del anteproyecto de ley toma en consideración la información que ha sido aportada por el Ministerio de Salud y Protección Social, y contenida en la exposición de motivos de la iniciativa remitida por dicha cartera. Las estimaciones se efectúan a partir del año 2025, año en que se espera inicie la implementación de la reforma.

Supuestos utilizados estimación de usos

Conviene señalar que el anteproyecto de ley incorpora criterios de progresividad y gradualidad, que en pro de la sostenibilidad fiscal y las restricciones presupuestales buscan permitir la implementación del proyecto en un escenario fiscalmente retador. En este sentido, se destacan:

i.) Incentivos a la Salud (Artículo 25 y 28), los cuales serán progresivos y sujetos a las disponibilidades presupuestales: “(...) *Los incentivos serán progresivos y estarán sujetos a disponibilidad presupuestal*”.

ii.) Licencias de maternidad: la senda corresponde a la propuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual incorpora criterios de priorización en función del nivel socioeconómico e incluye criterios de progresividad y gradualidad, estableciendo en el Artículo 20: “*Las personas gestantes no cotizantes recibirán el equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente, durante los tres (3) meses siguientes al parto viable, esta protección alcanzará de manera progresiva los cuatro (4) meses a partir del año 2030.*** El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el aumento progresivo de cobertura en función del nivel socioeconómico de los hogares, hasta alcanzar la universalidad en el año 2029.*”

iii.) Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria: Se define en el artículo 14 que “*Las fuentes se integrarán de forma progresiva a la Cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria*”.

iv.) El saneamiento de hospitales públicos corresponde a la priorización realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo con las disponibilidades presupuestales.

Se destaca que el rubro de Sistema de Información no se incorpora en esta cuantificación, teniendo en cuenta que según lo informado por el Ministerio de Salud y Protección Social, ello corresponde al rubro de *inversión* del Ministerio de Salud y Protección Social, en particular a los proyectos de inversión “*Fortalecimiento del Sistema de Información de Salud y Protección Social 209-2023*”, código BPIN 2017011000477, y del proyecto de inversión “*Consolidación del Sistema de Información y Banco de Datos del Sector Salud y Protección Social 2024-2027*”, código BPIN 20230000000034, con una inversión de \$882,28 mil millones entre 2023 y 2027, y en ejecución en la actualidad.

Al respecto, conviene señalar que los costos contenidos en la cuantificación de la reforma hacen referencia al presupuesto de *funcionamiento* del Sistema de Salud administrados en la actualidad por Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), razón por la cual los montos sujetos a inversión dependerán de la priorización que realice el Ministerio de Salud y Protección Social, como cabeza del Sector, conforme a su autonomía presupuestal y conforme al artículo 110 del estatuto orgánico del presupuesto, en su ejercicio de planeación presupuestal.

Finalmente, conviene señalar que, tal y como se menciona en la exposición de motivos aportada por el Ministerio de Salud y Protección Social, los gastos de administración en la actualidad ascienden al 5,4%, en promedio, lo que implica una siniestralidad del 94,6%. Teniendo en cuenta que la

reforma contempla gastos fijos de administración del 5%, la propuesta no genera gastos adicionales por concepto de gastos de administración.

a. Gastos directos

Atención Primaria en Salud: la senda de atención primaria en salud corresponde al esfuerzo requerido por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual se encuentra contenido en la exposición de motivos de la iniciativa. De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social, “*Los Servicios de Atención Primaria en Salud incluyen las acciones desarrolladas en el nivel primario de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud a través de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los Equipos de Salud Territoriales*”.

Dentro de los componentes del costo de los Servicios de Atención Primaria en Salud, señalados en el documento remitido por el Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentran:

- **Mano de obra directa:** gastos relacionados con personal de planta (salarios y prestaciones) y servicios personales indirectos relacionados con las funciones misionales. En este rubro se incluye la conformación y operación de los Equipos de Salud Territoriales.

- **Mano de obra indirecta:** gastos de personal administrativo con funciones no misionales relacionadas con atención al usuario, gestión de licencias e incapacidades, apoyo en procesos de referencia y contrarreferencia, entre otros.

- **Gastos de operación y prestación de servicios:** gastos de las instituciones para adquirir bienes y servicios que participan directamente en la prestación del servicio de salud, como medicamentos, material médico quirúrgico y de odontología, servicios de apoyo diagnóstico, entre otros.

- **Gastos generales:** gastos de celaduría, aseo, transporte y en general todos los bienes y servicios necesarios para que la institución cumpla con las funciones asignadas. Según la información suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social, la proyección de costos incluye la formalización del talento humano en salud de los prestadores públicos que funcionarán como CAPS.

- **Mediana y alta complejidad:** la senda corresponde al gasto remitido por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual se encuentra contenido en la exposición de motivos de la iniciativa, así como la justificación técnica de los supuestos utilizados para su estimación.

- **Fortalecimiento de la red pública:** la senda corresponde al esfuerzo requerido por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual se encuentra contenido en la exposición de motivos de la iniciativa, así como la justificación técnica de los supuestos utilizados para la estimación de la senda.

Conviene señalar que, en línea con lo mencionado anteriormente la progresividad de las propuestas incorporadas en el articulado, el cual *establece* que

se asignen a la sección presupuestal del Ministerio de Salud y Protección Social en la Ley Anual del Presupuesto, al ser el Consejo Nacional de Salud, perteneciente a dicho sector administrativo; precisión que también se predica de la financiación del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud de que trata el artículo 6° del anteproyecto.

Por su parte, sobre el artículo 7°, relacionado con alivios financieros a los intereses por concepto de sanciones de carácter pecuniario impuestas por el Invima, vale señalar que la misma supone una disminución en el potencial de recaudo de la entidad por ese concepto, de suerte que el Ministerio de Salud y Protección Social deberá considerarlos en sus estimaciones para la presentación del anteproyecto de presupuesto en las siguientes vigencias⁵.

Así mismo, se advierte que en cuanto ya no se diferencia claramente entre Regímenes (contributivo y subsidiado), se podrían modificar las transferencias que realiza la ADRES a la Superintendencia Nacional de Salud en virtud del literal e) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, el artículo 119 de la Ley 1438 de 2011 y el artículo 2.6.4.4.3 adicionado por el Decreto número 2265 de 2017.

En relación con el artículo 19, se sugiere precisar si se trata de una autorización de gasto, o de no ser así, definir específicamente la fuente de financiación.

Finalmente, se resalta que todas las disposiciones contenidas en el proyecto y su implementación deberán considerar los principios constitucionales y legales de disciplina fiscal y de planeación presupuestal vigentes, en particular los establecidos en los artículos 2°, 12, 13, 20, 21, 39 y 47 del Estatuto Orgánico del Presupuesto.

En este sentido, y conforme a lo expuesto en este documento, el impacto fiscal estimado del proyecto de ley del asunto puede incorporarse de forma compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo, manteniendo la sostenibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de las finanzas públicas en la medida en que las obligaciones corrientes del sector salud acumuladas al cierre de 2024 sean cubiertas según la priorización y definiciones que al respecto realice el Ministerio de Salud y Protección Social con cargo a los recursos de ese sector administrativo, en cumplimiento de la autonomía presupuestal prevista en el artículo 110 del Estatuto Orgánico de Presupuesto.

Se destaca que el análisis aquí realizado, se efectúa sobre el texto remitido por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante radicado 1-2024-084876, estudio que puede presentar modificaciones según los cambios que se realicen al articulado.

Cordial saludo,

MARTA JUANITA VILLAVECES NIÑO
Viceministra Técnica

Dirección General de Presupuesto Público Nacional
Dirección General de Regulación Económica de la Seguridad Social
Dirección General de Política Macroeconómica
Oficina Asesora de Jurídica

Elaboró: María Isabel Cruz/ Jorge Eduardo Martínez Pinedo/Amanda Isabel Coral Córdoba/ Laura Andrea Salazar Arévalo /Johana López Silva/Cristhian Alejandro Cruz Moreno/Tatiana García Hernández

Aprobó: Amanda Isabel Coral Córdoba / Flor Esther Salazar Guetibonza / Jairo Alonso Bautista / Oliver Enrique Pardo Reinoso / María Isabel Cruz

* * *

**CARTA DE COMENTARIOS
PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA
PROYECTO DE LEY NÚMERO 312 DE
2024 CÁMARA HONORABLE SENADORA
PAULA ROBLEDO SILVA**

*concepto sobre proyecto de ley de reforma al
sistema de salud.*

OFI24-00181795 / GFPU 14000000

Bogotá, D. C., 12 de septiembre de 2024

Ministro

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO

Ministro de Salud y Protección Social

Ministerio de Salud y Protección Social

Cra. 13 No. 32-76

Bogotá, D. C. Bogotá, D. C.

gjaramillo@minsalud.gov.co;rsalas@minsalud.gov.co

**Asunto: EXT24-00141092 Concepto sobre
proyecto de ley reforma salud**

Respetado Ministro

De acuerdo con el Punto 4 de la Directiva número 06 de 2018 de Presidencia de la República, la Secretaría Jurídica de Presidencia emite el presente concepto, previo a la radicación por parte del Gobierno nacional, del proyecto de ley de reforma al sistema de salud.

***I- Sobre la constitucionalidad problemas de
constitucionalidad***

Atendiendo a su finalidad y propósito, el proyecto de ley bajo examen encuentra pleno respaldo en los artículos 48 y 49 de la Constitución, que le atribuyen a la seguridad social en salud la doble condición de (i) “servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley” y (ii) “derecho irrenunciable” que debe ser garantizado “a todos los habitantes”, asegurando su “acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”.

Cabe destacar que la Constitución no optó por un modelo único o específico de salud, “sino que confió al Legislador la tarea de configurar su diseño, por ser este el foro de discusión política y democrática por excelencia donde deben ser analizadas reposadamente las diferentes alternativas a la luz de las condiciones económicas, los esquemas institucionales y las necesidades insatisfechas (entre otros factores), teniendo siempre como norte

⁵ Al respecto, es necesario tener en cuenta adicionalmente las modificaciones introducidas en la Ley 2069 de 2020.

su realización progresiva en cuanto a calidad y cobertura se refiere”(C-791 de 2002).

Sobre la base de los criterios anteriores, es claro que el proyecto de ley, mediante el cual se transforma el sistema de salud en un sistema basado en el “Aseguramiento Social en Salud”, atiende los mandatos contenidos en las disposiciones constitucionales citadas. Esto, pues los cambios significativos que introduce procuran asegurar la efectiva realización del derecho a la salud de toda la población, con un enfoque diferencial y territorial.

Las medidas propuestas en el proyecto de ley resultan, además, razonables y proporcionales desde la perspectiva constitucional, en tanto persiguen un objetivo superior válido, que se concreta en promover un sistema de salud más inclusivo y garantista, basado en un modelo “de Salud Preventivo, Predictivo y Resolutivo basado en Atención Primaria en Salud”.

II- *Sobre el trámite requerido. Ley ordinaria o ley estatutaria?*

La Corte Constitucional ha advertido que los proyectos de ley que impactan el núcleo esencial de un derecho fundamental deben someterse al trámite de ley estatutaria. La propia Corte ha definido dicho núcleo esencial como “esa parte del derecho que lo identifica, que permite diferenciarlo de otros y que otorga un necesario grado de inmunidad respecto de la intervención de las autoridades públicas”.

Tratándose de la regulación de derechos fundamentales, la forma de identificar la naturaleza estatutaria de una ley parte de poder establecer que su objeto es desarrollar de forma integral, completa y sistemática el régimen jurídico de aplicación del respectivo derecho fundamental, y no definir materias que, si bien pueden estar relacionadas con el derecho, no pretenden regularlo a partir de su condición de tal.

La salud, en su dimensión de derecho, ha sido reconocida expresamente por el artículo 2° de la Ley Estatutaria número 1751 de 2015 (el proyecto de ley que concluyó con la expedición de la Ley 1751 de 2015 fue objeto del respectivo control previo, automático e integral de constitucionalidad por parte de la Corte Constitucional en la Sentencia C-313 de 2014), como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. El artículo 48 de la Constitución, por su parte, establece la reserva de ley en materia de seguridad social. Esto significa que el legislador tiene la competencia exclusiva para regular el Sistema Integral de Seguridad Social y, en particular, las diversas instituciones que la integran, entre ellas, el Sistema de Seguridad Social en Salud.

En el marco de la competencia atribuida al legislador, es importante destacar que el desarrollo legal del sistema integral de seguridad social y, en particular, del sistema general de salud se surte mediante el trámite previsto para las leyes ordinarias. Ello, bajo el entendido de que la regulación de tales materias y sus cambios y modificaciones fueron

asignadas por la Constitución al legislador ordinario, y no al legislador estatutario.

El fundamento de tal premisa parte del criterio inequívoco según el cual el diseño legal de la seguridad social no tiene como objeto directo desarrollar el régimen estructural de los derechos a la seguridad social –salud y pensión– en su dimensión de fundamentales, ni sus mecanismos de protección. Tampoco pretende llevar a cabo una regulación integral, completa y sistemática de los mimos –tomando como referente su núcleo esencial–, que es precisamente lo que identifica el principio de reserva de ley estatutaria. En realidad, su propósito es desarrollar el contenido prestacional de tales derechos, estableciendo los presupuestos legales que, conforme a la Constitución Política, permitan garantizar su ejercicio legítimo y su exigibilidad.

Sobre el particular, resulta relevante poner de presente que el punto en discusión, referente a si las leyes que regulan el sistema de seguridad social y el sistema de seguridad social en salud están sometidas a la reserva de ley estatutaria, fue estudiado por la Corte Constitucional en la Sentencia C-408 de 1994, y se resolvió a favor de la tesis de reconocer que la competencia para regular tales materias es del legislador ordinario.

En dicho pronunciamiento, la Corte encontró ajustada a la Constitución la Ley 100 de 1993 y declaró su exequibilidad por el cargo de haber desconocido la reserva de ley estatutaria, bajo la consideración de que la “normatividad sobre la seguridad social, no debe ser objeto de reglamentación mediante la vía legal exceptiva de las leyes estatutarias por no corresponder a los elementos de derechos fundamentales que quiso el constituyente someter a dicha categoría legal, por tratarse de elementos de tipo asistencial”.

Corolario de lo anterior es que la regulación del sistema integral de seguridad social en salud, como componente básico del derecho a la seguridad social, es competencia del legislador ordinario, y no del legislador estatutario. Esto quiere decir que el proyecto de ley bajo análisis puede seguir el trámite previsto para las leyes ordinarias, sin que ello conlleve un problema de constitucionalidad.

III- *Sobre la delegación de regulación de temas relativo a aspectos del régimen de seguridad social en salud en el Ejecutivo*

La Corte Constitucional ha mantenido la tesis de que lo atinente a la regulación del régimen de seguridad social es competencia del legislador ordinario o, en su defecto, del legislador extraordinario; en este último caso, con base en la regla de delegación de competencias al Presidente de la República “para expedir normas con fuerza de ley” fijada en el numeral 10 del artículo 150 de la Constitución (Sentencias C-1031 de 2002, C-1032 de 2002 y C-941 de 2003).

En ese sentido, se entienden ajustadas a la Constitución las facultades extraordinarias otorgadas al Presidente de la República en los artículos 40, 45

y 46 del proyecto de ley para: (i) expedir normas con fuerza de ley, previa concertación con las organizaciones sindicales del sector salud, que regulen el régimen especial de los trabajadores de la salud; (ii) expedir las normas con fuerza de ley cuyos contenidos sean producto de la concertación en el marco de la consulta previa, libre e informada con los pueblos indígenas, que reglamenten los procesos de salud en el marco del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural, y (iii) expedir normas con fuerza de ley para la regulación de la adecuación en materia de salud intercultural y la prestación de los servicios de salud en el marco del sistema de salud de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras y del pueblo Rrom.

IV- Sobre la necesidad del concepto de impacto fiscal del Ministerio de Hacienda

De conformidad con el artículo 7° de la Ley 819 de 2003, en todo proyecto de ley que ordene gastos o conceda beneficios tributarios debe hacerse explícito cuál es su impacto fiscal y establecerse su compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo que dicta anualmente el Gobierno nacional. Para tal efecto, dicha norma dispone que en las exposiciones de motivos y en cada una de las ponencias para debate, se deben incluir expresamente los costos fiscales de los proyectos y la fuente de ingreso adicional para cubrirlos.

En complemento de lo anterior, prevé que, durante el trámite de los proyectos de ley de iniciativa gubernamental, el Ministerio de Hacienda debe rendir concepto acerca de los costos fiscales que se han estimado, la fuente de ingresos para cubrirlos y la compatibilidad del proyecto de ley con el marco fiscal de mediano plazo.

Sobre el posible impacto fiscal del proyecto de ley bajo examen, en comunicación del 3 de septiembre de 2024, mediante la cual el señor Ministro de Salud somete a consideración de la Secretaría Jurídica del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República el contenido del proyecto y solicita que se emita concepto sobre su viabilidad jurídica, se dijo lo siguiente:

“El concepto de impacto fiscal fue solicitado al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el día 3 de septiembre de 2024, mediante Radicado número 2024100000606081. No obstante, dentro de la exposición de motivos se encuentran los apartados:

- *Financiación y asignación de recursos en un sistema de salud basado en atención primaria en salud*
- *Financiación del sector salud*
- *Asignación general de recursos en el aseguramiento social en salud*
- *Asignación detallada de recursos en el aseguramiento social en salud*
- *Balance de las sendas de ingresos y gastos*

Los cuales detallan los asuntos financieros de la propuesta, que fueron trabajados en conjunto

entre el Ministerio de Hacienda, la ADRES y este Ministerio”.

Si bien en la exposición de motivos se tratan aspectos concretos relacionados con la financiación y asignación de recursos para la transformación del sistema de salud que se propone, hasta la fecha, no se ha observado plenamente el mandato previsto en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003. Sobre este particular, la Secretaría Jurídica ha sido informada –al momento de elaboración de este concepto–, que el Ministerio de Hacienda ha enviado el respetivo concepto de impacto fiscal, por lo cual debería anexarse al proyecto al momento de su radicación.

V- Sobre la garantía de continuidad en el proceso consultivo con los pueblos y comunidades indígenas, Rrom, negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras

La consulta previa es un derecho fundamental e irrenunciable de las comunidades étnicamente diferenciadas (indígenas, afrodescendientes, raizales y Rrom), reconocidas como sujetos de especial protección por el derecho internacional de los derechos humanos y por la propia Constitución Política (artículos 329 y 330 de la Constitución Política y artículos 6° y 7° del Convenio 169 de 1989 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales, aprobado por la Ley 21 de 1991).

Las medidas que deben ser objeto de consulta se concretan en todos los actos administrativos, por una parte, y en toda norma de naturaleza legal, incluyendo las reformas constitucionales, por la otra, que impliquen una afectación directa de los derechos e intereses de las comunidades étnicas. Dicha afectación puede provenir de una regulación integral, así como también de algunas disposiciones específicas y puntuales que se establezcan en un cuerpo normativo general (Sentencias C-030 de 2008, C-461 de 2008, C-196 de 2012, C-317 de 2012 y C-674 de 2017, C-175 de 2009, C-063 de 2010, C-366 de 2011 y C-674 de 2017).

Para el caso particular de las medidas legislativas, la consulta se predica de aquellas disposiciones que tengan la posibilidad de afectar directa y exclusivamente los intereses de las comunidades. Si bien el proyecto de ley que se analiza tiene un carácter general que afecta por igual a todos los ciudadanos, entre ellos los miembros de los grupos étnicos, los artículos 45 y 46 contienen medidas legislativas sujetas a consulta previa, pues sus textos regulan aspectos concretos y específicos relacionados con los miembros de las comunidades tradicionales.

Así las cosas, con respecto a las disposiciones citadas, la Secretaría Jurídica del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República comparte las recomendaciones formuladas por la Dirección de la Autoridad Nacional de Consulta Previa del Ministerio del Interior, en concepto rendido sobre el proyecto que se revisa, en el sentido de instar al Ministerio de Salud y Seguridad Social para que “dé continuidad al proceso consultivo que se está adelantando con los pueblos y comunidades

indígenas, Rrom, negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, cuyo objeto radica en la reglamentación de los procesos de salud intercultural”.

En los términos anteriores se profiere, por parte de la Secretaría Jurídica de Presidencia, concepto previo sobre el proyecto de ley de iniciativa gubernamental de reforma al sistema de salud.

Cordialmente,



PAULA ROBLEDO SILVA
Secretaria Jurídica
SECRETARÍA JURÍDICA

CONTENIDO

Gaceta número 1456 - martes, 17 de septiembre de 2024

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTOS DE LEY

Págs.

Proyecto de ley número 312 de 2024 Cámara, por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones. 1

CARTAS DE COMENTARIOS

Carta de comentarios Ministerio de Hacienda y Crédito Público proyecto de ley número 312 de 2024 Cámara, Honorable Representante Martha Juanita Villaveces Niño, por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones. 111

Carta de comentarios presidencia de la república proyecto de ley número 312 de 2024 Cámara honorable senadora Paula Robledo Silva concepto sobre proyecto de ley reforma salud. 116