

**Informe de ponencia para primer debate al Proyecto de Ley 10 de 2020 Senado- 425 de 2020
Cámara “Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho
Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad
con la ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del Sistema de Salud”**

Bogotá, D.C., 2 de diciembre de 2020

Senador
José Ritter López Peña
Presidente Comisión Séptima Senado

Representante a la Cámara
Juan Diego Echavarría Sánchez
Presidente Comisión Séptima Cámara de Representantes

En cumplimiento del encargo realizado por la respectivas Mesas Directiva de la Comisión Séptima del Senado de la República y la Cámara de Representantes, presentamos Informe de Ponencia para Primer Debate en conjuntas del Proyecto de Ley 10 de 2020 Senado- 425 de 2020 Cámara **“Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del Sistema de Salud”**.

Cordialmente los Honorables Congresistas abajo firmantes,

Esta ponencia se desarrolla así:

1. Trámite de la iniciativa
2. Objeto y contenido del proyecto de ley
3. Análisis y justificación del proyecto de ley
4. Pliego de modificaciones
5. Proposición
6. Texto propuesto para primer debate

1. TRÁMITE DE LA INICIATIVA

Este Proyecto de Ley tiene cuyo objeto es enfocar y ajustar el Sistema de salud en su objetivo de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a salud, es de iniciativa de los Congresistas Fabián Castillo, Carlos Abraham Jiménez, Ana María Castañeda R, José Ritter López, Jairo Humberto Cristo, Jairo Cristancho, Angela Patricia Sánchez y otros 80 Senadores y Representantes a la Cámara. Fue radicado ante la Secretaría General del Senado de la República el pasado 20 de julio de 2020 y publicado en la Gaceta del Congreso N° 528/2020; así mismo la iniciativa fue repartida a la Comisión Séptima del Senado de la República, por ser materia de su competencia.

El 22 de julio del mismo año fue radicado en la Comisión Séptima del Senado el expediente del Proyecto de Ley 10 de 2020 Senado **“Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del Sistema de Salud”** y, mediante oficio CSP-CS-0947-2020, la Mesa Directiva de dicha célula legislativa designó como ponente único al Senador Fabián Castillo Suarez, para luego mediante oficio **CSP-CS-1157-2020** adicionar a los HH.SS. Laura Ester Fortich, Nadia Georgette Blel, Aydeé Lizarazo Cubillos, Victoria Sandino Simanca, José Aulo Polo, Jesús Alberto Castilla, Manuel Biterbo Palchucán, Honorio Henríquez Pinedo, Carlos Fernando Motoa y José Ritter López.

El 30 de julio, previo a la adición de ponentes, fue aprobada en Comisión Séptima del Senado una proposición de autoría de la Senadora Laura Fortich y el Senador Carlos Fernando Motoa, de realización de audiencia pública, por tratarse de un tema de especial interés para toda la sociedad colombiana y que cobran mayor relevancia e interés, teniendo en cuenta la declaración del estado de emergencia sanitaria a causa del nuevo Coronavirus COVID-19.

El 24 de septiembre, el Presidente de la República Iván Duque Márquez y el Ministro de Salud y Protección Social Fernando Ruíz Gómez, firmaron mensaje de urgencia y así darle discusión conjunta en las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Senado y la Cámara de Representantes.

Dicho mensaje de urgencia implicó el envío del proyecto de Ley 10 de 2020 Senado, a la Cámara de Representantes, para que allí fuese enviado a la respectiva Comisión Séptima Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes. Una vez surtido este trámite, el 28 de octubre de 2020, mediante oficio **CSPCP 3.7. 532-2020** la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de la Cámara designó como Coordinadores ponentes a los HH.RR. Jairo Humberto Cristo Correa y Juan Diego Echavarría, junto a los HH.RR. Faber Muñoz Cerón y Jairo Cristancho Tarache, como ponentes.

Tras la definición de los ponentes en ambas Cámaras del Congreso, se inició con el proceso de democratización y socialización del proyecto de Ley. A la proposición de audiencia pública antes mencionada de autoría de los Senadores Laura Fortich y Carlos Fernando Mota, se le sumó en paralelo, la proposición presentada el 6 de octubre de 2020 por el H.R. Jairo Cristancho y suscrita por otros representantes, para realizar audiencias públicas al proyecto de Ley en mención en la Cámara de Representantes.

De acuerdo con esto, los días 25 de octubre, 9, 11 y 13 de noviembre se desarrollaron las 4 audiencias públicas citadas por el Senado de la República con la intención de socializar las disposiciones del proyecto y democratizar la construcción del sistema a implementar tras la aprobación de esta iniciativa. De igual forma los días 3,4,10 y 25 de noviembre se desarrollaron las audiencias públicas que la Cámara de Representantes había citado con la intención de escuchar a la mayor pluralidad de actores.

Este informe de ponencia es el resultado de los aprendizajes obtenidos tras las deliberaciones dadas a este proyecto de Ley en esas audiencias públicas, los diversos foros, rondas de socialización y mesas de trabajo, que se realizaron a lo largo de los territorios que conforman Colombia, y donde los distintos actores públicos y privados, además de resaltar la necesidad de ajustes en el Sistema, hicieron observaciones aportes y críticas, las cuales fueron recogidas como se expondrá más adelante.

A su vez recoge una amplia gama de aprendizajes y experiencias que los distintos actores del sector han expuesto como resultados de la pandemia generada por el Covid-19. De alguna forma, las experiencias previas en donde se realizaban diagnósticos estructurales y se discutían sus soluciones, fueron complementadas, reafirmadas y reemplazadas, ante las nuevas problemáticas e instrumentos de respuestas que desde los distintos actores del sistema se les dieron a los retos específicos que significó la pandemia de COVID-19.

2. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY

La presente iniciativa legislativa busca realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 1751 de 2015, en un marco del alcance de su sostenibilidad. Para tal fin, en su texto original desarrollaba 68 artículos comprendidos en 13 capítulos incluyendo el objeto y la vigencia de la Ley, tal como se resume a continuación

Capítulo 1	Disposiciones generales	Ratificaba el derecho a la salud dentro del sistema y el cumplimiento de este a través del sistema de salud y sus funciones esenciales la salud pública como base, el aseguramiento y gestión del riesgo por parte de todos los actores, y la prestación de los servicios desde la prevención, promoción y mantenimiento de la salud.
Capítulo 2	Salud Pública	Planteaba la salud pública por medio de mecanismos e instrumentos de planeación y gestión de la salud pública a nivel colectivo e individual desde los territorios.
Capítulo 3	Gestión del riesgo	Definía el aseguramiento y gestión del riesgo como función esencial a cumplir por parte de las nuevas Aseguradoras en Salud que implica atención primaria, la prestación del plan de beneficios, la coordinación de la atención y evaluación de las intervenciones sobre la salud de los individuos y su familia a través de un Plan Único de Beneficios en Salud (PLUS).
Capítulo 4	Aseguramiento	Además de cambiar la denominación de las EPS por Aseguradoras en Salud, se buscaba retirar del Sistema de las EPS ineficientes por medio de un proceso de depuración progresivo que garantice el derecho a la salud de los usuarios y la seguridad jurídica de los actores.

Capítulo 5	Modelo de atención	de	Planteaba medidas orientadas a implementar un modelo de atención enfocado en el nivel primario, territorializado y con énfasis en salud familiar, con capacidad resolutoria de más de la mitad de las patologías.
Capítulo 6	Prestación de servicios	de	Para superar la fragmentación estructural que afecta la atención de los pacientes y la transparencia financiera del sistema, se planteaba la prestación de servicios a través de redes integrales de servicios compuestas por prestadores con funciones diferenciadas e integradas bajo un modelo de atención, el único Plan de Beneficios y la interoperabilidad de la información sanitaria a lo largo del Sistema. El Prestador Primario como componente básico del servicio de salud y con capacidad resolutoria para atender la mayor parte de las enfermedades y mitigar los riesgos en salud de la población. Apoyado en prestadores complementarios de mediana y alta tecnología, garantizan la atención integral de los pacientes indistintamente de la complejidad de la enfermedad.
Capítulo 7	Hospital público		Planteaba medidas orientadas a definir que las empresas sociales del estado podrían estar a cargo de más de una entidad territorial y adaptarse a micro territorios desde una visión departamental y regional. Se propendía por la Autosostenibilidad de Empresas Sociales del Estado por medio de la reestructuración fusionarse y límites en la tercerización de servicios de las Empresas Sociales del Estado.
Capítulo 8	Mecanismos de pago	de	En virtud de la unificación de los regímenes el Ministerio de Salud buscaba establecer las condiciones y porcentajes en la que deberán ser contratados los servicios con la red pública de los ingresos recibidos por las AS, financiados con recursos no provenientes con las cotizaciones
Capítulo 9	Talento humano		Definía políticas, mecanismos e instrumentos para la generación de capacidades de Talento Humano en términos de la disponibilidad de especialistas, acceso a formación e incentivos de educación para las IES y centros de formación docente.
Capítulo 10	Dignificación laboral		Dignificación laboral del talento humano en salud a través de los principios, salud en el trabajo y condiciones de espacios laborales, estabilidad del personal de la salud por el trabajo desarrollado, respeto a las jornadas laborales y el descanso, formalización laboral y respeto por los derechos salariales y prestacionales.
Capítulo 11	Financiación del Sistema	del	Las medidas de sostenibilidad estaban orientadas a la búsqueda de nuevas fuentes de financiación provenientes, así como la optimización de recursos mediante la creación de Fondos de Garantías de forma que el sistema tenga capacidad de respuesta ante eventos financieros de estas entidades.
Capítulo 12	Inspección, Vigilancia y Medidas Anti evasivas	y Anti	Definía el avance en Regulación de las todas las empresas que manejen recursos de la UPC y de sus holdings en lo concerniente al uso de los recursos de la UPC por parte de la Super, medidas para evitar la posición dominante y se aúnan esfuerzos interinstitucionales entre la DIAN, Unidad de Gestión Pensional y de Parafiscales y el Ministerio de Salud para identificar y sancionar a los que no pagan sus aportes al Sistema
Capítulo 13	Otras disposiciones		Definía un periodo de transición de dos años, así como las derogatorias

3. JUSTIFICACIÓN DE LA INICIATIVA

La discusión sobre el avance de Colombia en diversos indicadores de salud pública ha sido compleja por decir poco, se ha caracterizado por ignorar los logros alcanzados y desconocer los avances de un sistema dinámico que constantemente se ve exigido a adaptarse a las crecientes demandas en salud, y preferir plantear la noción de sistema fracasado y en crisis que debe ser reemplazado. Para bien de las justas proporciones, una revisión precisa a la evolución de distintos

datos empíricos a lo largo de estos 30 años permite exponer un sistema con notables logros en salud y materia social, pero con una serie de retos, tareas y promesas inacabadas.

En este sentido, a primera vista y por la cantidad de leyes expedidas solo en este siglo, la adopción de una nueva norma para superar la anterior situación podría considerarse como una reiteración innecesaria, más si se tiene en cuenta que las Leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011, 1791 de 2016 y, recientemente la Ley 1966 de 2019, se han dado a esa tarea, las dos primeras desde un enfoque holístico. Sin embargo, estas reformas han resuelto los problemas del sector en su momento, pero la coyuntura actual nos obliga a definir, ajustar y orientar el funcionamiento del Sistema de Salud, solucionando los problemas actuales y acumulados del Sistema y que en últimas terminan por afectar a las personas y las comunidades, sin perder de vista los avances y ganancias sociales alcanzadas hasta ahora como son la cobertura universal con alta protección financiera.

Este ajuste y orientación del Sistema tiene mayor relevancia si se tiene en cuenta que a lo largo del mundo en los distintos países se está dando un doble proceso. Por un lado, todos y cada uno en sus capacidades está haciendo frente a los efectos del nuevo virus SARS- CoV2 y su impacto sobre la salud y economía de las personas y territorios. Del otro lado, se están dando una serie de debates en torno al rol del Sistema de Salud en la capacidad de respuesta a la crisis, así como los cambios, ajustes, y reformas necesarias para llevar a cabo la nueva visión de Sistema que recoja las lecciones y experiencias que este proceso significó.

Dicho contexto no es ajeno a nuestro país, donde la pandemia develó una serie de falencias latentes y otras coyunturales, que merecen de la atención y enfoque de la institucionalidad y demás sectores concurrentes en la salud, teniendo de presente la búsqueda de soluciones óptimas. Así, el actual contexto nos obliga a mirar en retrospectiva las distintas acciones realizadas por los actores a lo largo de los distintos niveles y escalas del sistema de salud desde que inició la emergencia por el COVID-19, para así identificar cuáles se deben mantener, ajustar, incorporar y eliminar al interior de este Sistema, logrando avanzar en los objetivos de imprimirle valor a su funcionamiento y alcanzar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud por parte de todas las personas residentes de nuestro país.

Evolución y fortalecimiento del esquema de aseguramiento en salud.

En Colombia al igual que los demás países del contexto latinoamericano, durante la última década del siglo XX se llevaron a cabo diferentes iniciativas de reforma a los sistemas de salud. Para ese entonces, el sistema de salud operante, conocido como Sistema Nacional de Salud, se caracterizaba por grupos de riesgo atomizados, poca eficiencia, ausencia de subsidios públicos para los pobres, grandes desembolsos directos de particulares, y una enorme desigualdad, pues la población pobre era la más afectada. (Escobar, Giedion, Giuffrida & Glassman, 2010)

En 1992 alrededor del 80% de la población rural y el 45% de la urbana no estaba cubierta por sistema alguno y dependían únicamente de los servicios prestados por las entidades públicas de salud. Además de esta inequidad en la cobertura, la poca que había se materializaba a través de la prestación de servicios inequitativos, como lo refleja que el 12% de las hospitalizaciones y 20% de las cirugías hechas por el sector público, eran percibidas por el quintil más rico de la población (Zapata, 2012). En este contexto la reforma a la salud de 1993 (Ley 100) apuntó principalmente a dos objetivos: la universalización de la cobertura de sistema y el logro de la equidad en el acceso entre grupos sociales (Ruiz, 2010) mediante unos nuevos arreglos contractuales que alentarían la eficiencia y estimularían la calidad (Londoño y Frenk, 1997 citado en Escobar et al, 2010).

Teniendo de presente las limitaciones que se han presentado en la implementación de este sistema y sus objetivos, que de hecho motivan en parte esta iniciativa, una importante literatura especializada ha hecho referencia a la efectividad de esta reforma sobre el incremento de la cobertura, especialmente para la población más vulnerable, sobre el incremento en el acceso de los servicios y sobre los avances en protección financiera de los hogares y reducción del gasto catastrófico. A su vez, el avance normativo que ha implicado el reconocimiento de la salud como derecho fundamental, la cobertura casi universal por encima del 97% no solo para nacionales sino para residentes, la ampliación de beneficios, el aumento en la oferta en la prestación de servicios y la mejoría de los resultados en salud de la población.

A pesar de lo anterior, persisten serios problemas en la accesibilidad, calidad, oportunidad e integralidad de la atención médica. Barreras para el acceso a procedimientos, especialistas o medicamentos, que pueden ser aún mayores en ciertas regiones, la baja detección del riesgo en el ciudadano y discontinuidad en el paciente, el cual enfrenta un sistema profundamente fragmentado, y la baja tasa de consultas de promoción y prevención en contraste con la mayor tasa de hospitalización en Latinoamérica, dan muestra de las tareas inacabadas y retos a solucionar por parte de la institucionalidad rectora y que son objeto de abordaje por parte de las propuestas definidas en la presente iniciativa legislativa.

Cobertura del aseguramiento.

Para 1991, sólo se reportaban como beneficiarios de la seguridad social a través del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) al 28% de la población (DNP, 2000)¹, mientras que hoy se habla de una cobertura del 97,6%. (Min Salud, 2020)². De igual forma esta cobertura se caracterizaba por enfocarse en la población con mayor capacidad económica, en detrimento de la afiliación de los sectores más vulnerables. Mientras el 47% del quintil poblacional más rico tenía cobertura en salud mientras que solo el 4.3% del quintil más pobre tenía este tipo de protección.

En los primeros años de implementación de la reforma, durante 1993 y 1997 la cobertura del aseguramiento pasó del 20 al 57 por ciento de la población debido a la extensión de la cobertura a los dependientes o grupo familiar de los individuos que cotizaban a una de más de 1000 instituciones de seguridad que existían con anterioridad a 1993; y, el otorgamiento de subsidios a cerca de 7,0 millones de colombianos. (Cespedes Londoño, Jaramillo & Castaño, 2002)³. En contraste, el SNS solo afilió al 18% de los dependientes de sus afiliados.

La afiliación al SGSS se ha incrementado en todos los quintiles de ingreso, pero más intensamente en los quintiles de menor ingreso, en los cuales predomina el régimen subsidiado. Para el año 2008 y tras 15 años de operación del sistema, la cobertura total, llegó al 90% de la población, principalmente por el crecimiento de la afiliación al régimen subsidiado, a partir del año 2003, explicado en gran medida por el aumento en la cobertura de la población sin capacidad de pago, pues en este periodo de tiempo el régimen subsidiado creció 2,8 veces más que el régimen contributivo.

La cobertura también ha sido equitativa, superando la situación en la que se encontraba la población más pobre cincuenta puntos porcentuales más abajo que la del quintil de más altos

¹ DNP. (2000). Gasto Público en Salud 1990-1999. Claudio René Karl. Unidad de Análisis Macroeconómico

² Min Salud (2020). SERIE ANUAL DE AFILIACIÓN A NIVEL NACIONAL 1995-2020(octubre).

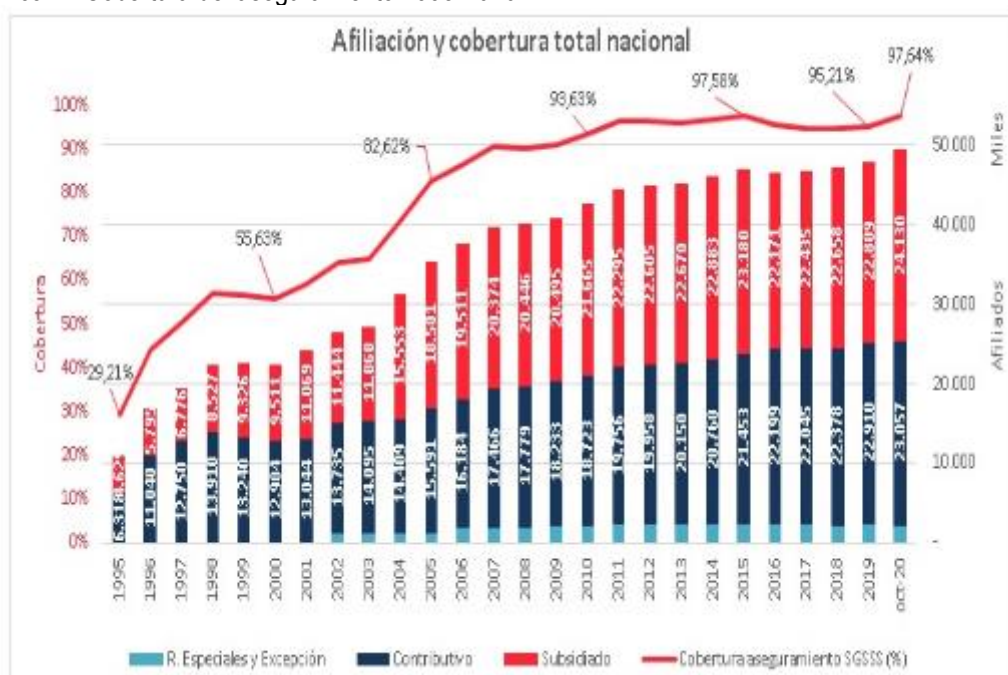
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/serie-departamental-afiliados-contributivo-2005-2016.pdf>

³ Cespedes Londoño, J. Jaramillo I & Castaño, R. (2002). Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia

ingresos en 1995. Tras la implantación del esquema de aseguramiento las brechas de cobertura entre la población con distintos niveles de ingreso se han venido disminuyendo. Para 2004 la cobertura del seguro en el grupo de ingresos más bajo se había multiplicado unas 18 veces respecto del nivel de 1993, mientras que la cobertura en el grupo de ingresos más altos aumentó 1,4 veces. (Giedion, Díaz & Savedoff, 2010). Para el 2016, tanto el 92,6% de la población con menores ingresos como el 91,1% de la población con mayores ingresos contaba con cobertura de afiliación al SGSSS. (Min, Salud 2017)⁴

A su vez ha sido un elemento que ha incidido sobre el cierre de las brechas regionales. En 11 departamentos (Caquetá, La Guajira, Sucre, Amazonas, Nariño, Arauca, Putumayo, Chocó, Guainía, Vaupés y Vichada) que corresponden a su vez a zona rural o alta dispersión y con presencia de grupos de especial protección, más del 80% de la población afiliada es atendida por el régimen subsidiado. (DANE-ECV, 2019)

Gráfico 1. Cobertura del aseguramiento 1995-2020



Fuente. MinSalud, 2020

En últimas se puede evidenciar cómo la cobertura aseguramiento ha venido aumentando en todos los grupos de ingresos desde 1993. Dicha mejora ha sido especialmente pronunciada entre los más pobres y en las regiones menos desarrolladas.

Protección financiera.

La protección financiera en salud implica que, las personas indistintamente de sus condiciones socioeconómicas y políticas puedan obtener los servicios de atención médica que requieren sin experimentar dificultades financieras o comprometer su capacidad adquisitiva. Es tal su importancia en cualquier sistema de salud que ha sido incluido dentro de los Objetivos de Desarrollo Sustentables -ODS-2030-. (OPS, 2020)⁵

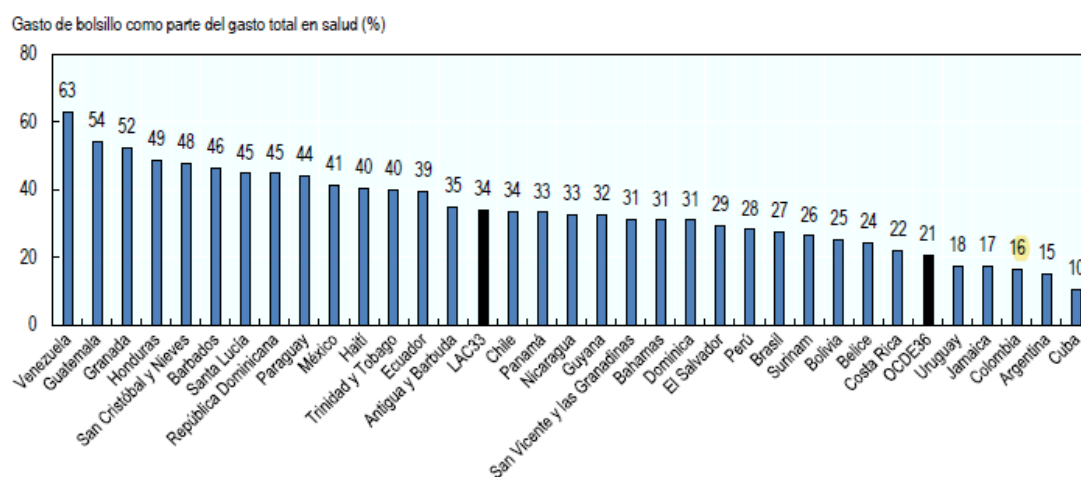
⁴ Ministerio de Salud. (2017). Boletín del Aseguramiento en Salud.

⁵ OPS. (2020). La OPS trabaja con los países para desarrollar capacidades para calcular e informar indicadores de protección financiera para el desarrollo de políticas

Una de las principales barreras para acceder a la atención y servicios de salud surge de los gastos de bolsillo en salud, pues si este gasto sobrepasa cierto umbral del ingreso disponible de los hogares, puede ser un generador potencial de pobreza, adoptando la definición de gasto catastrófico. Un alto nivel de estos gastos es indicador de sistemas de salud débiles, niveles más bajos de cobertura de servicios y, en general, un peor escenario de referencia para enfrentar coyunturas como la pandemia actual. (OCDE, 2020).

Colombia, a pesar de su desigualdad e inequidad histórica, ha logrado reducir dicho gasto a un nivel más que reconocible, pasando de 52% en 1993 a un 16% en la actualidad, valor muy inferior al promedio de Latinoamérica y el Caribe (LAC) donde representa el 34% del gasto total en salud, e incluso muy por debajo del 21% en los países OCDE que contrasta en gran medida con el promedio regional. (OCDE, 2020).

Gráfico 2. Gasto de bolsillo en Colombia, Latinoamérica y promedio OCDE



Fuente: OCDE. (2020). Repositorio Global de Gasto en Salud, OMS 2020;

Con el aumento en la cobertura y alta protección financiera, el país también avanzó en la atención y prestación de servicios de salud. Por ejemplo, en 1993, de las personas que manifestaron haber estado enfermas, el 60 % no asistió a un servicio médico por falta de dinero, a 2016 este porcentaje solo llegaba al 6,7%. (Min Salud, 2017)

Esta mejora ostensible de la protección financiera ha implicado el esfuerzo en la consecución e inversión de recursos por parte del Estado, el cual con el pasar de los años ha venido aumentando, ubicándose en la actualidad en un 7,2% del PIB, inversión superior al promedio regional que para el año 2017 (última medición) alcanzó el 6,6% del PIB. (OCDE, 2020).



Gráfico 3. Gasto en salud como porcentaje del PIB Colombia.

Fuente Min Salud

Ampliación de beneficios.

La ampliación de la cobertura de aseguramiento hizo notable la obtención de beneficios en salud para la población, especialmente para la que se encontraba en condición de pobreza. Independientemente de su capacidad de aporte al Sistema, desde 1993 hasta el 2011, el Sistema se enfocó en la cobertura total de condiciones específicas para dicho régimen y en la cobertura parcial del plan de beneficios. En este sentido se dio la adopción del manual de medicamentos en 1997 y su posterior actualización en 2002, la política de atención integral de patologías de alto costo en 2003 y la aclaración y compilación de los contenidos del POS subsidiado en 2005. Para el 2009 el contenido del POS del régimen subsidiado representaba cerca del 60% del que tenía el régimen contributivo. (Restrepo-Zea, Casas & Espinal, 2018).⁶

Para los años 2011 y 2012, como respuesta las limitaciones de años previos, se dio la unificación para toda la población del Plan de Beneficios (PBS antes POS), primero mediante la unificación plan de beneficios entre mayores de 60 años y luego para la población entre los 18 y 59 años y desde 2017 se definió un listado explícito de exclusiones que implica la cobertura de prestación de servicios y tecnologías estructurados sobre una concepción integral de la salud, independiente de la capacidad de pago del afiliado.

Dicha ampliación de beneficios estuvo acompañada de ajustes en la Unidad de Pago por Capitación del régimen subsidiado, de manera que esta pasó del 56,3% de la UPC contributiva en 2008 al 89,5% en 2018. (Restrepo-Zea, Casas & Espinal, 2018). Para la fecha, el reto del sistema es obtener los recursos que permitan la puesta en marcha de los instrumentos técnicos para la nivelación plena de la UPC, tras una evaluación de los pilotos realizados

Aumentado en la oferta y acceso a servicios de salud.

Para finales de 1993 cuando entraba en vigor la reforma, la prestación de servicios para la población se caracterizaba por la limitada infraestructura para la prestación de los servicios y la discordancia entre la oferta hospitalaria y los subsidios destinados a cubrir estos costos que a su vez no reflejaban las necesidades y demandas de la población. La implantación del aseguramiento ha traído consigo una mayor oferta y acceso a atenciones y procedimientos médicos por medio de la reducción en las barreras socioeconómicas en el acceso y la dotación de infraestructura que limitaban el modelo de salud previo a la reforma.

En términos de acceso a estos servicios, como lo señala *Escobar, et al. (2010)* si bien el esquema normativo definía que los hospitales públicos debían ser gratuitos y dar cobertura a los pobres y a personas sin cobertura de seguro, tan solo el 20% de las admisiones a hospitales públicos correspondía a población situada en el quintil más pobre y el 91% de los pacientes más pobres hospitalizados debía afrontar costos directos.

⁶ Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760?

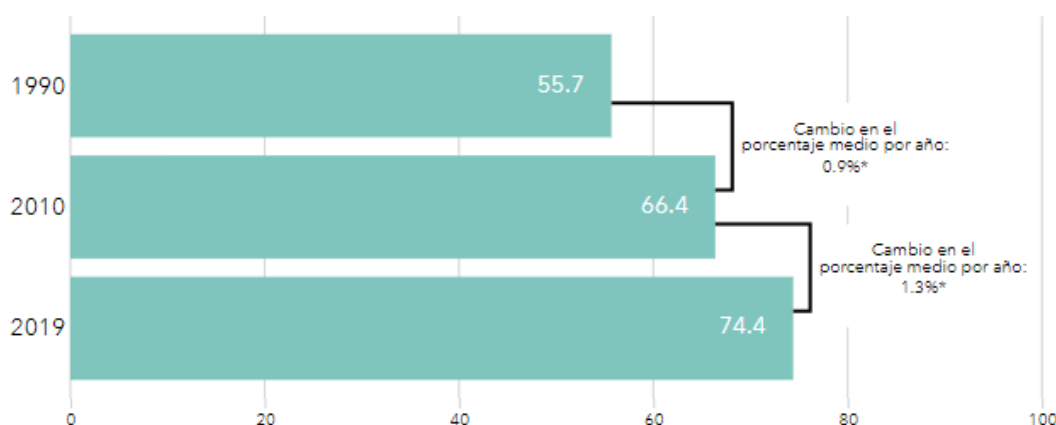
En este sentido, el instrumento de subsidio público era ineficiente y regresivo pues beneficiaba a pacientes con capacidad económica. Casi un 60% de las admisiones a hospitales públicos correspondía a personas de los quintiles cuarto y quinto de ingresos, pero tan solo el 69% de los pacientes con más recursos que estaban hospitalizados realizaba desembolsos directos (Molina et al 1993, citado en Escobar et al. 2010). Así, las principales razones por las cuales la población enferma no accedía a estos servicios era el costo de los servicios y la limitada oferta hospitalaria, pues los primeros niveles de atención en los centros existentes no daban solución a las necesidades de las personas y en los niveles superiores eran rechazados por su capacidad de pago u ocupación.(DNP, 2000).

Para los años previos a la implementación del modelo de aseguramiento social, casi el 35% de los colombianos más pobres no iba ni una vez al médico y casi el 60% de las personas que reportaron una enfermedad que requería consulta en un centro de salud en 1993 no utilizó estos servicios debido a los altos costos que esto implicaba.

Esta situación se ha corregido y a la fecha el 96% de las personas que enferman consultan a través del SGSSS. (Min Salud, 2020) De este total el 66% de las personas considera que es fácil o muy fácil acceder a un servicio de salud, lo que significa un avance en la percepción de acceso a los servicios de salud pues en los últimos 5 años pues en el 2015 solo el 43% lo consideraba.

En este sentido, como lo evidencian distintos estudios y evidencia, Colombia ha presentado importantes avances medibles, tal como lo refleja el índice de cobertura efectiva de la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) que representa la cobertura de servicios para todas las necesidades sanitarias poblacionales y la medida en que esos servicios podrían contribuir a mejorar la salud, que para 1990 llegaba a un 55.7% y para 2019 alcanza el 74,4%

Gráfica 4. Avance en cobertura sanitaria universal CSU



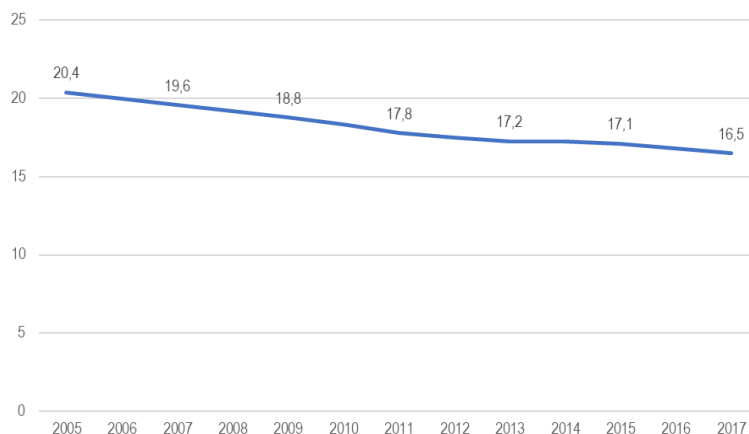
Fuente: IHME. 2020 ¿Qué tan bien proporciona este país o territorio servicios de salud esenciales y eficaces?

Resultados en salud.

Las anteriores secciones demuestran como a lo largo de estos 27 años de implantación del esquema de aseguramiento social en Colombia, ha habido una mejora sistemática en la mayoría de los indicadores de salud pública. En palabras del Banco Mundial (2019)⁷ la Cobertura Universal en Salud está sólidamente arraigada. Los resultados han mejorado en mortalidad materna, mortalidad infantil y tasas de vacunación.

⁷ Banco Mundial. (2019). Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia

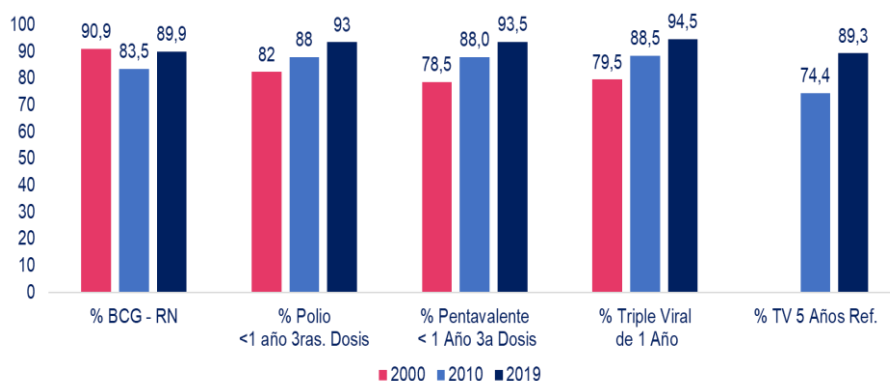
Gráfica 5. Tasa de mortalidad infantil (ajustada) x 1000 N.V.



Fuente: Min Salud. 2020

Además, Colombia ha avanzado en la puesta en marcha del programa de vacunación más extenso de la región con 21 biológicos para 26 eventos inmunoprevenibles, con cobertura que ha ido aumentando desde el año 2000, superando el 90% en varios casos.

Gráfico 6. Cobertura de vacunas trazadoras.



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

El aumento en la cobertura de los programas de vacunación y la mejoría general de las condiciones de vida de las personas han permitido disminuir indicadores trazadores como como es la mortalidad en menores de 5 años por infección respiratoria aguda la cual pasó de 35 niños por cada 100.000 en dicha década a 11,7 en 2019.

Los distintos indicadores trazadores al mirarse de forma completa inciden en uno de los indicadores de la salud del país dado como es la expectativa de vida de las personas. En este sentido Colombia ha venido mejorando de forma importante la expectativa de vida de su población a un ritmo similar al de otros países de la región, eso sin contar con los efectos del conflicto armado sobre los determinantes sociales de la salud.

Gráfico 7. Expectativa de vida al nacer. 1985-2020

PERIODO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
1985-1990	64,65	71,52	67,99
1990-1995	65,34	73,37	69,25
1995-2000	67,07	74,95	70,90
2000-2005	69,00	76,31	72,56
2005-2010	70,67	77,51	74,00
2010-2015	72,07	78,54	75,22
2015-2020	73,08	79,39	76,15

Fuente Dane. (1993, 2020)

Derecho fundamental.

Este es tal vez uno de los aspectos en el que, si bien hay avances notorios y marcos de acción definidos, el camino por recorrer es amplio. Si bien la Constitución de 1991 en su artículo 49 planteó que todos los ciudadanos tienen acceso a los servicios de salud y que es responsabilidad del Estado su provisión, y nunca se habló de un derecho a la salud, la exigibilidad del derecho a los servicios de salud a través de las cortes por mecanismos expeditos para su reclamo como la tutela, sentó las bases para un reconocimiento a través de jurisprudencia en donde la Corte Constitucional estableció el derecho a la salud como un derecho fundamental en conexidad con la vida y la dignidad y por lo tanto tutelable (Lamprea, 2017; Gutiérrez. 2018).⁸

Este protagonismo de la salud como derecho fundamental autónomo se cristalizó en las sentencias C-463 de 2008 y T-760 de 2008, en donde se definió el derecho a la salud como “ la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser”. (Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008)

Los anteriores avances sentaron las bases para que en 2015 se adoptará la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en la que el legislador definió reconoce y regula los elementos esenciales de este derecho fundamental, específicamente, su naturaleza y el alcance de esta garantía, la definición de sistema de salud, las obligaciones del Estado, sus elementos esenciales y sus principios, los derechos y deberes específicos, así como la intersectorialidad. Se consagró así el derecho en sus dimensiones individual y colectiva: como derecho fundamental autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo y como servicio público el cual debe ser prestado de manera oportuna, eficaz y con calidad por parte del Estado. (Defensoría, 2019).

⁸Lamprea. (2017) The Judicialization of health care: A global and comparative perspective. Annual Review of Law and Social Science,

Aumento en las demandas de salud, nuevas dinámicas y necesidades de ajustes y evolución.

Esta combinación de mayor cobertura, menor gasto por parte de la población y la promesa de acceso universal incluida en la Ley 100 de 1993, han tenido como consecuencia que la demanda de servicios haya aumentado de manera significativa, incrementando sustancialmente el acceso a los servicios curativos, y por tanto la exigencia al sistema y sus capacidades, que con el tiempo se tradujeron en fallas en la accesibilidad, continuidad, calidad, equidad y cobertura territorial y en el ámbito del derecho.

Estas fallas se atribuyen, en parte, a la ausencia de una política pública en salud que trabaje sobre los determinantes sociales de la salud junto al compromiso de los sectores diferentes al sector salud, para el logro progresivo de la garantía de dicho derecho; la limitada competencia, el divorcio entre el esquema de aseguramiento, el esquema de prestación de servicios concentrado en la curación, y las funciones de salud pública a cargo de entidades territoriales con muy limitada capacidad de intervención; la no exigencia de una mayor gestión del riesgo clínico y financiero realizada por algunas EPS; la carencia de un modelo de atención integral enfocado en la atención primaria; falencias en la planeación y empleabilidad digna del recurso humano del país; la ausencia de incentivos financieros y no financieros para premiar la calidad de atención en salud y la escasez de fuentes de financiamiento en salud.

Nuestro sistema de aseguramiento social se ha caracterizado entonces por su baja reputación y legitimidad ciudadana, desconfianza entre los actores, intervención limitada sobre los determinantes sociales de la salud y muertes evitables, existencia de barreras administrativas, geográficas y económicas para el acceso a ciertos servicios, escasez y distribución ineficiente del recurso humano en salud y por ver constantemente amenazada su sostenibilidad financiera

Este contexto implica que, tras 27 años de operación del modelo de aseguramiento, las expectativas de los colombianos respecto al Sistema han cambiado, por lo que el sistema de salud debe evolucionar de forma dinámica y superar los problemas que impiden una atención integral en salud con atributos de oportunidad, eficacia y calidad, consolidando una visión de largo plazo del sistema.

Dichos cambios deben partir del reconocimiento de los éxitos alcanzados y lecciones aprendidas en estas casi 3 décadas, de forma que las falencias sean subsanadas de forma estructural y las nuevas expectativas sean realizables. A su vez de recoger los distintos aprendizajes y experiencias que los distintos actores del sector han expuesto como resultados de la pandemia generada por el Covid-19. De alguna forma, las experiencias previas en donde se realizaban diagnósticos estructurales y se discutían sus soluciones, fueron complementadas, reafirmadas y reemplazadas, ante las nuevas problemáticas e instrumentos de respuestas que desde los distintos actores del sistema se les dieron a los retos específicos que este virus significó.

Ajustes transversales necesarios para la evolución del Sistema.

Partiendo de la ponderación entre los alcances y evolución de nuestro sistema de salud y sus retos y tareas pendientes, la alternativa a las propuestas de acabar con lo construido radica en consolidar un esquema sistémico regulado que module los fallos de mercado y provea elementos para estandarizar los procesos de atención, de acuerdo con las definiciones de sistema e integralidad contenidas en la Ley estatutaria de la salud (Ruiz, 2018).

En este sentido se hace necesario primero reconocer el protagonismo de la salud como derecho fundamental autónomo alcanzado con la Ley 1751 de 2015, y desarrollar su concepto de Sistema de Salud tal y como se colige del artículo 4° de dicha norma, mediante una serie de ajustes transversales y generales al sistema y las interacciones que se dan entre sus actores, incorporando a lo largo del sistema elementos mínimos que intervengan en la relación de los aseguradores, prestadores, entidades territoriales y personas, tal como son: un modelo de atención, la gestión integral del riesgo en salud, la planeación integral en salud pública, la interoperabilidad de la información a través de un sistema de información y el ajuste de estas estrategias, mecanismos y procesos, a la visión de las poblaciones en las distintas regiones del país. Estos ajustes transversales van en conjunto con ciertas medidas de ajuste y fortalecimientos específicos al esquema de aseguramiento, la prestación de servicios a través de redes y la operación de las ESE en las regiones, talento humano, mecanismos de transacción, y medidas orientadas a sostener la sostenibilidad financiera del sistema.

Dicha noción de sistema es amplia respecto a los actores que lo componen, y allí, en línea con el artículo 3 de la Ley 1751 de 2015, se extiende la rectoría del sistema y se aborda un aspecto que no se había adecuado en las reformas anteriores, específicamente en las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 al señalar que la norma que se aplica a *“los integrantes del Sistema de salud y demás personas o instituciones que intervengan directa o indirectamente en la garantía del derecho fundamental a la salud”*, ampliando la esfera de la atención y garantía a los sectores distintos al sector salud y abordar de forma precisa e integral los determinantes sociales en salud definidos en el artículo 9 de la mencionada Ley Estatutaria.

Esta interacción entre actores se dará en marco de las funciones esenciales del Sistema como son la rectoría, la salud pública, la prestación de servicios, el aseguramiento, el financiamiento de estos, la gestión de la información para la toma de decisiones y la generación de recursos para la salud, con miras a alcanzar el mantenimiento de la salud, la reducción de las inequidades en salud, el trato digno en la prestación de los servicios y la garantía de la protección financiera, de las poblaciones, es decir desde una noción de integralidad del concepto de salud.

El cumplimiento y alcance de dichas funciones esenciales requiere de la visión y acción articulada de los distintos actores públicos y privados que intervienen de manera directa o indirecta en la garantía del derecho fundamental a la salud, y que necesariamente concurren en una Política Pública en Salud que defina los elementos mínimos del modelo de atención, el esquema de operación del aseguramiento y del de prestación de los servicios a través de redes con capacidad de proveer el Plan de Beneficios a lo largo de las regiones, y la operación del Sistema Interoperable de información que deberá contener la historia clínica electrónica, la información financiera y asistencial, y de contratación de servicios y tecnologías de salud.

De esta manera se reafirma y materializa el artículo 20 de la Ley 1751 de 2015 que consagra el deber estatal de implementar una política social que permita la articulación intersectorial para garantizar los elementos esenciales del derecho e impactar positivamente la salud a partir de los determinantes sociales.

Modelo de atención integral y diferenciado.

La baja implementación de un modelo de atención enfocado en la prevención y el manejo racional de los pacientes en los niveles primarios ha determinado un gasto excesivo en servicios hospitalarios que se han transformado en la puerta de entrada del sistema y desaprovechando la capacidad del sistema de

salud de prevenir y tratar oportunamente a los pacientes, comprometiendo continuidad de los servicios y privilegiando el evento en salud y sus costos como forma de atención.

En efecto mientras sólo 1 de cada 2 colombianos asiste a una consulta de prevención al año, la tasa de hospitalización anual es de cerca del 10%, más del doble de la tasa de hospitalización de México o Brasil (Ruiz y Zapata, 2017), lo que además ha determinado un gasto excesivo en los servicios hospitalarios. Otros datos de resultados evitables nos muestran los impactos negativos resultantes de la ausencia de un modelo enfocado en la atención primaria:

235 por cada 100.000 personas entre los 30 y 70 años mueren por causas evitables (enfermedades isquémicas del corazón, accidentes cerebrovasculares, EPOC y enfermedad renal crónica en aumento). Fuente: EEVV, DANE, IHME.

Solo el 72% de los pacientes hipertensos diagnosticados están controlados. Fuente: Resolución 256 de 2016

Incremento de la Razón de Mortalidad Materna: 6,5% en 2019 en comparación con el 2018. Principalmente por muertes en Cesar, La Guajira, Cundinamarca y Tolima.

Bajas tasas de detección temprana: sólo el 49% de los pacientes con cáncer de mama son detectados en estados tempranos. Coberturas deficientes de tamizaje: inferiores al 47% para el tamizaje de cáncer de mama.

El tiempo promedio de espera entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento en cáncer de cuello uterino es, en promedio, de 70 días.

Incidencia de sífilis congénita en aumento (3,1 x 1.000 n.v; meta: <0,5)

Ocupación subóptima de los niveles de atención hospitalaria, donde el primer nivel de atención no alcanza el 40%, mientras que los otros niveles superan el 78%, teniendo el segundo nivel una ocupación por encima de 97% y 91% el tercer nivel, en el período 2007 – 2012. (Ministerio de Salud, 2016).

En este sentido, la propuesta apunta a definir un modelo de atención que orienta el sistema hacia la prevención, promoción y mantenimiento de la salud, cerca al lugar de residencia, trabajo o recreación, a cargo de un prestador primario que le asignará a cada persona y su grupo familiar, un especialista en medicina familiar o un médico con enfoque de salud familiar y comunitario, de su libre elección, que apoyado por un Equipo Multidisciplinario de Salud (EMS) con capacidad resolutive superior al 70%, capacitados para atender la gran mayoría de los pacientes con diabetes, integrando la prevención a un costo mucho menor con mayor oportunidad y continuidad en la atención.

Este modelo ha sido propuesto como un sistema moderno en Inglaterra, Holanda y Canadá, con resultados excelentes. (Ruiz, 2018, p. 13).⁹ y busca garantizar una atención en salud con equidad, centrada en las personas, con estándares de oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad e incorporando las necesidades propias de cada territorio. A su vez favorece al

⁹ Ruiz, Fernando, Zapata, Teana, Garavito, Liz. 2013. "Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003–2008." *Pan American Journal of Public Health* 33 (2):107–15.

Ruiz, Fernando, Zapata, Teana. 2015. La equidad en salud para Colombia, Brechas internacionales y territoriales. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/equidad-en-salud-para-colombia.pdf>

mejoramiento de la prestación del servicio al usuario y a la sostenibilidad del sistema pues al brindar una asistencia primaria integral desde el primer nivel, descongestiona los otros niveles de complejidad que son saturados por los usuarios al no encontrar solución a su problema en el primer nivel de atención.

Planeación integral de la salud pública.

En Colombia el abordaje a la salud pública se ha realizado desde una visión exclusiva del sector salud, lo que ha limitado la resolución de problemas en salud más allá de lo prestacional y reducido el flujo compartido de recursos, saberes y experiencias de los demás sectores. Esto ha generado que la búsqueda de soluciones integrales en las distintas políticas públicas del sector salud, y los demás sectores donde se puede y debe incorporar el enfoque de “salud en todas las políticas” planteando por la OMS en la Declaración de Adelaida de 2010, tal como esta pandemia nos ha evidenciado que si se puede hacer.

A esto se le suma que las condiciones históricas del desarrollo regional han generado una heterogeneidad entre las capacidades territoriales de las diferentes entidades territoriales en materia de planeación y ejecución de intervenciones colectivas oportunas y costo-efectivas (Vecino, Puerto, Lucumí & Mosquera, 2020)¹⁰ lo que en conjunto ha impactado de forma problemática en la articulación de los distintos actores intervinientes -directa o indirectamente- en el goce el derecho fundamental a la salud, en torno a metas y soluciones comunes.

Un ejemplo de esta ausencia de coordinación entre las acciones de los diferentes agentes sectoriales e intersectoriales que intervienen directa o indirectamente en la garantía del derecho fundamental a la salud, es que las 10 causas principales del número total de muertes en 2019 (con cambio en el porcentaje entre 2009 y 2019), están relacionados con intervenciones y decisiones que rara vez pueden ser implementadas por el sector salud y usualmente el manejo de estas problemáticas depende directamente del sistema de salud cuando la enfermedad se encuentra en estado avanzado. En síntesis, el sistema de salud se ha convertido en un receptor de personas con afectaciones cuyo origen está en factores de riesgo en los que otros sectores tienen mayor incidencia.

Gráfico 8. Las 10 causas principales del número total de muertes en 2019 y cambio en el porcentaje entre 2009 y 2019, para todas las edades mixtas.

10



Fuente: IHME. ¿Qué causa la mayoría de las muertes?

Lo anterior se refleja en indicadores como:

Alta mortalidad por accidente de tránsito → 14,53 x 100.000

Prevalencia de exceso de peso alta → viene con un incremento de un punto porcentual apróx. en cada año desde 2005 para adultos y escolares (prevalencia 2015: 56,4% en adultos; 17% en adolescentes, 24% en escolares y 7% en niños).

Tal como se evidenció con anterioridad, por su limitado rol en otros sectores, el sector salud no puede desarrollar intervenciones de salud pública comprehensivas. Esto pone de presente la necesidad de ubicar a la salud pública como función y objetivo central del sistema, por medio de mecanismos e instrumentos de planeación y gestión de la salud pública a nivel colectivo e individual, integrando tanto las metas nacionales con las necesidades y objetivos en los territorios, los objetivos del sector salud con los de los demás sectores concurrentes en los determinantes sociales de la salud y el fortalecimiento de las capacidades técnicas de los entes territoriales.

Como respuesta a esta heterogeneidad de capacidades regionales y la ausencia de articulación sectorial y nación-territorio, surge la planeación integral en salud pública desde el ente rector que es el Ministerio de Salud y Protección Social a través del Plan Decenal de Salud Pública, desde donde que definirá todas las acciones y metas en salud, a nivel nacional y territorial, tanto para el sistema de salud, como para los demás sectores que intervienen en la atención y goce efectivo del derecho a salud así como sus determinantes sociales.

Este instrumento de planeación en salud pública se coordinará a nivel nacional mediante la Comisión Intersectorial de Salud Pública, creada por la Ley 1438 de 2011, quien articulará los sectores y las actividades y metas que intervengan en los determinantes sociales en salud en concordancia con los lineamientos del PDSP, y se integrará con el nivel territorial mediante los actuales Planes Territorial de Salud (PTS) que se coordinarán con los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, quienes se articulan en la Comisión Intersectorial del nivel nacional.

Un rol más activo en la toma de decisiones de política pública en conjunto con los distintos sectores involucrados en la salud a través del Plan Decenal de Salud Pública y la Comisión Interinstitucional de Salud Pública, puede tener un impacto significativo los resultados en salud de las poblaciones,

la equidad en salud y reducir en el largo plazo los costos económicos y de capital humano que significan las fallidas y reiteradas acciones de salud pública no efectivas. (OMS, 2014)¹¹

Es importante que estos instrumentos cuenten con mecanismo de evaluación y seguimiento permanente, con base en lo cual se genera la información, los indicadores y las alertas necesarias, a manera de un tablero de mando permanente del sistema de salud. Por lo anterior se crea y desarrolla un Sistema de Evaluación continua Nacional y Territorial, que articula desde un enfoque de planeación, las acciones, metas, resultados y evaluaciones a desarrollar por parte de la Nación y los Entes Territoriales en sinergia con los actores privados que concurren en los determinantes sociales de la salud, corrigiendo a su vez la dispersión normativa de las Leyes 1122 de 2006 y 1438 de 2011.

Integralidad en la gestión del riesgo.

La desarticulación de los actores es un limitante a superar en la integralidad en la gestión del riesgo, siendo una característica de la relación entre los agentes que tienen la responsabilidad de gestionar la salud como son los aseguradores, las Entidades Territoriales y las personas, que termina por afectar el marco de acción por medio de la descoordinación y desconfianza mutua. Se evidencia entonces la necesidad de instrumentos y mecanismos que permitan definir adecuadamente los roles y competencias de cada actor y que el cumplimiento de estos tenga como fin último el logro de resultados en salud y el bienestar de las personas, poblaciones y comunidades.

En este sentido se propone la gestión integral del riesgo como estrategia que permite identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, por medio de la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores con la visión de lograr de resultados en salud y bienestar en las poblaciones.

Esta gestión integral del riesgo se desarrolla desde un modelo de atención enfocado en la prevención y el manejo racional de los pacientes en los niveles primarios, la salud individual, familiar y comunitaria y que se centre en las personas, sus cursos de vida e interacciones con los lugares donde viven trabajan o se recrean, con estándares de oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad e incorporando las necesidades propias de cada territorio

En términos de competencias, la Nación y las Entidades Territoriales serán las responsables del riesgo colectivo en coordinación con las AS y los prestadores, y de articular y coordinar estas acciones con las intervenciones para el manejo del riesgo individual. que son responsabilidad de las aseguradoras, las Administradoras de Riesgos Laborales -ARL, los prestadores y la población.

Por su parte los aseguradores son los responsables del riesgo individual, a través de los diferentes prestadores de servicios de salud de su red, responsables del seguimiento, búsqueda activa, educación y reforzamiento en riesgos de sus afiliados. Así mismo las Administradoras de Riesgos Laborales deberán coordinar las acciones relacionados con los riesgos laborales de sus afiliados, con las aseguradoras a la cual se encuentren estos afiliados. Por último, las personas y comunidades tendrán la responsabilidad de su autocuidado, la adherencia al tratamiento y el cumplimiento de citas; lo cual se incentivará y promocionará con medidas de estímulo.

¹¹ OMS. (2014) Helsinki Statement Framework for Country Action

En términos operativos cada asegurador deberá ser capaz de monitorear el riesgo de los pacientes a nivel individual, identificando riesgos individuales, hacer seguimiento de intervenciones y sus efectos, así como para el seguimiento de pacientes, identificar su adherencia al tratamiento, así como la evaluación de la calidad y oportunidad en la atención por parte de los prestadores primarios y complementarios. Dichos sistemas de información y monitoreo del riesgo individual de los pacientes deberán estar integrados en el marco del Sistema Único Interoperable.

Regionalización del aseguramiento.

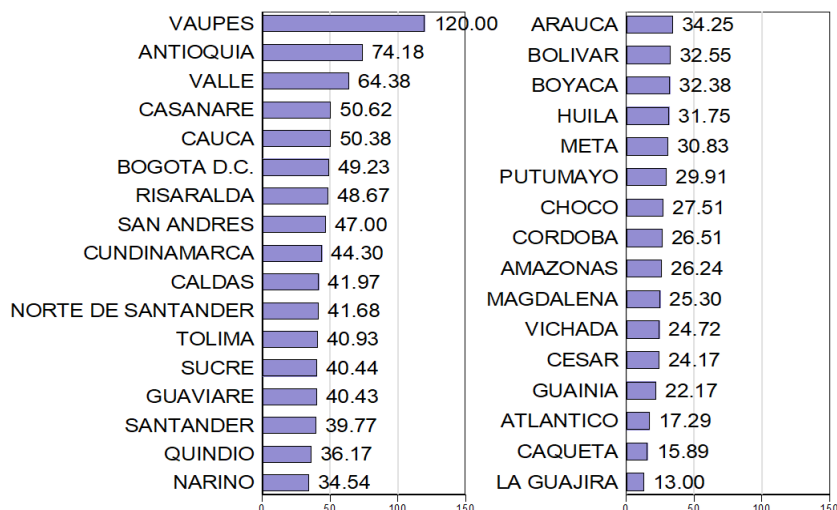
La regionalización del aseguramiento, la prestación de servicios, la salud pública, y demás elementos del Sistema de Salud, se da en respuesta a que Colombia presenta uno de los niveles más altos de desigualdad regional en el PIB per cápita de entre los países de ingreso medio y alto y estas desigualdades afectan precisamente a los grupos más desfavorecidos (OCDE, 2019). y sujetos de especial protección a las que hace referencia la Ley Estatutaria en Salud en su artículo 11.

Las minorías étnicas y a las personas desplazadas por el conflicto, que se concentran de manera desproporcionada en las zonas rurales, el acceso a la educación y servicios públicos de calidad también es desigual entre las distintas regiones y grupos socioeconómicos, y en la actualidad, el creciente flujo de inmigración procedente de Venezuela que afecta principalmente a las regiones nor-occidentales del país (OCDE, 2019) son elementos que hace necesario un abordaje diferenciado de los problemas en salud a lo largo del territorio.

Tal como se dijo, las condiciones históricas del desarrollo regional han generado una heterogeneidad entre las capacidades territoriales de las diferentes autoridades locales en materia de planeación y ejecución de intervenciones en salud pública oportunas y costo-efectivas. A esto se le suma la capacidad dominante que adquiere el asegurador e incluso algunos prestadores en algunos territorios, lo que ha desvinculado la gestión de la salud individual con la gestión de riesgos colectivos.

En este sentido, uno de los retos del Modelo de Atención Primaria con enfoque territorial y familiar a través de redes, es la adecuación de la oferta de servicios en las zonas de alta ruralidad, en donde la mayor parte de los proveedores son públicos y tienen muy bajo nivel resolutivo. Allí, donde se dan inequidades en la cobertura y acceso o los tiempos promedio de espera para asignación de cita con especialista son tan disímiles como los que hay entre Vaupés y sus 120 días vs Atlántico 17 y sus días. (Min Salud, 2020).

Gráfico 9. Tiempos promedio de espera para asignación de cita con especialistas



Fuente: Ministerio de Salud. Encuesta de la evaluación de los servicios de salud por parte de los usuarios 2019.

En estas zonas territoriales alejadas o de alta dispersión geográfica de la población, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, se deben implantar modelos diferenciados de aseguramiento con un único asegurador. Se propone implantar zonas o áreas especiales de aseguramiento en las que, de acuerdo con una caracterización previa del Ministerio de Salud, se integren áreas de confluencia departamental, afinidad demográfica y/o de necesidades en salud, de forma tal que se cree una red única intraterritorial que garantice la integralidad de la atención.

La experiencia de Guainía trae resultados alentadores. Cuando comenzó a implementarse el MIAS, 2 de cada 10 habitantes tenían acceso a una consulta al año en salud, hoy es 6 por cada 10 y aumentó capacidad resolutoria y disminuyeron las remisiones totales de 956 en 2014, 648 en 2015, a 480 tras un año del MIAS y un 45% de las remisiones se resolvieron en Inírida. (DNP, 2017)¹²

La instalación y aplicación efectiva del Modelo de Atención Primaria con enfoque territorial y familiar a través de redes, además de solucionar algunos problemas de atención a los usuarios, puede ser también útil en el objetivo de alcanzar la sostenibilidad financiera del sistema. Un estudio de la OECD para la Comisión Europea analizó el crecimiento esperado del gasto en salud para los países miembros, y simulando el efecto de una mejora en la salud de la población, encuentra que un incremento del 50% en la proporción de años que las personas pasan en buen estado de salud, reduce el gasto en salud en 2 puntos porcentuales del PIB.

Es decir, si el Modelo de Atención Primaria con enfoque territorial y familiar logra que los usuarios pasen la mitad del tiempo enfermedad y discapacidad, se podría contar con ingresos adicionales equivalentes por lo menos a un punto del PIB y hasta dos, logrando hacer frente a la absorción tecnológica y cambios poblacionales. De hecho, la aplicación de este tipo de modelos de atención tiene el potencial de reducir las solicitudes por servicios incluidos en el Plan de Beneficios por vía

¹² DNP. Evaluación de procesos y resultados de la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) en el Guainía https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Evaluacion_Modelo_Integral_Atencion_Salud_MIAS_Guainia%20_informe.pdf

judicial, puesto que al mejor la continuidad y oportunidad del servicio, los ciudadanos ya no deben recurrir a la tutela (Gutiérrez, 2018, p. 18-19).

Ajustes específicos: Fortalecimiento del aseguramiento, prestación de servicios integrales e integrados, talento humano suficiente y resolutivo, transaccionalidad, sostenibilidad y otras disposiciones.

Los ajustes transversales al sistema van acompañados de una serie de ajustes específicos al esquema de aseguramiento que permita recuperar el rol asegurador y sus actividades de gestión individual y poblacional, la prestación de los servicios y sus problemas de calidad en la atención y fragmentación mediante las redes integrales e integradas en salud, la toma de decisiones en torno a la planificación, gestión y formación del THS, y la definición de mecanismos y su instrumentalización que permitan optimizar y hacer transparente las transacciones entre los actores de forma que se alcancen resultados en salud y bienestar poblacional en un marco de sostenibilidad financiera.

Fortalecimiento del aseguramiento y recuperación del rol de gestor del riesgo individual y poblacional.

Los aseguradores (EAPB-EPS) responden por el riesgo de salud de las personas y su consecuente riesgo financiero soportados en una prima regulada (Unidad de pago por capitación) y modulan los precios de los servicios a través de la posibilidad de conformación de redes de prestadores a los cuales pueden contratar de manera selectiva. Las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) atienden a los usuarios de acuerdo con el portafolio de servicios y beneficios, regulado mediante un Plan Obligatorio de Servicios de Salud (POS).

El sistema se planteó como un esquema descentralizado, en el que la competencia entre los diferentes agentes que lo conforman estaría dada por la calidad que como aseguradoras se brindará a los usuarios. Sin embargo, al establecerse una regulación unilateral por el gobierno al POS (producto) y de la UPC (valor), se ha configurado un asegurador (EPS) que recibe una prima calculada exógenamente y actúa principalmente en el mercado de aseguramiento, por un lado, aumentando su volumen de afiliados para distribuir el riesgo en su población y por otro lado negociando los contratos y precios que reconoce a los hospitales, en lugar de concentrarse de la gestión de riesgo en salud de la población. (Ruiz, 2018, p.9).¹³

Una revisión de bibliografía especializada y el análisis propio del desempeño histórico del sector permite plantear dos grandes fallas regulatorias y de rectoría del sistema que han afectado sobre la prestación de servicios y sostenibilidad del sistema

1. Flexibilidad en los requisitos de habilitación.
2. Reconocimiento fijo de la UPC a las EPS y ausencia de competencia.

Aunque las UPC recibidas por las EPS se ajustan (imperfectamente) a los riesgos de los individuos, están calculadas sobre la base de una calidad promedio ofrecida por las EPS, lo que conlleva a que haya una situación de subsidios cruzados (no deseable) entre las EPS que ofrecen una mejor calidad hacia las EPS que ofrecen una calidad baja de tal forma. Así, los resultados

¹³ Ruiz.F (2018). Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). En Agenda de Salud 2018. Vecino. A. (ed). Universidad de los Andes.

económicos dependen mucho menos de la calidad ofrecida a sus usuarios respectivos y más control de gasto (Bardey, 2015)¹⁴.

Esta eventualidad ha ocasionado un modelo de aseguramiento social con muy limitada competencia (Ruiz, 2018)¹⁵ y por el otro, el divorcio entre el esquema de aseguramiento, el esquema de prestación de servicios concentrado en la curación, y las funciones de salud pública a cargo de entidades territoriales con muy limitada capacidad de intervención.

Por otro lado, la no exigencia de procesos de habilitación técnica, ni financiera en el aseguramiento derivó en la proliferación de aseguradores (más de 40) con muy pequeñas o dispersas poblaciones afiliadas, prácticamente sin reservas técnicas y como resultado con siniestralidades muy altas que en muchos casos exceden el 100% de la UPC (Ruiz & Uprimny 2011)¹⁶. Así, las EPS, principales actores del SGSSS han proliferado en el Sistema de Seguridad Social con bastantes cuestionamientos y críticas hacia su papel.

En la actualidad asistimos a la cifra preocupante de que la mitad de los 38 aseguradores que funcionan a la fecha en el Sistema se encuentran bajo algún tipo de medida de la Superintendencia Nacional de Salud. (Superintendencia Nacional de Salud, 2019)¹⁷

Sin embargo, esta dinámica no es nueva y en los últimos años se observa que el número de EPS ha estado entre las 40 y 50 y casi siempre más de la mitad, tienen serias falencias. La tendencia que se observa es que o estas empresas si bien se mantienen en el modelo de aseguramiento o el porcentaje de retiro del sistema es poca.

Se observa un sistema estático y la depuración que traería la competencia propia de la regulación con base en el modelo pluralista estructurado de la Ley 100 de 1993 poco se ha dado. Es preciso reconocer el rol de las entonces autoridades encargadas quienes fueron laxas ante la operación deficitaria de la mayoría de estas entidades por muchos años, sin aplicar la ley en plenitud ante la evidencia de inviabilidad e insolvencia, lo que hubiera ameritado el cierre de un mayor número de EPS o la suspensión de sus actividades y reubicación de usuarios. Se terminaron heredando enormes pérdidas financieras para proveedores, trabajadores, profesionales, etc. Son varias las EPS en liquidación en la actualidad y las pérdidas financieras que han dejado, incalculables, en especial en aquellas en donde la intervención de la SNS fue tardía. (Ruiz, 2018, p.68-69).

En este sentido, frente a la existencia de muchos aseguradores surge la propuesta de depurar y circunscribir la operación de los aseguradores en regiones y definir sus poblaciones, de forma que en el sistema se acerque a la persona desde una perspectiva regional y las personas vean representado su rol en el sistema, mejorando las posibilidades de acceso, así como dando herramientas para su evaluación.

Un análisis realizado por Frank & Lamiraud, (2009)¹⁸ respecto al comportamiento de los consumidores y aseguradores en áreas determinadas, sugirió que consumidores que pueden

¹⁴ Bardey. (2015). Pagos por desempeño en el sistema de salud colombiano. Revista Monitor Estratégico. Ministerio de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/pago-por-desempeno-sistema-salud.pdf>

¹⁵ Restrepo, D. & Lopez, L. (2012). La unidad de pago por capitación: 17 años en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30(3): 291-299

¹⁶ Ruiz, Fernando, Uprimny, Miguel. 2012. "Sistema de Salud y Aseguramiento Social: entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio." ECOE Editores. Bogotá.

¹⁷ Respuesta proposición #3 Legislatura 2019-2020. Congreso de la República

¹⁸ Frank RG, Lamiraud K. Choice, price competition and complexity in markets for health insurance. Journal of Economic Behavior & Organization 2009;71(2):550–62.

elegir entre 30 y 70 aseguradoras por unidad geográfica de escala regional, están menos dispuestos a cambiar de aseguradora si aumenta el número de aseguradoras (*ceteris paribus*), por lo que reducir el tamaño del conjunto de opciones, de forma que se incentive la elección de las personas, podría aumentar la competencia de precios entre las aseguradoras y por tanto su calidad. A su vez algunos autores han propuesto evidencia que sugiere que más opciones, en comparación con menos opciones, pueden hacer que los consumidores estén menos satisfechos y más arrepentidos, lo que resulta en evitar cualquier decisión de elección. (Lyengar y Lepper, 2000)¹⁹.

Para el caso del Sistema de Salud colombiano, al usuario no tener los elementos suficientes para evaluar la calidad de la atención recibida, y no diferenciar entre los distintos aseguradores, estos últimos no verán incentivos para ofrecerla, más aún si el pago recibido, en este caso UPC, se hace por afiliado independientemente de su estado de salud.

Prestación de servicios de salud y Redes integradas e integrales.

En la actualidad las personas se ven expuestas ante el sistema en la búsqueda de su atención y tratamiento, viéndose desprotegidos ante las barreras socioeconómicas y distintas limitaciones administrativas que tanto el asegurador como el prestador interponen como forma de reducir sus pérdidas y aumentar sus ganancias.

Algunas cifras del Ministerio de Salud (2020) indican que solo el 57% de los afiliados considera que son fáciles y ágiles los trámites para acceder a un servicio y solo el 58% considera que tiene una información adecuada sobre cómo acceder al servicio.

El modelo de atención primaria para su funcionamiento óptimo implica el establecimiento de las Redes Integradas de Servicios, las cuales pueden contribuir de manera sustancial a reducir el uso de los servicios de emergencia como puerta de entrada al sistema, reduciendo las hospitalizaciones evitables, y previniendo la aparición de enfermedades crónicas y sus complicaciones. (Gutiérrez, 2018 p. 10). En este sentido, para superar la fragmentación de servicios y barreras en la atención y su continuidad que han significado vulneraciones al mandato expreso del Artículo 14 de la Ley 1751 de 2015 respecto a la prohibición de la negación de prestación de servicios, se propone la operativización de los modelos de atención integrales y diferenciados por territorios a través de la constitución de las redes integrales e integradas de servicios para la atención, que responde a las necesidades en salud de la personas, familias y comunidades, de acuerdo con las condiciones propias de cada región y territorio.

En este modelo como puerta de acceso al sistema se ubica el Prestador Primario, encargado de promover la salud individual, mitigar los riesgos en salud de la población, atender y resolver la mayor parte de las enfermedades, y concertar y concurrir en modelos de atención primaria extramural. Este prestador primario se encuentra integrado en una Red Integral de Servicios de Salud definida en la que los prestadores complementarios, través del sistema de referencia y contrarreferencia, estarán en la capacidad de atender el manejo de enfermedades y condiciones que requieran aporte continuo de media y alta complejidad, ambulatorio, de internación y ejecución de procedimientos quirúrgicos.

Teniendo en cuenta los episodios en salud y enfermedades catastróficas, toda red contará con Centros de Excelencia, como prestadores complementarios independientes o subredes de

¹⁹ Lyengar SS, Lepper MR. When choice is demotivating: can one desire too much of a good thing? *Journal of Personality and Social Psychology* 2000;79(6):995–1006.

atención que se caracterizan por su capacidad de integrar la asistencia, investigación y docencia alrededor de la enfermedad o conjuntos de enfermedades que requieran de alto aporte en tecnología y especialización médica.

Las redes integradas de servicios vienen operando con relativa novedad en el Sistema de Salud Colombiano. De acuerdo con la Resolución 1441 de 2016 las RIPS son el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido(...)con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario (...) que busca garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud." (Min Salud, 2016).

No obstante algunas limitaciones se han observado en el proceso de habilitación de las RIPSS se encuentra consignado en la Resolución 1441 de 2016 y establece que las EPS deben realizar una autoevaluación a partir de los estándares y el manual de habilitación para que después de hecha la autoevaluación, la Entidad Departamental o Distrital de Salud, en un término de sesenta (60) días, analice y verifique el cumplimiento de los estándares y criterios de entrada para habilitación, dando así su visto bueno ante Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud.

A primera vista se observa que son las EPS quienes desde la autoevaluación y propuesta de RIPSS, son quienes terminan decidiendo que ofertar en términos de salud para la población y el ente territorial adquiere un papel de verificador. Incluso la propia Resolución 1441 de 2016 en su artículo 9 faculta a la Supersalud a habilitar la RIPSS en caso de discordia entre la EPS y el ente territorial.

Frente a esto y enmarcado gestión integral del riesgo en salud y la planeación integral de la salud pública, se busca que el proceso de habilitación de las redes se caracterice por ser el Ministerio de Salud y Protección Social quien habilitará las redes de prestación de servicios de forma corresponsable con las respectivas entidades territoriales que conforman cada una de las regiones definidas en la presente ley y se sustentará en la situación de salud del territorio según el Análisis de Situación de Salud (ASIS) del territorio, la caracterización propia de las aseguradoras y las prioridades del Plan Territorial de Salud.

De esta forma se busca mejorar las condiciones de salud de la población a través de acciones articuladas y coordinadas entre los agentes del sistema y la población, bajo el liderazgo del departamento o del distrito como instancia rectora a nivel regional capaz de identificar prioridades operativizar acuerdos interinstitucionales y comunitarios.

Talento humano suficiente y resolutivo.

Independiente del modelo de organización y funcionamiento de los sistemas de salud, el talento humano es el pilar de este, pues, es través de su acción que se garantiza el acceso y calidad del servicio y se materializa el derecho a la salud. (Ministerio de Salud, 2013). Es tal la importancia de este sector, que la demanda y la oferta de trabajadores sanitarios han aumentado con el tiempo en todos los países de la OCDE, con puestos de trabajo en el sector de la salud y la contabilidad social en 2014 para más del 10% del empleo total en la mayoría de los países que para entonces eran miembros de dicha organización. (OCDE, 2019).

Sin embargo, la planeación, formación y empleabilidad en condiciones dignas de este recurso humano es uno de los principales retos al interior de todos los sistemas de salud. De acuerdo con

el “Proyecto de estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030” de la Organización Mundial de la Salud, para mantener e impulsar la meta de la cobertura sanitaria universal hay un déficit de personal sanitario de casi 18 millones de profesionales de la salud, principalmente en los países de ingresos bajos y medianos-bajos. (OMS, 2016).

En Colombia, varios estudios han señalado un déficit en gran parte de los recursos humanos en salud, especialmente en las especialidades médicas (Cendex, 2013; Observatorio de Talento Humano en Salud, 2018). Al comparar con la experiencia internacional, de acuerdo con datos del Banco Mundial (9) se observa el retraso de Colombia en materia de talento humano. En nuestro país, por cada 1000 habitantes hay 1,47 médicos, mientras que en países como Cuba (7,5), Alemania (4,12), Argentina (4,03), España (3,8), Estados Unidos (2,5) y México (2,5), esta proporción es mayor.

Fallas en la regulación de la educación superior, inequidades en el acceso a las residencias médicas, poca oferta de plazas laborales, y condiciones de trabajo poco dignas, son factores críticos que derivan en mayores problemas en la calidad, oportunidad y continuidad de los servicios de salud. Como lo reveló recientemente el Colegio Médico Colombiano (CMC) el Talento Humano en Salud ha visto mermadas sus condiciones laborales de forma estructural, lo que ha generado efectos directos sobre su salud como el “burnout” o el síndrome del quemado y se refleja en un nivel alto de estrés vinculado al trabajo. La mayor parte de las veces se da por exceso de horas laborando, sumado al poco descanso que termina en desgaste físico y mental.

De otro lado, la configuración del sistema afecta la relación con el paciente, sus necesidades en salud, y de paso la autopercepción funcional del médico. Un documento del CENDEX publicado en el 2012 incluye un estudio de satisfacción de médicos generales y especialistas y reporta que los primeros tienen 30% de capacidad resolutive y los segundos, 66%.

La capacidad resolutive de los médicos generales colombianos, y con ello la capacidad formadora de las facultades de medicina del país, está seriamente cuestionada. Ya es común que en diferentes foros e instituciones como el gobierno, la academia, sociedades científicas y más aún, la comunidad en general, se cuestione la calidad del médico general. (Ascofame, 2016).

Disponibilidad de Especialidades y su distribución sobre los territorios.

Las limitaciones laborales y prestacionales de los médicos se ve exacerbado en la frustración de no poder acceder a una especialidad que le permita no solo prestar una atención más precisa sino también mejorar sus condiciones financieras. Para 2015, la tasa de crecimiento de las especialidades era menor que la tasa de egreso de médicos generales, la cual llega a los 5.000 por año en comparación con el crecimiento limitado de las residencias, que solo llega a los 1.800 cupos para las diversas especialidades médicas o quirúrgicas.

De acuerdo con datos de Ascofame hay una relación de casi 3 o 4 médicos generales que se gradúan anualmente frente a los que se gradúan de especialista. El resultado es que en el Sistema de Salud haya una gran cantidad de médicos generales con baja capacidad resolutive que genera un volumen elevado de consultas a pocos médicos especialistas. Lo que refleja como en Colombia no se ha podido consolidar un sistema de residencias médicas acorde con las necesidades e intereses de los distintos actores implicados.

Según el último informe del Observatorio de Talento Humano, se observa un déficit de 16.000 especialistas que corresponden a 4743 médicos especialistas de ramas quirúrgicas, 10552 a especializaciones médicas y 266 a las diagnósticas. Esta insuficiencia de especialistas en Colombia también se puede evidenciar en aspectos como la percepción por parte de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). De acuerdo con el informe Cendex (4) un alto porcentaje de Instituciones Prestadoras de Salud (55,6%) afirmó que la planta de especialistas se encontraba incompleta, y 41,3% señaló haber tenido que cerrar o suspender algún servicio en los últimos cinco años debido a no tener el personal especializado. En este punto según los directivos de las IPS las razones de la falta de especialistas son:

1. Poca formación de médicos especialistas (73%),
2. Insuficiencia de cupos para especializarse (60%),
3. Bajos salarios ofrecidos a los especialistas (34%),
4. Control de los propios especialistas sobre el número de egresados (32%),
5. Falta de incentivos para especializarse (23%) y
6. Falta de gusto por la ciudad (13%).

Con este contexto de presente queda claro que para el funcionamiento adecuado del Sistema de Salud se requiere reorientar los programas de formación en conjunto con el sector educativo, democratizar el acceso a los cupos, medir la calidad promedio de nuestros médicos generales y generar programas de formación continua y actualización de competencias.

En este sentido, en el marco de la propuesta de un modelo de atención primario que orienta el sistema hacia la prevención, se incrementa la capacidad de resolución del nivel básico de servicios por medio de un esquema regulado de atención por equipos de talento humano bajo el liderazgo de un médico con formación en medicina familiar. Estos Médicos familiares adecuadamente entrenados con acceso a otros profesionales de la salud y equipos de telemedicina, estarían capacitados para atender la gran mayoría de los pacientes con diabetes, así como más del 70% de las patologías, integrando la prevención a un costo mucho menor con mayor oportunidad y continuidad en la atención. Este modelo ha sido propuesto como un sistema moderno y ha sido aplicado en Inglaterra, Holanda y Canadá, con resultados excelentes. (Ruiz & Zapata, 2018, p. 13)

Lo anterior implica un necesario acuerdo entre Estado, IES y centros formativos, en que se revisen los programas y currículos de los posgrados que se ofrezcan y se determine la cantidad mínima de los cupos de posgrado que deberían ofertar las IES e instituciones con las cuales se establezcan los convenios de docencia-servicio. En este aspecto lo que se busca es ofrecer incentivos para el establecimiento de compromisos de formación de especialistas de acuerdo con los resultados Sistema de información para la gestión, planificación y formación del Talento Humano en Salud, y las necesidades identificadas a nivel nacional y territorial.

Mecanismos de pago en función de resultados en salud y calidad en la atención.

Como se ha venido planteando muchos de los problemas radican en la forma en que se ha venido desarrollando las relaciones y transacciones entre las EPS e IPS, donde la competencia ha sido limitada y los incentivos hacia la calidad son reducidos por la inclinación de los diferentes actores hacia la competencia por las rentas derivadas de la UPC, lo cual se traduce en servicios fragmentados (Ruiz, 2018, p. 10).

Este capítulo que es transversal a las funciones esenciales de aseguramiento y prestación de servicios determina que los esquemas de contratación que desarrollen los agentes deben estar en

consonancia con la garantía del derecho a la salud tal y, como lo precisa el artículo 53 de la Ley 1438 de 2011, de la siguiente manera:

Están prohibidos aquellos mecanismos de pago, de contratación de servicios, acuerdos o políticas internas que limiten el acceso al servicio de salud o que restrinjan su continuidad, oportunidad, calidad o que propicien la fragmentación en la atención de los usuarios.

Por lo anterior se define que la relación entre los agentes deberá incluir formas de contratación como pagos globales prospectivos, acuerdos de riesgo compartido, contratos integrales por grupo de riesgo, entre otros, y los acuerdos de voluntades deberán articularse con el modelo de atención, las frecuencias de uso, la severidad de la atención, las Rutas Integradas de Atención en Salud y la generación de incentivos sobre, i) cumplimiento de metas y mantenimiento de la salud de la población en general, ii) mejora en la capacidad resolutive del prestador primario y iii) la garantía al acceso al servicio de salud de manera integral, continua, oportuna y con calidad.

En este punto surge el tema de la Unidad de Pago por Capitación y su ajuste en la forma de reconocimiento. La UPS es la contraprestación a la realización de la prestación del servicio que corresponde a un valor anual fijo por cada afiliado, ajustado según sexo, edad y ubicación. (Restrepo & López, 2015). Esta disposición regulatoria, si bien es un instrumento poderoso para mantener los costos controlados, favorece la dilución o negación del servicio y hace que estas eviten afiliar pacientes de alto riesgo. (Gutiérrez, 2018, p 13).

En el sistema actual, aunque las UPC recibidas por las EPS se ajustan (imperfectamente) a los riesgos de los individuos, están calculadas sobre la base de una calidad promedio ofrecida por las EPS, lo que conlleva a que haya una situación de subsidios cruzados (no deseable) entre las EPS que ofrecen una mejor calidad hacia las EPS que ofrecen una calidad baja de tal forma. Así, los resultados económicos dependen mucho menos de la calidad ofrecida a sus usuarios respectivos y más control de gasto, lo que incentiva estrategias de negación de servicios. (Bardey, 2015).

Así, el resultado es un esquema donde la competencia ha sido limitada y los incentivos hacia la calidad son reducidos por la inclinación de los diferentes actores hacia la competencia por las rentas derivadas de la UPC, lo cual se traduce en servicios fragmentados (Ruiz, 2018, p. 10). A su vez los afiliados no están dotados de suficientes mecanismos, canales e incentivos, que les permitan medir muy bien la calidad ofrecida por las EPS, lo que implica que la demanda a la cual se enfrenta cada EPS es relativamente inelástica en la calidad ofrecida, es decir, responde poco a variaciones de calidad. (Bardey, 2015).

Por lo anterior, se busca establecer el pago de una parte de la UPC con base en los resultados en salud de los afiliados. Dicho esquema de pago obligaría a que los resultados económicos de las EPS obedezcan al cumplimiento de metas sanitarias, de tal forma que las EPS ya no tendrían incentivos para controlar su gasto en salud, limitando la atención de sus afiliados, por lo que no podrán recurrir a la estrategia de bajar su calidad de atención para aumentar su margen de ganancias.

Ahora bien, estas ineficiencias se observan no solo en el mercado de aseguramiento sino en sus relaciones con los prestadores. La concentración creciente tanto en los mercados de aseguramiento como en la prestación de servicios que ha terminado por consolidar monopolios y oligopolios bilaterales. Evidencia reciente indica que el modelo de mercado entre EPS e IPS ha determinado un esquema de monopolio bilateral donde el poder de mercado parece residir en los hospitales de alta complejidad, en su mayor parte privados y el mecanismo de contratación

selectiva de servicios por parte de las EPS ha reducido notoriamente su efectividad ante la concentración de mercado hospitalario de servicios (Ruiz, 2018).

Los resultados financieros de los hospitales privados de alta complejidad indican que a pesar de los problemas de cartera están generando utilidades netas muy relevantes, lo que da indicios respecto en donde se ha consolidado el poder de mercado y evidenciando una falla regulatoria. En contraste, los hospitales públicos presentan situaciones deficitarias y riesgo financiero a pesar de tener una amplia protección de mercado mediante una contratación forzosa del 60% en el régimen subsidiado que se evidencia en mejores precios de compra de servicios. Burocratización, problemas de gerenciamiento y sobredimensionamiento de recurso humano han sido algunos de los problemas reiterados en los hospitales públicos. (Ruiz, 2018).

Sostenibilidad financiera del sistema de salud.

Cuando se habla de la sostenibilidad del sistema se habla de una problemática que es apremiante a la fecha. Es un hecho que los distintos Estados dedican cada vez más, un porcentaje del producto interno bruto (PIB) para financiar la atención en salud, lo cual puede verse como una respuesta a la mayor demanda y a la presión de las nuevas tecnologías que surgen como alternativa para prevenir y curar la enfermedad.

La unificación de los planes de beneficios, los medicamentos de alto costo, procedimientos y tecnologías no incluidos en este, así como los cambios demográficos y en el perfil epidemiológico con prevalencia a la enfermedad crónica de la población colombiana, son variables que explican las necesidades actuales y a futuro del sector salud.

Lo anterior conlleva a que Colombia tenga que buscar alternativas para alcanzar un óptimo entre ingresos y gastos. La literatura indica tres tipos de herramientas: i) recaudar más dinero para la salud y ii) mejorar la eficiencia del gasto en salud, y iii) reevaluar las fronteras entre el gasto público y el privado, como un proceso de participación de la sociedad ante el aumento de los costos de los servicios (UDEA-GES, 2017).²⁰

Para el año 2019, según cifras preliminares del Ministerio de Salud y Protección Social, el gasto en salud alcanzó el 7,3% del PIB. Aproximadamente, tres cuartas partes de estos recursos corresponden a recursos públicos y las necesidades de recursos siguen aumentando.

Si bien este es un gasto importante, al contrastarlos con países de la OCDE encontramos que estos gastan 8,8 % en promedio y las estimaciones apuntan a un gasto en salud que se sitúe al 10,2 % del PIB para 2030 en los países de la OCDE, lo que genera preocupaciones en materia de sostenibilidad (OCDE, 2019²¹) más aún si se tiene en cuenta que la financiación en Colombia es de origen público y depende en gran medida del mercado laboral.

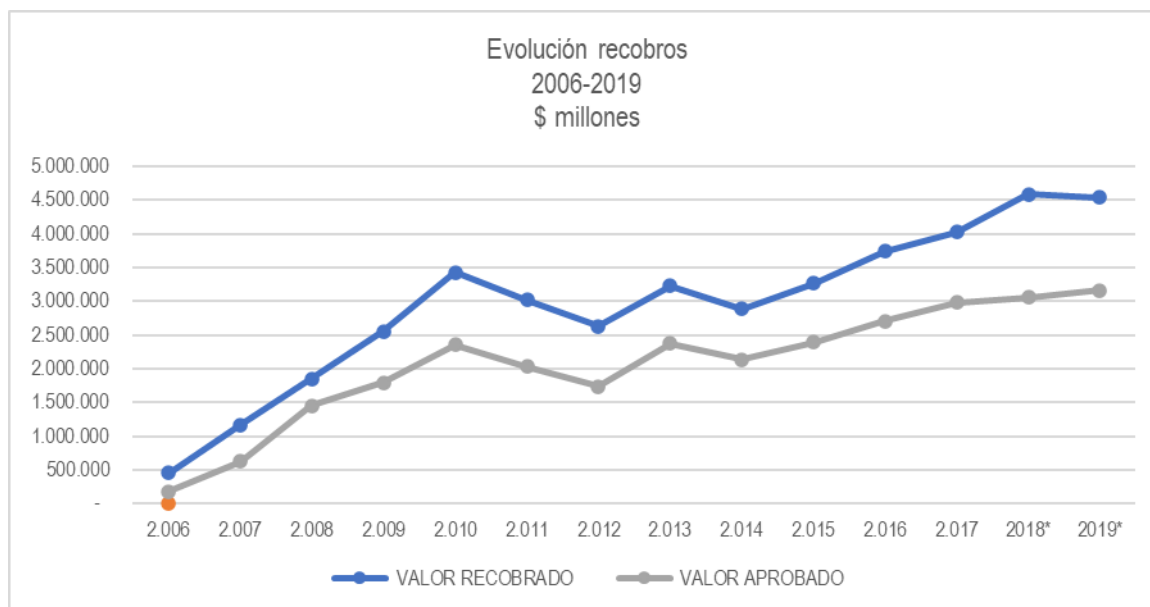
Estrechamente relacionado con las necesidades presupuestales debido a las crecientes demandas y expectativas de la población con su Sistema de Salud, y cuya manifestación práctica ha sido las limitaciones y negaciones en la prestación del servicio, encontramos los recobros por tecnologías no cubiertas por el PBS, como uno de los principales retos para la sostenibilidad del sistema.

²⁰ UDEA-GES (2017). Sostenibilidad financiera de los sistemas de salud: Alternativas y lecciones para Colombia. En Observatorio de la Seguridad Social. URL: <https://drive.google.com/file/d/0Bz2k8IK1sYaRMmhOTXIXks3Qmt0aDRvMGJ3OTVHTmRrQk5F/view>

²¹ OCDE. (2019). Health at glance. [La salud de un vistazo 2019: Indicadores de la OCDE \(oecd-ilibrary.org\)](https://www.oecd-ilibrary.org/health-at-a-glance)

Para el 2019, los recobros por prestaciones excepcionales (NO-PBS) alcanzaron casi 4,5 billones de pesos, lo que representaría más de un 10 % del presupuesto del Ministerio de Salud para la vigencia de 2019.

Gráfico 10. Evolución Recobros 2005-2019



Fuente: Min Salud, 2020.

Este gasto NO POS ha sido un elemento de fuerte impacto sobre la sostenibilidad del sistema como lo refleja el gran aumento de los recobros en términos reales entre los años 2005 y 2012, pasando de 119 mil millones a 1,7 billones. A su vez se observa cierto periodo de estabilización que puede ser atribuido a sucesos de política como la declaración de Emergencia Social en Salud 2009 por el aumento desproporcionado de los gastos en salud, la igualación de los regímenes y su plan de beneficios en julio del 2012; y la regulación de precios de medicamentos en mayo de 2013. (Bardey & Buitrago, 2017).

Así se puede evidenciar que la sostenibilidad del sistema no se afecta solamente por las nuevas y crecientes demandas tecnológicas de la población, sino por el mal e inadecuada gestión integral del riesgo, que incluya el cuidado en salud de las poblaciones y el manejo financiero transparente de los recursos del sistema, pues la acumulación de riesgo de enfermedad, des continuidad en la atención y tiempos muy prolongados para la atención como resultado del control de gastos, ha incentivado el uso extensivo de mecanismos como los PQRS y la tutela para garantizar el servicio, reduciendo la legitimidad del Sistema (Ruiz y Zapata, 2017).

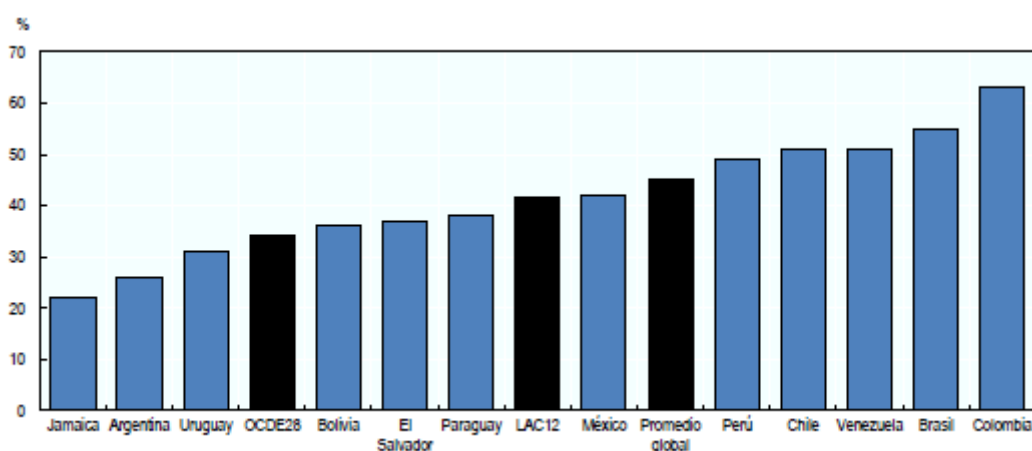
Para la gestión de recursos eficiente, y el fortalecimiento y consistencia del sector como un todo, y tomando en cuenta la experiencia exitosa de del Fondo de Garantías de Instituciones Financieras -FOGAFIN, se propone en el proyecto de la creación del *“Fondo de Garantías del Sector Salud como una entidad del nivel descentralizado, de naturaleza única, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente”*, cuyo objeto esencial consiste en garantizar la continuidad de prestación de servicios de salud al usuario cuando esta pueda verse amenazada por la imposibilidad de pago de obligaciones por parte de las AS o IPS como resultado de problemas financieros y enfocado en

servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial que permita el acceso a crédito y otras formas de financiamiento que aseguren el flujo de recursos.

Mayor transparencia y legitimidad del sector y entre sus actores.

Si bien la evidencia empírica indica que como país hemos avanzado en la mejora de diversos indicadores de salud, en el país existe una alta percepción de que el Sistema de salud no funciona adecuadamente e incluso que, al interior de este, hay cabida de prácticas fraudulentas y corruptas. En este último aspecto, Colombia es el país de la región y el mundo donde su la población considera que el sector de la salud es corrupto o muy corrupto, alcanzando el 65%, superior 32% promedio de países de la OCDE y 40% en los países de Latinoamérica.

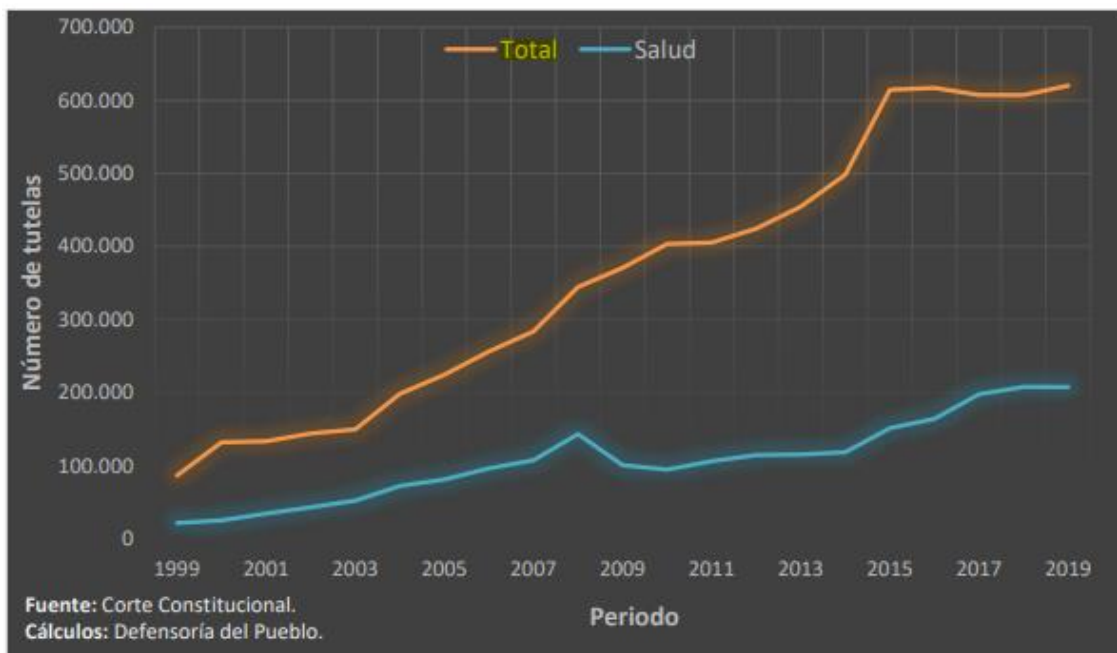
Gráfico 11. Percepción del Sistema de Salud como corrupto.



Fuente: Transparency International (2013[39]), Global Corruption Barometer 2013, citado en OCDE 2020.

En nuestro país, las tutelas y PQRS son un reflejo de limitaciones de acceso al sistema y han sido indicadores de la baja reputación y legitimidad perdida del sector. Esta exigibilidad vía administrativa y judicialización del derecho de salud ha puesto de manifiesto el incumplimiento de las EPS y prestadores, ya no solo en la gestión integral del riesgo en salud de los colombianos.

Gráfico 12. Desarrollo de la interposición de tutelas y tutelas en salud 1999-2019



Fuente: Defensoría del Pueblo. (2020).

Otra muestra de la falta de legitimidad del sistema es la evasión y elusión de los pagos de aportes a Seguridad Social, que además afecta la sostenibilidad del sistema en dos formas pues deja de recibir recursos de personas con capacidad de hacerlo, pero reciben servicios de salud. Entre las causas del no pago o pago inexacto, se encuentran elementos de percepción de carencias en materia de pensiones o precarios e intangibles beneficios de salud, pues no son incentivos adecuados para fortalecer afianzar el cumplimiento tributario. (CEPAL, 2014).

En una estimación de evasión para los trabajadores independientes declarantes de renta ante la DIAN, se evidenció que más del 94% de los independientes que declaran renta ante la DIAN (pertenecen al decil más alto de ingresos en el país) evadiendo casi \$3.0 billones anuales en pesos de solo en el año 2016. (Ministerio de Hacienda, 2016).

Esto permite afirmar, que los distintos ajustes no servirían de nada si no se contemplan medidas de fortalecimiento de inspección y vigilancia. En este sentido, el proyecto contempla extender el ámbito de competencia de la Superintendencia de Salud a todas las empresas que manejen recursos de la UPC y de sus holdings en lo concerniente al uso de los recursos de la UPC y toma medidas contra la posición dominante de algún actor.

En este sentido se define la regulación de conglomerados del sector salud, entendidos estos como la participación de algún actor del Sistema de Salud como primer nivel de control o influencia significativa, de forma individual o conjunta, sobre entidades comerciales y sin ánimo de lucro. Dichos conglomerados empresariales que estén constituidos por un actor del Sistema de Salud, que actúe en calidad de controlante o subordinada, estarán bajo supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud y otras Superintendencias concurrentes en lo relacionado con la revelación del conglomerado, así como la gestión y transmisión del riesgo a los actores del sistema de salud que en él participan.

La Inspección, Vigilancia y Control (IVC) del derecho a la salud y del propio SGSSS se constituyen en elementos básicos de fortalecimiento de los elementos esenciales que materializan la prestación oportuna y con calidad de los servicios de salud y ahora tras la expedición de la Ley

1949, y las medidas acá contempladas, se espera una acción de vigilancia más amplia y una capacidad sancionatoria más eficiente.

Necesidad de ajuste y orientación del Sistema y sus actores..

Todo lo anterior nos lleva a afirmar que, si bien el Sistema de Salud actual ha significado un avance social de décadas, los distintos cambios poblacionales y epidemiológicos, las falencias en regulaciones que no fusionaron, las decisiones de los actores que lo conforman, y el cambio propio que todo sistema dinámico conlleva, requieren de una serie de ajustes y reorientación de los procesos, relaciones e incentivos, que entrecruzan las interacciones entre los actores del Sistema

Si bien los cambios normativos del SGSSS que se desarrollaron entre 2005 y 2019 estuvieron dirigidos a mejorar la prestación de los servicios, fortalecer el sistema con un modelo de atención primaria, definir un esquema de prestación de servicios y generar mayor transparencia de los recursos del sector, es preciso reconocer que aún subsisten evidentes fallas en el sistema, que inciden sobre la universalidad en el acceso, la accesibilidad, continuidad, oportunidad, disponibilidad, aceptabilidad, calidad y equidad, que implican el goce efectivo del derecho fundamental a la salud. De igual forma, no puede perderse de vista que es necesario regular, por vía de ley, varios de los aspectos contenidos en la Ley 1751 y brindar coherencia al SGSSS dentro del enfoque trazado por esa norma estatutaria. Si bien con posterioridad a su adopción se han expedido algunas normas sectoriales, ninguna de ellas ha emprendido esa labor de adecuación que es necesaria.

Lo anterior en el contexto de las lecciones aprendidas en el manejo del COVID-19, donde se demostró que, sí puede haber una rectoría y gobernanza desde el Ministerio de Salud hacia los demás actores y territorios, que la intersectorialidad y salud en todas las políticas se puede desarrollar tal y como lo evidenció la elaboración de los distintos protocolos de reactivación correspondientes a sectores distintos al de salud como el sector vivienda, trabajo, recreación, entre otros.

A su vez se evidenció que si se puede lograr que los entes territoriales desarrollen la capacidad para desarrollar intervenciones de salud pública costo efectivas, que dichas acciones se pueden enmarcar en un modelo de planeación nacional y territorial con participación de los distintos sectores público y privados que concurren el goce de la salud.

Este desarrollo de capacidades no se limitó a la planeación en salud de los entes territorial, sino que se evidenció en las acciones de distintos actores a lo largo de la cadena del sistema para alcanzar después de décadas de insistencia teórica-académica y sectorial, el poder privilegiar el componente ambulatorio de atención, mediante la atención domiciliario o telemedicina que permite descongestionar los servicios intramurales y garantizar mayor accesibilidad y calidad. 8,2 millones de atenciones para enfermedad común, casi 5,8 millones para control de crónicos y más de 4 millones por especialistas, que se dieron en la pandemia, (Min Salud, 2020) son datos que dan cuenta de la capacidad de atención haciendo uso de estas modalidades.

4. PLIEGO DE MODIFICACIONES.

Es a todas luces poco deseable que el momento social en el país en favor de un ajuste al Sistema de Salud no sea aprovechado, siendo el Proyecto de Ley 10 de 2020 Senado, 425 de 2020 Cámara **“Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del Sistema de Salud”** una propuesta y oportunidad para hacer frente a los retos y oportunidades en salud pública que le esperan al Sistema de salud Colombiano.

Esta visión de sistema, sin embargo, no estará lo suficientemente robusta si no se incorpora las visiones, apreciaciones y necesidades de cambio, que propongan los distintos actores que hacen parte esencial del Sistema, pues en últimas son ellos quienes, en la operativización diaria del Sistema, serán los que determinen el éxito de este Sistema tras los ajustes, enfoques, y orientaciones acá dadas.

Tras las 8 audiencias públicas desarrolladas en las respectivas Comisiones Séptimas del Senado y la Cámara de Representantes, donde participaron más de 150 actores y se recogieron cientos de intervenciones, que sirvieron de insumo para la realización de ajustes, modificaciones y eliminaciones así:

TEXTO RADICADO	BORRADOR	COMENTARIOS
Artículo 1. <i>Objeto.</i> Por medio de la presente ley se realizan ajustes al Sistema General de Seguridad Salud - SGSSS en el marco del Sistema de Salud, se desarrolla la Ley 1751 de 2015 y se dictan medidas orientadas a su sostenibilidad. De conformidad con el artículo 4° de la Ley 1751 de 2015, el Sistema de Salud es el conjunto articulado y armónico de principios y normas, políticas públicas, instituciones, competencias y procedimientos, facultades, obligaciones, derechos y deberes, mecanismos y fuentes de financiamiento, controles, información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud.	Artículo 1. <i>Objeto y alcance.</i> Por medio de la presente ley se realizan ajustes al <u>Sistema de Salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS</u>, y <u>se el desarrollo de la garantía del derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley 1751 de 2015, mediante la rectoría del Estado que permita fortalecer las relaciones entre instituciones y sujetos que intervienen directa e indirectamente en la salud, sus determinantes y riesgos en salud</u> y se dictan medidas orientadas a <u>soportar la sostenibilidad financiera del sistema, a su sostenibilidad.</u> De conformidad con el artículo 4° de la Ley 1751 de 2015, el Sistema de Salud es el conjunto articulado y armónico de principios y normas, políticas públicas, instituciones, competencias y procedimientos, facultades, obligaciones, derechos y deberes, mecanismos y fuentes de financiamiento, controles, información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud.	Se precisa la redacción en términos de la intención ajustar la operación del Sistema de Salud en el marco del SGSSS de acuerdo con la definición y alcance del derecho fundamental a la salud definido en la Ley 1751, así como el alcance a los actores intervinientes en la garantía de este derecho tal como lo dice el artículo 3 de dicha norma.
Artículo 2. <i>Ámbito de aplicación.</i> Las disposiciones previstas en la presente ley serán aplicables al Gobierno Nacional, a los integrantes del Sistema de Salud y a las demás personas o instituciones que intervengan directa o indirectamente en la garantía del derecho fundamental a la salud.	Se elimina	La intencionalidad de este artículo fue incluida en la nueva redacción del artículo 1, por lo que se elimina.

Artículo 3. Funciones esenciales del Sistema de Salud. El Sistema de Salud tiene como funciones esenciales la salud pública, la protección de los riesgos de enfermedad de los individuos y la comunidad y la prestación de los servicios que conduzcan al mantenimiento, la recuperación de la salud y la paliación.	Artículo 3. 2. Funciones esenciales del Sistema de Salud. El Sistema de Salud tiene como funciones esenciales <u>la rectoría del sistema, la financiación, la investigación, la información, la salud pública, la prestación de los servicios y el aseguramiento, de manera que conduzcan al mantenimiento, la recuperación de la salud y la paliación</u> <u>establecimiento de la salud de las poblaciones a quienes protege, la reducción de las inequidades en salud, el trato digno en la prestación de los servicios, la garantía de la protección financiera de los usuarios y la exigencia de calidad a los aseguradores.</u> El Sistema de Salud debe funcionar bajo estándares de calidad definidos para todos los actores del SGSSS.	Se realizan ajustes y precisiones en la redacción del artículo respecto a las funciones y objetivos de un sistema en consonancia con los lineamientos de la OMS. Se reenumera como artículo 2 del texto propuesto para primer debate.
Artículo 4. Territorialización del Sistema. El Sistema de Salud, desde las acciones promocionales, pasando por el aseguramiento del riesgo y la operación de redes hasta la prestación del servicio de salud, tendrá como principio la territorialización, esto es, el reconocimiento de las distintas interacciones que se dan entre las personas y comunidades con sus espacios geográficos y determinantes sociales en salud, más allá de las fronteras político-administrativas.	Artículo 4. Territorialización del Sistema. Regionalización en el Sistema de Salud. El Sistema de Salud, <u>podrá organizarse por regiones, esto es, entendida ésta</u> como el reconocimiento de las distintas interacciones que se dan entre las personas y comunidades con sus espacios geográficos y determinantes sociales en salud, más allá de las fronteras político-administrativas, <u>por lo que desde las acciones promocionales, pasando por la prestación de servicios de salud operado en redes, el aseguramiento del riesgo, hasta la definición de intervenciones y metas, se ajustará a las distintas condiciones, necesidades y problemas en salud de las poblaciones residentes en cada región.</u>	Se ajusta el nombre del título del artículo en aras de armonizarlo dispuesto acá con la Ley 1962 de 2019 "Región como entidad territorial" y se precisa su redacción. Se reenumera como artículo 4 en el texto propuesto
Artículo 5. Garantía del derecho fundamental a la salud. La garantía efectiva del derecho fundamental a la salud se desarrolla a partir de una política pública en salud, que incluya un modelo de atención primaria, un esquema de operación del aseguramiento y de prestación de los servicios para proveer un plan unificado de Salud con un énfasis en la promoción y la prevención. Los mecanismos planteados deberán ser actualizados por el Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo con el comportamiento epidemiológico, las condiciones específicas respecto a la población y la disposición de nuevas tecnologías en salud.	Artículo 5. Garantía del derecho fundamental a la salud. 3. Política Pública de Salud. Para la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud, se desarrollará <u>a partir de una política pública en salud, que incluya, un modelo de atención primaria, un esquema de operación del aseguramiento, así como la prestación de los servicios que requiera la población, definiendo explícitamente las exclusiones contenida en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, para proveer un plan unificado de Salud con un énfasis en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la exigencias de estándares de calidad a los aseguradores para su funcionamiento. Los mecanismos planteados deberán ser actualizados por</u> El Ministerio de Salud y Protección Social <u>evaluará y actualizará esta política de acuerdo con el comportamiento epidemiológico, las condiciones específicas respecto a la población, las necesidades y, problemas en salud y la disposición de nuevas tecnologías en para la prestación de servicios de salud, bajo los estándares de calidad definidos para los actores del SGSSS.</u>	Se cambia el título del artículo haciéndolo coherente con el contenido propuesto, Se realizan precisiones en la redacción. Se reenumera y se vuelve artículo 3

Artículo 6. Integrantes del Sistema de Salud. Conforman el Sistema de Salud el Ministerio de Salud y Protección Social y sus entidades adscritas y vinculadas, las entidades territoriales, los regímenes excepcionales de salud y sus operadores, las entidades adaptadas, los operadores de planes y pólizas privadas de salud y todos los demás integrantes del SGSSS como las Entidades Promotoras de Salud –EPS, en adelante Aseguradoras en Salud –AS, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, las Administradoras de Riesgos Laborales –ARL, y las restantes entidades que las leyes reconozcan-	Eliminar	Esta materia ya ha sido definida por Leyes anteriores (100, 1122, 1438 y PND 1955 de 2019), por lo que se sugiere eliminar para evitar confusión.
Artículo nuevo	Artículo 8. Calidad del servicio público esencial de salud. <u>El Gobierno Nacional expedirá las normas relativas a la organización de un sistema de calidad del sistema de salud, que incluye a todos sus agentes y está orientado al fortalecimiento de las capacidades institucionales, operacionales y de infraestructura. El sistema de calidad está orientado a la garantía del goce efectivo del derecho fundamental a la salud y al logro de la finalidad del sistema de salud.</u> Parágrafo 1 <u>El Gobierno Nacional definirá los estándares de habilitación y acreditación para las Direcciones territoriales de salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud a las personas.</u> Parágrafo 2: <u>La Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones de Inspección, Vigilancia y Control deberá velar por el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en la habilitación para las direcciones territoriales de salud, las EAPB y los prestadores de servicios de salud.</u>	Se incluye este artículo como respuesta a la solicitud de los diversos actores respecto a definir la calidad como un elemento central del Sistema de Salud.
Capítulo II Salud Pública	Capítulo II Salud Pública	Sin modificaciones
Artículo 7. Función esencial de Salud Pública. La salud pública comprende el conjunto de planes, programas, políticas, estrategias, intervenciones, protocolos y lineamientos dirigidos a mantener la salud individual y colectiva de la población a partir de la promoción de la salud, la gestión del riesgo y la intervención los determinantes sociales y ambientales en el marco de la intersectorialidad con demás sectores, dependencias y agencias del Estado.	Artículo 7 10. Función esencial de la Salud Pública. La función esencial de la salud pública comprende <u>el monitoreo, vigilancia, evaluación y análisis del estado de salud de la población, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la gestión del riesgo en salud, la investigación en salud pública, el fortalecimiento de las capacidades institucionales del sector y la participación social en la salud.</u> Lo que permite el. Lo anterior, con el propósito de permitir el diseño de planes, programas, políticas, lineamientos, protocolos, intervenciones y estrategias dirigidas a mantener la salud individual y colectiva de la población. y la intervención los determinantes sociales y ambientales en el marco de la intersectorialidad con demás sectores, dependencias y agencias del Estado.	Se ajustó la redacción con base a los lineamientos de la OPS y la OMS respecto a las funciones esenciales de la Salud Pública – FESP. Se reenumera como artículo 10 en el texto propuesto.

Artículo 8. Plan Nacional de Salud Pública. El Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de los integrantes del Sistema y demás sectores que intervienen directa o indirectamente en la garantía del derecho fundamental a la salud, formulará, cada 5 años, el Plan Nacional de Salud Pública -PNSP que contendrá todas las acciones dirigidas a fomentar los factores protectores e intervenir los determinantes sociales y ambientales que afectan la salud, impulsar las acciones de promoción y prevención dirigidas a la reducción de los riesgos poblacionales de salud acorde con las necesidades y problemas de salud de la poblaciones a nivel nacional y territorial. De acuerdo con los modelos de atención, se especificarán metas de resultado y de impacto, a nivel nacional y por territorio. Parágrafo. La Comisión Intersectorial de Salud Pública, creada por la Ley 1438 de 2011, realizará la coordinación y seguimiento del PNSP. A nivel de las entidades territoriales, esta coordinación se realizará a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en salud con la participación de las instituciones y organizaciones comprometidas con los determinantes en salud.	Artículo 8. Plan Nacional de Salud Pública. Artículo 11. Plan Decenal de Salud. <u>Modifíquese el artículo 06 de la Ley 1438 de 2011 en su inciso 2 el cual quedará así:</u> <u>El Plan Decenal definirá los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento y los mecanismos de evaluación del Plan a nivel nacional, regional, departamental, distrital y municipal de acuerdo con el modelo de atención.</u> Parágrafo 1. <u>El Plan Decenal deberá coordinarse de manera articulada con los actores del sistema y demás sectores que participan en la atención en salud a nivel nacional y territorial.</u> Parágrafo 2. <u>El Ministerio de Salud y Protección Social coordinará el seguimiento y evaluación del cumplimiento de las metas propuestas en Plan para las entidades territoriales y los sectores involucrados al finalizar el periodo de gobierno de la nación, departamentos y municipio y realizará sus ajustes de acuerdo con el comportamiento epidemiológico y prioridades en salud.</u> Parágrafo. La Comisión Intersectorial de Salud Pública, creada por la Ley 1438 de 2011, realizará la coordinación y seguimiento del PNSP. A nivel de las entidades territoriales, esta coordinación se realizará a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en salud con la participación de las instituciones y organizaciones comprometidas con los determinantes en salud.	En términos de reconocer los avances logrados con el Plan Decenal de Salud Pública, una visión de política de estado y visión de largo plazo alcanzados en la Ley 1438 de 2011 partir de lo definido en esta, manteniendo el periodo del Plan en 10 años, adicionándole una serie de objetivos de articulación intersectorial y nación-regiones territorios, así como un mecanismo de evaluación nacional y territorial tras la finalización de los periodos de gobierno. A su vez el único parágrafo del artículo como fue radicado se convierte un artículo propio (#12) en el texto propuesto para primer debate. Se reenumera como Artículo 11 en el texto propuesto.
	Artículo 12. Coordinación Intersectorial de Salud Pública. <u>La Comisión Intersectorial de Salud Pública, creada por la Ley 1438 de 2011, coordinará los sectores y las actividades y metas que intervengan en los determinantes sociales en salud en concordancia con los lineamientos del PDSP.</u> <u>A nivel de las entidades territoriales, esta coordinación se realizará a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud con la participación de los sujetos e instituciones relacionadas con los determinantes sociales en salud.</u>	Se extrae el único parágrafo del artículo 8 radicado y por su importancia se convierte en un artículo propio. Se enumera como artículo 12.
Artículo 9. Plan Básico de Promoción	Se elimina	La esencia y fines de este artículo ya se encuentra incorporado en la definición del Modelo de Atención del artículo 6 del texto propuesto, por lo que sugiere su eliminación.

<i>Prevención y Gestión de riesgos colectivos.</i> Con base en las metas y acciones definidas en el PNSP, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá el conjunto de acciones que deberán ser cubiertas a nivel nacional y por cada entidad territorial. Este plan se actualizará cada dos años de acuerdo con los resultados de las evaluaciones efectuadas al PNSP. El Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales establecerán objetivos, metas e indicadores de seguimiento sobre resultados e impactos en la salud pública de las actividades de promoción de salud y la prevención de la enfermedad. Lo anterior no excluye la corresponsabilidad de las AS, soportadas por el perfil epidemiológico y la desviación del costo. Parágrafo. Con base en las metas del PNSP, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá un Sistema de Evaluación continua nacional y territorial del cumplimiento de dicho plan que servirá de base para la evaluación de cumplimiento por parte de las diferentes entidades territoriales y los agentes del Sistema.		
Artículo 10. Planes Territoriales de Salud. Las entidades territoriales tendrán la responsabilidad de caracterizar los principales riesgos epidemiológicos de la población y definir las acciones promocionales, preventivas y de alta externalidad que deberán efectuarse en el respectivo territorio de forma articulada con las Aseguradoras en Salud, sus Redes y demás actores del Sistema de Salud. Para cada entidad territorial se definirán acciones y metas que deberá desarrollar en cada departamento, distrito y municipio, las cuales serán consignadas en un Plan Territorial de Salud que será formulado y evaluado anualmente. Los resultados de las evaluaciones realizadas por parte de las entidades territoriales serán insumo para la habilitación y permanencia de las AS y la definición de su componente variable del pago.	Eliminar	La esencia de este artículo se encuentra incorporado en los artículos 11 y 12 del texto propuesto por lo que sugiere su eliminación

Artículo nuevo	Artículo 13: Tipología de las direcciones territoriales de salud. El Ministerio de Salud y Protección social establecerá la tipología de las direcciones territoriales de salud con base en los siguientes elementos, entre otros: 13.1. Características demográficas y poblacionales de la Entidad Territorial. 13.2. Comportamiento epidemiológico de la población. 13.3. Número y características de los prestadores de servicios ubicados en la entidad territorial. 13.4. Determinación de los recursos humanos, físicos y tecnológicos. 13.5. Monto de los recursos financieros. Parágrafo. Los perfiles de los directores de las direcciones territoriales de salud se definirán según la tipología definida en el presente artículo.	Este artículo surge ante la necesidad del Gobierno Nacional y las entidades territoriales de tipificar las direcciones territoriales y el perfil de los directores.
Capítulo III Gestión Integral del Riesgo en Salud	Capítulo III Gestión Integral del Riesgo en Salud	Se elimina como capítulo pues se incluye en las generalidades dado que es una estrategia transversal al sistema.
Artículo 11. <i>Función de gestión del riesgo en salud.</i> La gestión integral del riesgo en salud será ejecutada a través del aseguramiento y la salud pública. El aseguramiento se concentra en la gestión de los riesgos individuales de cada persona coordinada e integrada con los riesgos colectivos; en la ejecución de los modelos regulados de atención primaria, la prestación del plan de beneficios, la coordinación de la atención y evaluación de las intervenciones sobre la salud de los individuos y su familia. Parágrafo 1. Las Entidades territoriales serán responsables del riesgo colectivo en coordinación con las AS y los prestadores de acuerdo con el Plan Territorial de Salud. Parágrafo 2. Las AS, a través de los diferentes prestadores de servicios de salud que hacen parte de su red, serán responsables del seguimiento al riesgo, búsqueda activa, educación y reforzamiento en riesgos para todos sus afiliados. Parágrafo 3. Las personas tendrán el deber de seguir los lineamientos del autocuidado establecidos en la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y la ruta materno- perinatal, al igual que las recomendaciones dadas por el personal de salud como parte gestión integral del riesgo, la adherencia al tratamiento, el cumplimiento de citas y otras que puedan afectar la salud. El cumplimiento o incumplimiento de tales acciones se reflejará en las cuotas moderadoras, según la reglamentación que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social y en otras medidas de estímulo.	Artículo 11. <i>Función de gestión del riesgo en salud.</i> Artículo 5. Gestión Integral del riesgo en salud. La gestión integral del riesgo en salud corresponde a la articulación y coordinación de los diferentes actores del sistema, dentro de sus competencias, en torno a las intervenciones individuales y colectivas que se deben realizar a las personas y su entorno para mitigar, contener y atender los riesgos en salud. <i>La Nación y las Entidades Territoriales</i> serán responsables de las intervenciones para el manejo del riesgo colectivo y de articular y coordinar estas acciones con las intervenciones para el manejo del riesgo individual que son responsabilidad de las Entidades Administradoras del Plan de Beneficios -EAPB, las Administradoras de Riesgos Laborales - ARL, los prestadores de servicios de salud y la población. <i>Las EAPB</i>, a través de los diferentes prestadores de servicios de salud que hacen parte de su red, <u>se concentra en la gestión de los riesgos individuales, en coordinación y articulación con los demás actores del sistema.</u> <u>Las Administradoras de Riesgos Laborales - ARL- deberán coordinar las acciones relacionadas con los riesgos laborales de sus afiliados, con la EAPB a la cual se encuentren estos afiliados y con los demás actores.</u> <u>Los prestadores de servicios de salud son responsables de prestar los servicios de promoción de la salud y prevención de la</u>	Se ajusta el título al contenido del artículo y se precisan las funciones de cada actor que estaban descritas en los diferentes párrafos. Se ratificó el deber del autocuidado y se eliminó la disposición que incorporaba la obligación de copago a las personas Se incorpora un párrafo en el que se dispone funciones de IVC por parte de la Superintendencia Nacional de Salud Se reenumera como artículo 5 en el texto propuesto.

	<u>enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, de conformidad con los contratos celebrados con las EAPB y en lo colectivo, de conformidad con los contratos celebrados con las Entidades Territoriales.</u> <u>Las personas y comunidades, en sus entornos, tienen el deber de auto cuidarse realizando las acciones de promoción y mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad, al igual que seguir las recomendaciones dadas por el personal de salud, la adherencia al tratamiento, el cumplimiento de citas y otras atenciones que inciden en su condición de salud. El cumplimiento o incumplimiento de tales acciones se reflejará en las cuotas moderadoras, según la reglamentación que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social y en otras medidas de estímulo.</u> <u>Parágrafo. Las Entidades Territoriales, las EAPB, las ARL y los prestadores de servicios de salud darán a conocer los resultados del proceso de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, de acuerdo con los mecanismos y periodicidad que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. Estos resultados serán objeto de vigilancia por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y demás actores a cargo de la inspección vigilancia y control de las acciones en salud.</u>	
Artículo 12. Sistema de información para la gestión integral del riesgo en salud. Toda AS que desee operar en el territorio nacional deberá contar con un sistema de información y monitoreo del riesgo de los usuarios, con capacidad para hacer seguimiento e identificar la ejecución de pruebas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, la adherencia a tratamientos e información y educación sobre la enfermedad y sus riesgos, así como la evaluación de la calidad y oportunidad en la atención por parte de los prestadores primarios y complementarios. Dicho sistema se integrará en el marco del Sistema Único Interoperable de Información en Salud.	Artículo 12. Sistema de información para la gestión integral del riesgo en salud. Artículo 9. Sistema Único Interoperable de información en Salud. Todas las ASEAPB, las Administradoras de Riesgos Laborales y Prestadores de Servicios de Salud que desee operen en el territorio nacional deberán contar con un sistema de información y monitoreo del riesgo de los usuarios sistemas de información interoperables, que cumplan con los requisitos, estructuras de información y funcionalidades que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social en los diferentes aspectos del aseguramiento, flujo de recursos, la prestación de los servicios, y la auditoría con capacidad para hacer seguimiento e identificar la ejecución de pruebas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, la adherencia a tratamientos e información y educación sobre la enfermedad y sus riesgos, así como primarios y complementarios. Dicho sistema se integrará en el marco del Sistema Único Interoperable de Información en Salud. y evaluación de la calidad y oportunidad en la atención por parte de los prestadores de servicios de salud. <u>Sin perjuicio de los demás datos e información necesaria para la interoperabilidad del Sistema,</u>	Se ajusta el título del articulado para darle coherencia a su contenido y se precisan los actores involucrados y la información a reportar. Se reenumera como artículo 9 en el texto borrador propuesto

	<u>y respetando el Hábeas Data y la reserva de información, se deberá incorporar la historia clínica, la auditoría en línea y la facturación electrónica.</u>	
Artículo nuevo	Artículo 14. Fortalecimiento de las direcciones territoriales de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará un programa de fortalecimiento de las capacidades en salud de las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud de forma tal que se garantice y asegure el cumplimiento de los objetivos y metas planteados en el PDSP.	Este artículo surge ante las solicitudes de las entidades territoriales respecto a la necesidad de fortalecer la capacidad técnica instalada de dichos entes.
Artículo 13. Agrupador Único Nacional. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá un Agrupador Único Nacional con capacidad de integrar procedimientos a partir de diagnósticos en episodios de atención para el manejo hospitalario de la enfermedad y los procedimientos quirúrgicos provistos en el ámbito hospitalario. Este agrupador será utilizado para la evaluación integral de la gestión clínica y la estandarización de los mecanismos prospectivos de pago alrededor del manejo de enfermedad y procedimientos quirúrgicos entre las AS y la IPS.	Artículo 31. Agrupadores Único Nacional de Eventos en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá diseñará un instrumento que permita a partir de uno o varios <u>agrupadores</u> un Agrupador Único Nacional con capacidad de integrar procedimientos, intervenciones, actividades y tecnologías, en función de los ciclos de atención y a partir de diagnósticos de episodios de atención para el manejo hospitalario de la enfermedad. y los procedimientos quirúrgicos provistos en el ámbito hospitalario. Este instrumentoagrupadores será utilizado como herramienta para evaluar la gestión clínica en función de los resultados en salud y facilitar el intercambiar la información en la transaccionalidad entre los agentes del sistema. Lo anterior sin perjuicio de la autonomía médica.	Se define que sean múltiples agrupadores ante la limitación técnica de un único agrupador. A su vez se elimina la obligación de estandarización de mecanismos prospectivos de pago, dejando amplio la utilización de pagos que privilegien resultados en salud, superando los mecanismos de pago por evento y per cápita. A su vez se dejó claro que lo anterior no tiene como fin ni debe interferir sobre la autonomía médica. Se reenumeró como artículo 31 en el texto propuesto
Artículo 14. Pago de las intervenciones del nivel primario. El pago de las intervenciones del nivel primario deberá ser ajustado por las AS al riesgo poblacional y al cumplimiento de las acciones preventivas y asistenciales programadas. Los incumplimientos reiterados en las metas acordadas deberán tener efectos sobre la habilitación de servicios de la respectiva IPS, de acuerdo con la reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. En el caso de las AS, dichos incumplimientos tendrán efecto sobre sus indicadores de calidad y consecuente reconocimiento del componente variable en el pago de la UPC.	Artículo 33. Pago de las intervenciones del nivel primario. <u>De acuerdo con los conjuntos de procedimientos definidos para el prestador primario, el pago de dichas las intervenciones del nivel primario deberá ser ajustado por las AS al riesgo poblacional y al cumplimiento de las acciones preventivas y asistenciales programadas. Entidades Territoriales y las EAPB, de acuerdo con el cumplimiento de las acciones definidas, la gestión y control del riesgo colectivo e individual de la población a su cargo y el cumplimiento de indicadores y metas de resultados establecidos en la ficha técnica de los contratos respectivos.</u> Los incumplimientos reiterados en las metas acordadas deberán tener efectos sobre la habilitación de servicios de la respectiva IPS, de acuerdo con la reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social. En el caso de las AS, dichos incumplimientos tendrán efecto sobre sus indicadores de calidad y	Se precisa la redacción dejando claro el proceso de articulación entre las ET y EAPB y los compromisos definidos en los contratos respectivos. Se elimina el nexo entre cumplimiento y habilitación de IPS en dicha región pues daría cabida a prácticas políticas en las que se coopte al asegurador por parte de la autoridad de turno. Se reenumeró como artículo 33 en el texto propuesto

	consecuente reconocimiento del componente variable en el pago de la UPC.	
Capítulo IV. Aseguramiento Artículo 15. Función esencial del aseguramiento. La función esencial del aseguramiento en salud comprende la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores del Sistema de Salud o SGSSS, la gestión integral del riesgo en salud, la garantía del acceso efectivo en la prestación de los servicios de salud, la gestión de la red de servicios y la administración del riesgo financiero.	Capítulo III. Aseguramiento Artículo 15. Función esencial del aseguramiento individual. La función esencial del aseguramiento en salud comprende la representación del afiliado ante <u>ellos prestadores y los demás actores del Sistema de Salud o SGSSS</u> , la <u>gestión integral individual</u> del riesgo en salud, la <u>garantía del acceso efectivo en a la prestación de los servicios de salud</u> , la <u>gestión de la red de servicios y la administración de recursos y gestión</u> del riesgo financiero. <u>Estas funciones estarán a cargo de las EAPB, las Administradoras de Riesgos Laborales y las entidades de regímenes especiales y de excepción. Las funciones del aseguramiento deben realizarse bajo el cumplimiento de los requisitos de habilitación.</u>	Se reenumera Se ajustan las funciones con base en lo ya definido en la 1122 de 2007 y se añade de forma específica a los actores involucrados como son las Aseguradoras, las ARL y regímenes de excepción de forma tal que se genere integralidad en el aseguramiento.
Artículo 16. Aseguradoras en Salud. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) ajustarán su denominación legal a Aseguradoras en Salud (AS) atendiendo su objeto esencial definido en las Leyes 1438 de 2011 y 1122 de 2007. Las AS deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional con las redes integradas de servicios de salud que conformen y celebrarán los acuerdos de voluntades con los integrantes de las redes o las asociaciones que se presenten entre ellos u otras AS. Estas redes deberán impulsar el uso de la telesalud, atención de consulta y hospitalización domiciliaria El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones de asociación entre los integrantes de la red, las Asociaciones Público Privadas y los casos excepcionales en que sea necesario contratar con prestadores de forma individual. Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá la función de regular los protocolos, programas, procedimientos y mecanismos de compra y pago de intervenciones, insumos y medicamentos que conduzcan a asegurar la cobertura, acceso y manejo eficiente en el uso de los recursos del SGSSS.	Eliminar	El cambio de nombre es un proceso costoso, que imprime inestabilidad jurídica y financiera al sistema no añade valor. A su vez desde distintos sectores se ha dicho que implicaría el desconocimiento de las obligaciones jurídicas que las EPS actuales tienen con diversos usuarios debido a procedimientos obtenidos por vía tutela
Artículo 17. Depuración del aseguramiento. Con base en el cumplimiento de la habilitación técnica y financiera de las AS y los planes de cumplimiento aprobados por la Superintendencia Nacional de Salud, está diseñará e implementará, dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, un plan de depuración del aseguramiento, revocando la habilitación en los casos que corresponda. Parágrafo 1. Sin perjuicio de la libre elección dentro de la respectiva Área Territorial de Aseguramiento - ATS, la población de los aseguradores que pierdan su habilitación se distribuirá, inicialmente, entre las AS que se encuentren habilitadas o con-certificación de	Eliminar	El proceso de depuración planteado en el PL podría ser problemático para todo el sistema, con afectaciones tanto a la población afiliada, como las deudas del sistema. Esto sin contar los cálculos en los siniestros no reportados, las limitaciones en la información individual de las EPS depuradas, y otros aspectos derivados del riesgo sistémico. Algunas estimaciones indican que 20 millones de usuarios se verían

permanencia, de acuerdo con el procedimiento definido por el Ministerio de Salud y Protección Social. Parágrafo 2. Las AS receptoras de la población afiliada reconocerán al SGSSS un valor por cada usuario asignado, que definirá el Ministerio de Salud y Protección Social equivalente al gasto de administración y mercadeo no asumido en virtud de la asignación. Dicho valor será transferido por tales AS a la ADRES o quien haga sus veces, quien realizará el giro directo a los trabajadores, prestadores y proveedores, establecidos por el agente liquidador de la entidad de la cual provienen los usuarios, de forma independiente a los giros directos que realiza ADRES a las AS receptoras y de forma complementaria al flujo de recursos provenientes de otros rubros de la liquidación. Parágrafo 3. Por única vez, las actuales EPS podrán transformarse, fusionarse, escindirse o liquidarse, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los 6 meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.		afectados con la depuración de las EPS, el 70% del régimen subsidiado. Para recibir dicha población 4 EPS deberían aumentar su capacidad en un 80% y otra en 250%.
Artículo 18. Régimen único de salud. Los regímenes contributivo y subsidiado se integrarán, en un periodo de dos años, en un único régimen con beneficios equivalentes para toda la población. Dentro de ese lapso, se establecerá una compensación por maternidad, para las mujeres beneficiarias del subsidio total de salud o las de contribución solidaria. Parágrafo 1. En cuanto a la administración de beneficios, los regímenes excepcionales de salud se seguirán rigiendo por sus propias normas. No obstante, deberán garantizar, como mínimo, los derechos y garantías en salud que se definan por parte del rector del sistema. Parágrafo 2. Para garantizar el derecho fundamental a la salud y la libre elección, la población afiliada a los regímenes de excepción tendrá derecho a trasladarse al Régimen único del SGSSS, para lo cual será requisito la cotización por parte del empleador en las condiciones establecidas en las normas que regulan el SGSSS.	Artículo 18. Régimen único de salud. 16. Beneficios Únicos en Salud. Los regímenes contributivo y subsidiado se integrarán en un periodo de dos años, en un único régimen con beneficios equivalentes para toda la población. Dentro de ese lapso, se establecerá una compensación por maternidad, para las mujeres beneficiarias del subsidio total de salud o las de contribución solidaria cubrirán los mismos beneficios en salud, teniendo en cuenta las exclusiones previstas en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, para su población afiliada. La UPC se igualará en un periodo de dos años contados a partir de la vigencia de la presente ley. Parágrafo 1. En cuanto a la administración de beneficios, los regímenes excepcionales de salud se seguirán rigiendo por sus propias normas. No obstante, deberán garantizar a su población afiliada, como mínimo, los derechos y garantías en salud que se definidos por parte del rector del sistema, en el Plan de Beneficios en Salud. Parágrafo 2. Para garantizar el derecho fundamental a la salud y la libre elección, la población afiliada a los regímenes especiales y de excepción tendrá derecho a trasladarse con sus beneficiarios al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para lo cual se realizará la cotización por parte del empleador en las condiciones establecidas para los cotizantes.	La unificación del plan de beneficios se viene dando desde hace unos años ya por lo que el artículo radicado no incorpora valor al Sistema. El reto está en definir los mecanismos de igualación de primas por lo que se precisa este sentido en un lapso de dos años. Se ajusta la redacción y se reenumera como artículo 16 en el texto propuesto. Se eliminan los párrafos pues resultan inconvenientes para algunos sectores sociales
Artículo 19. Unificación del Plan de Beneficios de Salud. A partir del 1° de enero de 2022, todas las prestaciones asistenciales en salud requeridas para la población colombiana afiliada al SGSSS estarán	Artículo 19. Unificación del Plan de Beneficios de Salud. 17. Financiación del Plan de Beneficios. A partir del 1° de enero de 2022, todas las prestaciones asistenciales en	Se realiza el ajuste en línea con la modificación del artículo anterior, además de definir un mecanismo de incorporación de tecnologías y

integradas y contenidas en un único Plan de Beneficios –PB.	salud requeridas para la población colombiana afiliada al SGSSS estarán integradas y contenidas en un único Plan de Beneficios –PB. El Ministerio de Salud y Protección Social, en un plazo de dieciocho meses (18) contados a partir de la vigencia de la presente ley, definirá los servicios y tecnologías en salud que por su alto volumen de prescripción, seguridad y bajo costo se deberán financiar con cargo a la UPC y determinará la forma de financiación de las tecnologías de alto costo y baja frecuencia de uso que no queden financiadas por la UPC.	criterios de actualización de este, que serán financiadas con recursos de la UPC. Se reenumera como artículo 17 en el texto propuesto.
Artículo 20. <i>Unidad de Pago por Capitación.</i> La Unidad de Pago por Capitación (UPC) será reconocida a las AS en función de un componente fijo, establecido de acuerdo a su riesgo individual y otro componente variable con base en el cumplimiento de resultados en salud, el cual tendrá como mínimo un sistema de información, seguimiento y monitoreo basado en indicadores trazadores, que serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en un lapso no mayor a 6 meses después de la entrada en vigencia de la presente ley. Parágrafo 1. En el componente variable se realizarán ajustes de forma ex post por concentración de riesgos derivados de patologías de alto costo y enfermedades huérfanas. Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, definirán las bases del modelo de análisis actuarial para el financiamiento del Plan de beneficios de salud (PB) con el cual se realizarán las actualizaciones anuales.	Artículo 20-18. Componentes de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). La Unidad de Pago por Capitación (UPC) será reconocida a las AS en función de un componente fijo, establecido de acuerdo a su riesgo individual y otro componente variable con base en el cumplimiento de resultados en salud, el cual tendrá como mínimo un sistema de información, seguimiento y monitoreo basado en indicadores trazadores, que serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, en un lapso no mayor a 6 meses después de la entrada en vigencia de la presente ley. <u>El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el valor anual de la UPC, la cual tendrá un componente fijo y uno variable. Para determinar el componente fijo se realizarán estudios actuariales y se reconocerá un monto por cada persona de acuerdo con la clasificación o respectivo ajustador del riesgo. Este componente fijo deberá ser suficiente para la adecuada protección integral de la salud de los afiliados y beneficiarios.</u> <u>Adicionalmente, se reconocerá un componente variable de incentivos, con base en los siguientes aspectos: (i) la progresividad en la implementación de las rutas obligatorias de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal y las que se definan como prioridad de cada EAPB de conformidad con las necesidades y problemas en salud de su población afiliada. (ii) El cumplimiento de indicadores de resultados en salud, definidos en las Rutas de Atención Integral, obligatorias y las adoptadas por cada EAPB.</u> <u>Las fuentes de información definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social deberán reflejar los resultados obtenidos para efectos de determinar el reconocimiento de los incentivos.</u> Parágrafo. Los recursos que se obtengan por el componente variable deberán ser reconocidos de igual forma a la red de prestadores involucrada en la atención de la población de cada una de las Rutas de Atención Integrales de Salud.	Se ajusta el nombre del artículo en aras de hacerlo coherente con su contenido pues al hablar de Unidad de Pago por Capitación en términos llanos, da a confusiones respecto a las intenciones del artículo, por ejemplo, en que se busque cambiar su naturaleza público u otras características. Se mejora la redacción y se adicionan los elementos que definirán el componente variable como son i) la progresividad en la implementación de las rutas obligatorias de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal y ii) El cumplimiento de los resultados en salud, definidos en las Rutas de Atención Integral, obligatorias y las adoptadas. Se reenumera como artículo 18 en el texto propuesto a primer debate.
Artículo 21. <i>Contribución solidaria.</i> Adiciónese un parágrafo al artículo 242 de la Ley 1955 de 2019, así:	Eliminar	Esta disposición se elimina pues su alcance ya se encuentra reglamentada

Parágrafo 2. Los afiliados que no cumplan con las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado, hayan finalizado su relación laboral y aportado al SGSSS con un Ingreso base de cotización hasta un (1) salario mínimo legal mensual vigente – SMLMV, podrán permanecer afiliados por un año, contado desde la finalización de la relación laboral, el inicio del periodo–de protección laboral o el mecanismo de protección al cesante, cuando aplique, mediante el pago de una contribución solidaria de acuerdo con lo que se determine a partir de la encuesta SISBÉN una vez entre en implementación la metodología IV del SISBÉN.		
Artículo 22. <i>Gastos de administración.</i> El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el porcentaje de la prima de aseguramiento que podrá ser usada en gastos de administración, basado en criterios de eficiencia, estudios actuariales, financieros y criterios técnicos, así como los conceptos que conforman dicho gasto. Este porcentaje no podrá superar el 8% de la prima de aseguramiento.	Eliminar	No es conveniente incorporar regulaciones técnicas con tanta rigidez y sin sustento técnico suficiente. El límite de 8% carece de sustento técnico que plantee porqué este porcentaje de 8% y no otro.
Artículo 23. <i>Territorialización del aseguramiento.</i> El aseguramiento estará circunscrito en Áreas Territoriales de Salud (ATS) mediante la integración de áreas de confluencia departamental y regional, de acuerdo con la reglamentación que el Ministerio de Salud y Protección Social expida. Toda AS deberá contar con la capacidad institucional que permita la gestión individual coordinada con los riesgos colectivos, del riesgo en salud y la cobertura total de servicios requerida para el cumplimiento del Plan de beneficios unificado para la población afiliada en la ATS respectiva. Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá, a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, el tamaño mínimo de operación, según la territorialización en salud para las AS a partir del número de afiliados a nivel nacional y territorial. La población de las AS que no obtengan el tamaño mínimo de operación en los plazos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, será reasignada de conformidad con la normatividad respectiva. Las AS receptoras de la población afiliada, reconocerán al SGSSS un valor, por cada usuario asignado, que definirá el Ministerio de Salud equivalente al gasto de administración y mercadeo no asumido en virtud de la asignación. Dicho valor se girará a la ADRES o quien haga sus veces, quien realizará el giro directo a los prestadores y proveedores, establecidos por el agente liquidador de la entidad de la cual provienen los usuarios, de forma independiente a los giros directos que realiza ADRES a las AS receptoras. Parágrafo 2. Los servicios de salud en zonas territoriales de baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, limitado flujo de servicios y accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de	Artículo 23. Territorialización del aseguramiento Artículo 19. Regionalización del aseguramiento. De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 4º. de la presente Ley, <u>toda EAPB que opte por operar en una o varias regiones definidas por el Ministerio de Salud Y Protección Social, deberá contar con la capacidad institucional que permita la gestión individual del riesgo en salud y coordinar con los riesgos poblacionales, colectivos, así como los riesgos laborales.</u> <u>La garantía al acceso a los servicios de salud en cada una de las regiones de aseguramiento se realizará con las redes integrales e integradas de servicios de salud, debidamente habilitadas por cada Dirección Departamental o Distrital de salud. Estas redes deberán impulsar el fortalecimiento del prestador primario, incluyendo en éstos, el uso de los servicios extramurales como la telesalud, consulta y hospitalización domiciliaria, entre otros pudiendo celebrar convenios interinstitucionales con este fin.</u> Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará un mecanismo de determinación del rango, en cuanto a la cantidad de EAPB que deben operar en cada región, de conformidad con el número de afiliados en cada una de ellas, con el fin de garantizar el adecuado ejercicio al derecho de la libre elección y competencia de mercado. Parágrafo 2. Los servicios de salud en regiones de baja densidad poblacional y bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, podrán ser prestados por una única EAPB. En el caso de que se decida prestar el servicio a través de	Se cambia el nombre del artículo en sintonía con el cambio propuesto en el artículo de territorialización/regionalización, se añade como inciso uno de los parágrafos del eliminado artículo 16 y se ajusta la redacción para darle claridad a los roles, competencias y requisitos a cumplir por parte de las EAPB en el marco de su funcionamiento en las regiones. En este punto hace la precisión de que estas podrán en varias regiones y no se pretende limitar su accionar exclusivamente en cierta región. Se reenumera como artículo 19 del texto propuesto.

capacidad instalada, podrán ser prestados por una única AS. En el caso de que se decida prestar el servicio a través de una única AS, esta será seleccionada mediante un proceso objetivo adelantado por el Ministerio de Salud y Protección Social y la entidad territorial.	<u>una única EAPB, esta será seleccionado mediante un proceso objetivo que será adelantado por el Ministerio de Salud y Protección Social y la entidad o entidades territoriales de la región, que esté articulado con los prestadores de servicios existentes en la zona y cumpla con la integralidad, continuidad y calidad en los servicios de los individuos, familias y comunidad.</u>	
Capítulo V. Modelo de atención	Capítulo V. Modelo de atención	Se elimina como capítulo pues se trata de una estrategia dinámica y que al plantearse todo un capítulo se le da rigidez y posiblemente limita las formas de innovación de los actores en acciones de APS renovada, por medio de la norma.
Artículo 24. Modelo de Atención. El Sistema de Salud colombiano se sustentará en la atención primaria integral con enfoque familiar y comunitario, orientado hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y la gestión integral del riesgo en salud y operativizado a través de rutas integrales de atención. Toda persona estará adscrito a un prestador primario y a un médico con enfoque de familia y comunidad altamente resolutivo, de su libre elección, ubicado cerca al lugar de residencia o trabajo, de acuerdo con la reglamentación que el Ministerio de Salud y Protección expida. Parágrafo 1. El enfoque familiar y comunitario corresponde al conjunto de herramientas conceptuales y metodológicas que orienta, a través de procesos transdisciplinarios, el cuidado integral de la salud en la población de acuerdo con sus determinantes sociales, el contexto territorial, curso de vida y entornos donde vive, trabaja y se recrea la población. Parágrafo 2. La coordinación de la atención individual primaria y complementaria estará a cargo de las AS y deberá ser ejecutada de manera integrada por los diferentes miembros de su red de servicios.	Artículo 6. Modelo de Atención en Salud. El Sistema de Salud, <u>colombiano en el marco del SGSS</u> se desarrollará con base en la estrategia de la Atención integral Primaria en Salud (APS) renovada con enfoque de salud familiar y comunitaria, orientado hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y la gestión integral del riesgo en salud, operativizado por medio de rutas integrales de atención <u>y a través de redes integradas e integrales de servicios en salud.</u> Toda persona estará adscrita a un prestador primario que le asignará un médico con enfoque de salud familiar y comunitario en los casos en <u>que no haya disponibilidad de especialistas en Medicina Familiar</u>, el cual será el cual será de libre <u>elección del afiliado con base al personal adscrito al prestador y contará</u> con el apoyo de un Equipo Multidisciplinario de Salud (EMS) altamente resolutivo y ubicado cerca al lugar donde las personas residen, trabajan, <u>se recrean o estudian.</u> Parágrafo 1. El enfoque familiar y comunitario corresponde al conjunto de herramientas conceptuales y metodológicas que orienta, a través de procesos transdisciplinarios, el cuidado integral de la salud en los individuos y colectividades de acuerdo con sus determinantes sociales, el contexto territorial, curso de vida y entorno. Parágrafo 2. <u>El equipo multidisciplinario para la salud (EMS) contará con los servicios de soporte diagnósticos y terapéuticos necesarios, de acuerdo con el conjunto de servicios definidos para el prestador primario, tanto hospitalario como los servicios de atención extramural, como la telesalud y atención domiciliaria.</u> Parágrafo 3. <u>Dentro de los dieciocho (18) meses siguientes a la entrada en vigencia de la</u>	Se ajustó la redacción en aras de precisar las definiciones conceptuales y operativas. Al tratarse de un asunto central de la propuesta y transversal a todo el Sistema de Salud y todos sus actores, se traslada al primer capítulo y se reenumera como artículo 6 en el texto propuesto.

	<u>presente ley, cada prestador primario deberá contar con el número suficiente de especialistas en Medicina Familiar o de médicos con enfoque familiar, acreditados académicamente para cubrir y atender a todas las personas adscritas a ellos, y deberán reportar el cumplimiento de esta disposición ante el Ministerio de Salud y Protección Social al finalizar el término aquí establecido.</u>	
Artículo 25. Información actualizada de las redes de servicios de las AS. Las AS deberán reportar al Ministerio de Salud y Protección Social, la información actualizada del Prestador Primario al cual se encuentra adscrito cada uno de sus afiliados, así como la red integrada de servicios que lo atenderá.	Se elimina como artículo e integra como parágrafo en otro artículo.	Se ajustó la redacción en términos del proceso y alcance de la información a registrar. Por su contenido y estrecho vínculo con otros temas macro se integró parágrafo 4 del artículo 22 del texto propuesto.
Artículo 26. Prestación de Servicios en las Áreas Territoriales de Salud. En las ATS convergen los Prestadores de Servicios de Salud necesarios para garantizar los servicios y tecnologías del Plan de beneficios unificado y constituyen el ámbito de habilitación de las Redes Integrales de Atención. Parágrafo 1. La prestación de servicios primarios en red se debe garantizar en el ámbito local, la prestación de servicios complementaria y por centros de excelencia se brindará en el ámbito de las ATS. En todo caso, se obligará la prestación de los servicios según las disponibilidades de cada ámbito local. Parágrafo 2. En caso de no existir la oferta necesaria y suficiente para la atención complementaria en el ATS, de acuerdo con certificación expedida por la respectiva autoridad sanitaria, se garantizará la atención en el Área más costo-efectiva.	Artículo 21. Regionalización de la prestación de servicios de salud. Los Prestadores de Servicios de Salud podrán converger para garantizar los servicios y tecnologías del Plan de Beneficios en las regiones. La prestación de servicios primarios se debe garantizar en el ámbito local de acuerdo con la disponibilidad de la oferta. En caso de no existir la oferta necesaria dicha atención se podrá prestar en el ámbito departamental y si ésta no cuenta con los servicios suficientes, se podrá prestar en el ámbito regional. La prestación de servicios complementarios se brindará en el ámbito departamental, y en caso de no existir la oferta necesaria y suficiente se garantizará en la región.	Se ajusta el título y redacción del artículo conforme al principio de regionalización que es transversal al sistema y define los ámbitos geográficos y responsabilidades. Se vuelve artículo 21 del texto borrador.
Artículo 27. Aseguramiento y prestación del servicio de salud en zonas de alta dispersión geográfica. Los servicios de salud en zonas territoriales de baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, limitado flujo de servicios y accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, podrán ser prestados por un único Asegurador en Salud (AS). En el caso de que se decida prestar el servicio a través de un Único Asegurador en Salud, este será seleccionado mediante un proceso objetivo adelantado por el Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud y el o las entidades territoriales correspondientes a la zona.	Artículo 27. Aseguramiento y prestación del servicio de salud en zonas de alta dispersión geográfica. Artículo 7. Modelo de atención diferencial. El aseguramiento y Los <u>la prestación de</u> servicios de salud en zonas territoriales que cuenten con cualquiera de las siguientes características: baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, <u>presencia significativa de poblaciones étnicas, limitado mercado de servicios,</u> difícil accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, se ser prestados por un único Asegurador en Salud (AS). podrán desarrollar a través de modelos de atención diferenciados que se ajusten a las <u>características territoriales (rural y rural dispersos) y poblacionales.</u> En el caso de que se decida prestar el servicio a través de un Único Asegurador en Salud, este será seleccionado mediante un proceso objetivo adelantado por el Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud y el o las entidades territoriales correspondientes a la zona.	Se cambia el nombre del artículo de acuerdo con su intencionalidad dentro del proyecto de Ley. Se trasladó a los primeros artículos por ser un ajuste transversal. El inciso 2 se convierte con ajustes en la redacción en el parágrafo 2 del artículo de regionalización del aseguramiento. Se reenumera como artículo 7 dentro del texto propuesto.
Capítulo VI Prestación de servicios de salud.	Capítulo IV Prestación de servicios de salud.	Se reenumera
Artículo 28. Función esencial de prestación de servicios de salud. La función esencial de la	Artículo 28 20. Función esencial de prestación de servicios de salud. La función	Se ajusta la redacción describiendo las funciones, principios y objetivos de

prestación de servicios de salud será provista por redes integrales de servicios compuestas por prestadores con funciones diferenciadas e integradas bajo un modelo de atención, un plan único de salud y la interoperabilidad de la información sanitaria a lo largo del Sistema. Parágrafo. Será posible establecer modelos diferenciales de atención de acuerdo con condiciones territoriales o de grupos poblacionales específicos y capacidad instalada de servicios de salud.	esencial de la prestación de servicios de salud será provista por redes integrales de servicios compuestas por prestadores con funciones diferenciadas e integradas bajo un modelo de atención, un plan único de salud y la interoperabilidad de la información sanitaria a lo largo del Sistema. comprende la atención a la población con relación a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, acceso efectivo, calidad en los servicios de salud y satisfacción del usuario, con una atención oportuna, continua, integral y resolutive de las necesidades y problemas de salud de la población. Parágrafo. Será posible establecer modelos diferenciales de atención de acuerdo con condiciones territoriales o de grupos poblacionales específicos y capacidad instalada de servicios de salud.	la prestación de servicios de salud. Se reenumera como artículo 20. El parágrafo de este artículo ya se incluye en el artículo 7 relativo a modelos de atención diferencial
Artículo 29. Integrantes de las Redes Integrales de Servicios. Son integrantes esenciales de las Redes Integrales de Servicios, todas las instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta con servicios habilitados y proveedores de tecnologías en salud, articulados por niveles de atención a través de las redes de Prestadores Primarios, Prestadores Complementarios y Centros de Excelencia. Los integrantes de las redes deben contar con recursos humanos, técnicos, financieros, físicos, tecnológicos y de información e incluir los procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud que permita garantizar la gestión adecuada de la atención. Las redes se gestionarán bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, acceso efectivo y calidad en los servicios de salud, con una atención oportuna, continua, integral y resolutive de las necesidades y contingencias que se puedan presentar en materia de salud. Parágrafo. La prestación de los servicios al interior de las Redes Integrales de Servicios no requerirá de la autorización por parte de los AS.	Artículo 29. Integrantes de las Redes Integrales de Servicios. 22. Redes integrales e integradas de Servicios. Las Redes integrales e integradas de Servicios, podrán estar conformadas por Prestadores de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta con servicios habilitados, articulados por niveles de atención y complejidad a través de las redes de prestadores primarios y prestadores complementarios. Los integrantes de las redes deben contar con recursos humanos, técnicos, financieros, físicos, tecnológicos y de información e incluir los procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud que permita garantizar la gestión adecuada de la atención. Las redes se gestionarán bajo los principios de disponibilidad, equidad, aceptabilidad, accesibilidad, acceso efectivo y calidad en los servicios de salud, con una atención oportuna, continua, integral y resolutive, permitiendo la participación comunitaria y las acciones intersectoriales para el abordaje de los determinantes de la salud. Parágrafo 1. <u>Las redes integrales e integradas de prestación de servicios deberán garantizarse en las regiones, departamentos, distritos, municipios y localidades, donde la población vive, trabaja, se recrea o estudia.</u> Parágrafo 2. <u>Las EAPB, en concertación con las entidades territoriales, garantizará la integralidad de los servicios de acuerdo con el análisis de la situación de salud de sus afiliados y las prioridades del Plan Territorial de Salud.</u> Parágrafo 3. <u>Las direcciones territoriales de salud departamentales y distritales habilitarán las redes de prestación de servicios de su</u>	Se ajusta el nombre del artículo de acuerdo con todo lo contenido en el artículo. Se adicionan como parágrafo los contenidos de los eliminados artículos 25 y 33. Se reenumera como artículo 22 en el texto borrador.

	<u>jurisdicción y el Ministerio de Salud y Protección Social habilitará las redes de prestación de servicio a nivel regional. Estas redes serán vigiladas y controladas por la Superintendencia Nacional de Salud.</u> Parágrafo 4. Las EAPB deberán reportar al Ministerio de Salud y Protección Social, a través del módulo de redes del Registro Especial de Prestadores de Salud REPS, la información actualizada del Prestador Primario al cual se encuentra adscrito cada uno de sus afiliados, al igual que los prestadores complementarios de servicios de salud y las unidades funcionales que conforman la red integral de prestadores de servicios de salud	
Artículo 30. Prestador Primario. El prestador primario es el componente básico del servicio de salud que velará por la promoción de la salud y por mitigar los riesgos en salud de la población. Así mismo, también deberá tener la capacidad resolutive para atender la mayor parte de las enfermedades. El componente primario del Plan de beneficios será reglamentado en un plazo máximo de 6 meses a partir de la expedición de la presente ley. El prestador primario contará con el apoyo de especialidades, otras profesiones relacionadas con el servicio de salud, apoyo diagnóstico y terapéutico, otros servicios habilitados y tecnologías necesarios para la atención de la población a su cargo, de conformidad con el Análisis de la Situación en Salud (ASIS). En los lugares donde esto no sea posible por razones de acceso, los prestadores primarios deberán contar con servicios de telesalud, equipos móviles de atención, atención domiciliaria tanto ambulatoria como hospitalaria de manera que se garantice el acceso oportuno de la atención. Parágrafo 1. De conformidad con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, todas las AS deberán implementar el uso de la telesalud, la atención domiciliaria de consulta y de hospitalización. Parágrafo 2. Las Entidades territoriales, las AS y los prestadores primarios deben concertar y concurrir en modelos de atención primaria extramural de acuerdo al modelo territorial en consonancia con los de aseguramiento. En caso de que no se logre dicha concertación la entidad territorial determinará la forma de operación y financiación de este modelo.	Artículo 30- 23. Prestador Primario. El prestador primario es el componente básico del servicio de salud que velará por la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en individuos, familias y comunidad, con capacidad resolutive para atender la mayor parte de los eventos en salud, para lo cual contará con la capacidad humana, técnica, tecnológica, administrativa y financiera suficiente. Los prestadores primarios <u>en lo ambulatorio</u>, contarán con el apoyo de especialistas en medicina familiar y comunitaria y especialidades básicas, otras profesiones relacionadas con el servicio de salud, apoyo diagnóstico y terapéutico, y tecnologías necesarias para la atención de la población a su cargo <u>y en los servicios de atención extramural</u> contará con servicios de telesalud, equipos móviles de atención, atención domiciliaria tanto ambulatoria como hospitalaria, de manera que se garantice el acceso oportuno de la atención. Parágrafo. La prestación de los servicios por parte del prestador primario al interior de las <u>redes primarias de servicios no requerirá de autorización por parte de las EAPB.</u> Parágrafo 2. Las Entidades territoriales, las AS y los prestadores primarios deben concertar y concurrir en modelos de atención primaria extramural de acuerdo al modelo territorial en consonancia con los de aseguramiento. En caso de que no se logre dicha concertación la entidad territorial determinará la forma de operación y financiación de este modelo.	Se mejora la redacción y se definen los requerimientos básicos de atención ambulatoria y extramural. El parágrafo 2 y su intención se encuentra incluido en la materialización del modelo de atención. Se reenumera como artículo 23 del texto propuesto.
Artículo 31. Prestadores Complementarios. Los prestadores complementarios son los prestadores con capacidad de atender el manejo de enfermedades y condiciones que requieran aporte continuo de media y alta tecnología ambulatoria, de internación y ejecución de procedimientos quirúrgicos. Deberán garantizar la integralidad de la atención y su complementariedad a través de las Redes Integrales de Atención.	Artículo 34 24. Prestadores Complementarios. Los prestadores complementarios son <u>aquellos</u> prestadores con capacidad de para atender el manejo de enfermedades y condiciones que requieran aporte continuo de media y alta complejidad, ambulatorio, de internación y ejecución de procedimientos quirúrgicos. Deberán garantizar	Se mejora redacción y reenumera como artículo 24 del texto propuesto

	la integralidad de la atención y su complementariedad a través del <u>sistema de referencia y contrarreferencia</u> dentro de la Red Integral de Servicios de Salud definida.	
Artículo 32. Centros de Excelencia. Los Centros de Excelencia corresponden a unidades de atención de prestadores complementarios, prestadores independientes o subredes de atención con capacidad de integrar la asistencia, investigación y docencia alrededor de la enfermedad o conjuntos de enfermedades que requieran de alto aporte en tecnología y especialización médica. Parágrafo 1. Los centros de excelencia deberán tener la capacidad de manejo integral de las enfermedades, condiciones o procedimientos a partir de la cual están definidos, que incluirá entre otras el cáncer, los trasplantes y aquellas enfermedades huérfanas que requieran el aporte continuo de tecnología e investigación. Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá y reglamentará los grupos de enfermedad o procedimientos que para su manejo requieran la incorporación de Centros de Excelencia en las Redes Integrales de Atención, así como los regímenes de transición para su creación y habilitación.	Artículo 32 25. Centros de Excelencia. Los Centros de Excelencia corresponden a unidades de atención de <u>son prestadores</u> complementarios que pueden ser prestadores independientes o subredes de atención que se caracterizan por su capacidad de integrar la asistencia, la investigación y la docencia alrededor de la enfermedad o conjuntos de enfermedades que requieran de alto aporte en tecnología y especialización médica. Parágrafo 1. Los centros de excelencia deberán tener la capacidad de manejo integral de las enfermedades, condiciones o procedimientos a partir de la cual están definidos, que incluirá entre otras el cáncer, los trasplantes, las enfermedades huérfanas y <u>demás</u> que requieran el aporte continuo de tecnología e investigación. Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá y reglamentará, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, los grupos de enfermedad o procedimientos que para su manejo requieran la incorporación de Centros de Excelencia en las Redes integrales e integradas de Prestación de Servicios, así como los regímenes de transición para su creación y habilitación.	Se precisa redacción y se reenumera como artículo 25 del texto propuesto.
Artículo 33. Atención Integral en Red. Toda AS deberá garantizar una red integral de prestación de servicios de salud definida en las ATS, cuya conformación se sustentará en los requerimientos del Plan de Beneficios, el análisis de la situación de Salud ASIS del territorio, la caracterización propia de las aseguradoras y las prioridades del Plan Territorial de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá la capacidad instalada básica de los servicios primarios y complementarios que debe tener cada red integrada en salud, para operar en el municipio, departamento y ATS y las habilitará, previo visto bueno de las respectivas Entidades Territoriales, las cuales y serán vigiladas y controladas por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	Se elimina como artículo	La intención de su contenido se encuentra en la redacción del artículo 22 propuesto.
CAPÍTULO VII HOSPITAL PÚBLICO	CAPÍTULO VII HOSPITAL PÚBLICO	El capítulo de hospital público se elimina y varios de sus artículos se incluyen en el capítulo de prestación de servicios.
Artículo 34. Empresas Sociales del Estado. Los hospitales públicos continuarán funcionando como Empresas Sociales del Estado ESE las cuales podrán ser del orden territorial, o constituidas por más de una entidad territorial. El Ministerio de Salud y Protección	Artículo 34.—26. Empresas Sociales del Estado. Los hospitales públicos continuarán funcionando como Empresas Sociales del Estado ESE. <u>Los hospitales públicos en territorios no certificados y los certificados que</u>	Se ajustan la redacción e intención del articulado en aras de tener en cuenta las necesidades entre territorios y su manejo diferenciado. La intención es permitir procesos de integración

Social reglamentará las condiciones de su conformación y funcionamiento.	<u>lo consideren pertinente, podrán emprender procesos de integración estructural de varias ESE, en una única razón social a cargo del departamento, distritos, municipios o de asociación de municipios. Los procesos de integración funcional mediante diversos tipos de acuerdos de voluntades podrán mantener la figura de las ESE individuales con diversas razones sociales.</u> <u>En cualquier caso, su configuración corresponderá a redes regionales de salud definidas en la presente Ley. Al interior de cada red regional, existiría una organización por micro territorios y la disposición de redes de prestadores primarios, y de estos con prestadores complementarios.</u> Parágrafo 1. Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, las ESE que no tengan sostenibilidad financiera por dificultades administrativas o técnicas, deberán reestructurarse, fusionarse o adoptar otros mecanismos para alcanzar la viabilidad financiera y de servicios. Parágrafo 2. Si la venta de servicios por condiciones del mercado no financia la prestación de servicios de salud, las ESEs podrán recibir subsidios de oferta.	funcional entre territorios próximos, en el marco de la región, que a su vez determinará la organización de microterritorios y sus redes de prestador primario. A su vez se introduce la posibilidad de recibir subsidios de oferta antes las limitaciones expresadas por los actores, de la financiación mediante pago por servicios. Se reenumera como artículo 26 en el texto propuesto
Artículo 35. <i>Caracterización de las Empresas Sociales del Estado.</i> Las características de las ESE deben ser establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social con base en los siguientes elementos: 35.1. Modelos tipo de hospitales, servicios y unidades funcionales de acuerdo a las poblaciones, dispersión, oferta de servicios, frecuencia de uso, condiciones de mercados, entre otros, a los cuales las ESE deberán adecuarse. 35.2 Determinación de los recursos humanos, físicos, tecnológicos por tipo de hospitales 35.3. Determinación de régimen presupuestal acorde con los ingresos, costos, gastos, recaudo, cartera, inversiones y demás relacionados. 35.4. Modelos de evaluación de servicios, financiera de gestión, calidad y resultados en salud por tipo de hospital. Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá un área funcional encargada de la asesoría y asistencia técnica que se requiera para los fines de esta caracterización.	Artículo 35. Caracterización de las Empresas Sociales del Estado Artículo 27. Tipologías de las Empresas Sociales del Estado. Las características de las ESE deben ser establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social con base en los siguientes elementos: 27.1. Modelos tipo de hospitales, de acuerdo con la población <u>a atender</u>, su dispersión <u>geográfica</u>, la oferta de servicios, el portafolio de servicios, la frecuencia de uso, las condiciones de mercados, entre otros. 27.2. Determinación de los recursos humanos, físicos y tecnológicos, por tipo de hospital. 27.3 Determinación de régimen presupuestal acorde con los ingresos, costos, gastos, recaudo, cartera, inversiones y demás relacionados. 27.4. Modelos de evaluación de servicios, financiera de gestión, calidad y resultados en salud por tipo de hospital. <u>27.5. Planta de Cargos.</u> Parágrafo. Los perfiles de los gerentes de las ESEs se definirán según la tipología expuesta en el presente artículo.	Se especifican los requisitos mínimos con base en ciertas categorías o tipo de hospital, a cumplir por parte de las ESE, se adiciona un parágrafo respecto al perfil de los gerentes de acuerdo a las categorías definidas. Se elimina el parágrafo original pues se trata de una función inherente al Ministerio de Salud que no requiere de una disposición del orden de Ley. Se vuelve artículo 27 en el texto borrador.
Artículo nuevo	Artículo 28. Modifíquese el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016, el cual quedará así: Artículo 20. Nombramiento de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado. Los Gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial serán	

	nombrados según el perfil del gerente según la tipología de la ESE, a través de concurso de méritos adelantado por la Comisión Nacional del Servicio Civil, por periodo institucional de cuatro (4) años. El nombramiento se realizará en los términos del artículo 72 de la Ley 1438 de 2011. <u>En el nivel nacional los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por el Presidente de la República., dentro de los tres (3) meses siguientes a su posesión, adelantar los nombramientos regulados en el presente artículo, previa verificación del cumplimiento de los requisitos del cargo establecidos en las normas correspondientes y evaluación de las competencias que señale el Departamento Administrativo de la Función Pública. Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados para periodos institucionales de cuatro (4) años, el cual empezará con la posesión y culminará tres (3) meses después del inicio del periodo institucional del Presidente de la República, Dentro de dicho periodo, solo podrán ser retirados del cargo con fundamento en una evaluación insatisfactoria del plan de gestión, evaluación que se realizará en los términos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y las normas reglamentarias, por destitución o por orden judicial.</u>	
--	--	--

Artículo 36. Requisitos generales del funcionamiento de las ESE en Redes Integrales de Atención. Las ESE deberán cumplir con las siguientes exigencias adicionales a las propias de su habilitación: 36.1 Deberán funcionar en redes integrales de servicios que podrán ser de naturaleza pública o mixta y podrán participar en varias de ellas. 36.2 El portafolio de servicios de las ESE debe corresponder a las necesidades y problemas de la población de su jurisdicción, el tamaño poblacional, las condiciones de mercado, los recursos disponibles, ajustados a los modelos tipo descritos en la presente ley, lo cual debe estar reflejado en el Plan de redes de servicios del departamento o las ATS. Las ESE no podrán habilitar servicios por fuera de este Plan. 36.3. Deberán prestar los servicios vitales reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Si la venta de servicios no financia dicha prestación recibirán subsidios de oferta Parágrafo 1. Será responsabilidad de las entidades territoriales la coordinación operativa y complementariedad de los hospitales públicos que hagan parte de las redes integrales de atención. Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá una metodología para la organización de las redes territoriales de servicios de salud que incluya la capacidad instalada, desarrollo de alianzas entre las ESE, integración del portafolios de servicios, gestión y coordinación de los servicios, evaluación de la de factibilidad técnica y financiera de los servicios ofertada de manera que respondan al análisis de situación de salud de la entidad territorial. Así mismo, establecerá estímulos por resultados para las redes de ESE conformadas, así como definirá la metodología para realizar el monitoreo y seguimiento a los indicadores determinados. Parágrafo 3. Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, las ESE que no tengan sostenibilidad financiera, deberán reestructurarse, fusionarse o adoptar otros mecanismos para alcanzar la viabilidad financiera y de servicios.	Artículo 36. Requisitos generales del funcionamiento de las ESE en Redes Integrales de Atención Artículo 29. Funcionamiento de Redes Integradas de Servicios de Salud de las ESEs. Para el cumplimiento de la función esencial de prestación de servicios, las ESEs y los prestadores privados y mixtos, podrán conformar redes integradas de prestación de servicios de salud. Para tal fin, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá una metodología que incluya el desarrollo de alianzas entre ESEs, prestadores privados y mixtos, la integración, gestión y coordinación del portafolios de servicios, la evaluación de la factibilidad técnica y financiera de los servicios a ofertar, de manera que respondan al comportamiento epidemiológico de la población a atender. Parágrafo 1. Será responsabilidad de las entidades territoriales la coordinación operativa y complementariedad de los hospitales públicos que hagan parte de las redes integrales e integradas de servicios de salud. Parágrafo 2. Se podrán constituir redes primarias de atención en salud que proveerán servicios desde micro territorios con familias y ciudadanos en acciones extramurales y con equipos interdisciplinarios, hasta servicios intramurales que llegan al nivel de servicios médicos especializados básicos, de tipo ambulatorio y hospitalización. Parágrafo 3. El portafolio de servicios de la red conformada debe corresponder a las necesidades y problemas de la población de su jurisdicción, al tamaño poblacional, las condiciones de mercado, los recursos disponibles, y estar ajustados a los hospitales tipo descritos en la presente ley que la conforman, lo cual debe estar reflejado en el Plan de redes de servicios del departamento o las regiones en salud. Las ESE no podrán habilitar servicios por fuera de este Plan. Parágrafo 4. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá indicadores para el monitoreo y seguimiento de la red los cuales servirán de insumo para el diseño de estímulos de resultados a las Redes Integradas de Servicios de Salud de las ESEs.	Se ajusta la redacción. La redacción de los numerales se encuentra en los párrafos. Se elimina la prohibición de habilitar servicios fuera de dicho plan. Se reenumera como artículo 29 en el texto propuesto.
Artículo 37. Política Nacional de Alianzas Público Privadas en Salud. El Estado podrá realizar Alianzas Público- Privadas para la construcción, dotación, operación, administración delegada, que complementen las redes de atención y propenda garantizar el derecho a la salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones y formas de operación de estas alianzas.	Se elimina	Las APP, como lo han dicho distintos actores, se encuentran definidas y reguladas en la 1508 de 2012 para los sectores en general, por lo que incluir una disposición específica para el sector salud podría imprimirle inestabilidad jurídica al Sistema
Artículo nuevo	Artículo 30. Fortalecimiento de las redes primarias de Empresas Sociales de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social	

	desarrollará un programa de fortalecimiento de las capacidades en salud a las ESEs que conforman las redes primarias de atención.	
Artículo 38. Transformación del Instituto Nacional de Cancerología -INC. Transfórmese al Instituto Nacional de Cancerología en una entidad estatal de naturaleza especial, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, la cual conserva la misma denominación. Actuará bajo las políticas y orientaciones sobre la rectoría en el Sistema de Salud y sus integrantes por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y se articulará con las entidades que hacen parte del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación. Los derechos y obligaciones que a la fecha de promulgación de esta ley tenga el INC continuarán en favor y a cargo del mismo como entidad estatal de naturaleza especial. De conformidad con lo establecido en el artículo 150, numeral 10, de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias por el término de seis (6) meses, contados desde la fecha de publicación de la presente ley para reestructurar al INC de acuerdo a su nueva naturaleza jurídica y definir su domicilio, objeto y funciones, órganos y estructura de dirección y administración, patrimonio y fuentes de recursos, régimen jurídico administrativo, laboral y contractual.	Artículo 38. 31. Transformación del Instituto Nacional de Cancerología -INC. Transfórmese el Instituto Nacional de Cancerología en una entidad estatal de naturaleza especial, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, la cual conserva la misma denominación. Actuará bajo las políticas y orientaciones sobre la rectoría en el Sistema de Salud y sus integrantes por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y se articulará y hará parte del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación. Los derechos y obligaciones que a la fecha de promulgación de esta ley tenga el INC, continuarán en favor y a cargo del mismo como entidad estatal de naturaleza especial. De conformidad con lo establecido en el artículo 150, numeral 10, de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias por el término de seis (6) meses, contados desde la fecha de publicación de la presente ley, para <u>transformar</u> y reestructurar al INC de acuerdo a su nueva naturaleza jurídica, definir su domicilio, objeto, funciones, órganos y estructura de dirección y administración, patrimonio y fuentes de recursos, régimen jurídico administrativo, laboral y contractual. <u>La inspección vigilancia y control del INC, será ejercida por la Superintendencia Nacional de Salud.</u>	Se ajusta la redacción y definen los alcances de dicha transformación. Se reenumera como artículo 31.
Capítulo VII. Transaccionalidad y mecanismos de pago.	Capítulo V. Transaccionalidad y mecanismos de pago.	Se reenumera el capítulo.
Artículo 39. Contratación entre agentes del Sistema. La relación entre los agentes será mediada a través de acuerdos de voluntades que propendan por la gestión integral del riesgo en salud y la garantía del derecho fundamental a la salud y deberán incluir, pero no limitarse, a formas de contratación como pagos globales prospectivos, acuerdos de riesgo compartido, contratos integrales por grupo de riesgo, entre otros. Independientemente del tipo de contratación que sea implementado entre aseguradoras e IPS, proveedores, operadores logísticos y demás agentes del Sistema, los acuerdos de voluntades deben articularse con el modelo de atención, las Rutas Integradas de Atención en Salud definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y generar incentivos para mejorar la resolutiveidad del prestador primario y garanticen el acceso al servicio de salud, de manera integral, continua, oportuna y con calidad.	Artículo 39. 34. Contratación entre agentes del Sistema. La relación entre los agentes será mediada a través de acuerdos de voluntades <u>justos y estables</u> que propendan por la garantía del derecho fundamental a la salud, la gestión integral del riesgo y la <u>obtención de resultados en salud</u> y deberán incluir, pero no limitarse a <u>formas de contratación como pagos globales prospectivos, riesgos compartido, grupos de diagnóstico, grupos de riesgo, capitación, eventos, entre otros.</u> Independientemente del tipo de contratación que sea implementado entre aseguradoras e IPS, proveedores, operadores logísticos y demás agentes del Sistema. Los acuerdos de voluntades deben tener en cuenta el modelo de atención, las frecuencias de uso, la severidad de la atención, las Rutas Integradas de Atención en Salud y <u>la generación de incentivos sobre, i) cumplimiento de metas y mantenimiento de la salud de la población en</u>	Se ajustó la redacción en aras de darle claridad a los actores frente al alcance de la norma y la articulación de los modelos de contratación con el modelo de atención. Se reenumera como artículo 34 en el texto propuesto.

	<u>general, ii) mejora en la capacidad resolutive del prestador primario y iii) la garantía al acceso al servicio de salud de manera integral, continua, oportuna y con calidad.</u>	
Artículo 40. <i>Contratación de las entidades territoriales del Plan de Intervenciones Colectivas -PIC.</i> Las entidades territoriales deberán contratar las intervenciones descritas en el PIC con los prestadores primarios públicos, dentro del primer trimestre de cada año. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los aspectos básicos del PIC y la manera para garantizar estas intervenciones a la población beneficiaria.	Eliminado	Este artículo no imprime valor al sistema pues ya está regulado en la Resolución 518 de 2015, artículo 14.
Artículo 41. <i>Contratación con la red pública.</i> En virtud de la unificación de los regímenes, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá las condiciones y porcentajes en la que deberán ser contratados los servicios con la red pública de los ingresos recibidos por las AS, financiados con recursos no provenientes de las cotizaciones. Parágrafo. En las entidades territoriales donde el Prestador Primario sea monopólico y de naturaleza pública, el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los valores mínimos de contratación asociados a la oferta de servicios, la frecuencia de uso, el cumplimiento de metas de promoción y prevención, indicadores de calidad y resultados en salud. Cuando por efecto de las condiciones particulares, la venta de servicios no soporte la sostenibilidad financiera, el Estado concurrirá, con subsidio de oferta.	Eliminado	Se elimina por dos razones. Por un lado, este asunto ya ha estado regulado desde el artículo 16 de la Ley 1122 de 2007, con efectos no necesariamente óptimos, que hacen cuestionar la necesidad de incorporar en la Ley algo que no ha tenido efecto. A su vez, teniendo en cuenta la propuesta unificación de los regímenes, en la actualidad no hay suficiente evidencia que permita la definición de un porcentaje adecuado.
Artículo 42. <i>Repositorio de información de acuerdo de voluntades entre agentes.</i> Las AS, las Entidades territoriales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los proveedores de medicamentos y suministros y operadores logísticos deberán registrar la información consignada en los acuerdos de voluntades en la plataforma-tecnológica definida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Dicha información debe incluir como mínimo el valor del contrato, el servicio o tecnologías contratadas, la vigencia del contrato, el tipo de contratación y la modalidad de pago. Parágrafo 1. Los diferentes agentes del sector deberán compartir y exponer los precios negociados entre ellos para las prestaciones médicas, intervenciones terapéuticas, medicamentos y dispositivos. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones para la exposición de información sobre precios en tiempo real para consulta por los diferentes agentes de mercado. Parágrafo 2. Toda la información generada por parte de los distintos actores del sistema, es de naturaleza pública y debe ser compartida para su análisis y utilización, en el marco de los principios constitucionales y legales de Habeas Data.	Eliminado	Se suprime pues las disposiciones contenidas en este artículo potencialmente afectan la protección de información y Habeas Data así como la afectación de la libre competencia. De igual forma, la intención del artículo ya se encuentra consignada en la Ley 1966 de 2019 "transparencia de información".

Capítulo VIII Talento Humano en Salud	Capítulo VI Talento Humano en Salud	Se reenumera
Artículo 43. <i>Sistema de información de disponibilidad del Talento Humano en Salud.</i> Los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional, en un plazo no mayor a un año a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, deberán tener un sistema de información nacional actualizado sobre la disponibilidad y necesidad del Talento Humano en Salud de médicos, médicos especialistas médico-quirúrgicos, especialidades diagnósticas y terapéuticas, profesionales asistenciales, tecnólogos, auxiliares y ocupaciones a nivel nacional, departamental, municipal y por ATS. Parágrafo 1. Los resultados del Sistema de Información, que estará apoyado en los estudios de disponibilidad del talento humano en salud pertinentes, serán usados como indicadores para el trámite de aprobación de registros calificados de programas de posgrado de salud a cargo del Ministerio de Educación, para la determinación de los cupos de residencias médicas y los programas de formación para el trabajo, de acuerdo con las necesidades de oferta y demanda identificadas. Parágrafo. 2. El Sistema Nacional de Residencias Médicas, creado mediante la Ley 1917 de 2018, deberá incluir la proyección de sus recursos, normas y procedimientos que intervienen en el proceso de formación de los profesionales médicos, los resultados diagnósticos y recomendaciones de política del Sistema de información sobre disponibilidad y necesidades del talento humano en salud.	Artículo 43. Sistema de información de disponibilidad del Talento Humano en Salud Artículo 35. Sistema de información para la gestión, planificación y formación del Talento Humano en Salud. El Gobierno Nacional, en un plazo no mayor a un año a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, deberá tener un sistema <u>interoperable de información del Talento Humano en Salud, haciendo uso del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud – ReTHUS, el Servicio Social Obligatorio (SSO) y las residencias médicas, con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), el Sistema de Información para la Protección Social (SISPRO), el Sistema Nacional de Educación Superior (SNIES), Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (SACES) y el Sistema de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (SIET) del Ministerio de Educación Nacional, con el fin de desarrollar la política nacional del Talento Humano en Salud.</u> Parágrafo 1. Los resultados del Sistema de Información, que estará apoyado en los estudios de disponibilidad del talento humano en salud pertinentes, serán usados como indicadores para el trámite de aprobación de registros calificados de programas de posgrado de salud a cargo del Ministerio de Educación, para la determinación de los cupos de residencias médicas y los programas de formación para el trabajo, de acuerdo con las necesidades de oferta y demanda identificadas. Parágrafo. 2. El Sistema Nacional de Residencias Médicas, creado mediante la Ley 1917 de 2018, deberá incluir la proyección de sus recursos, normas y procedimientos que intervienen en el proceso de formación de los profesionales médicos, los resultados diagnósticos y recomendaciones de política del Sistema de información sobre disponibilidad y necesidades del talento humano en salud.	Se modifica el título y redacción del articulado en aras de dejar clara su intención de crear un sistema, entendido éste como la interacción de instituciones, actores, normas y procedimientos, y así como un sistema de información y repositorio de datos, con el objetivo de abordar los 3 elementos principales a saber: gestión, planificación, y formación del THS. Se convierte en el artículo 35 del proyecto de Ley
Artículo 44. <i>Programa Nacional para el Ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina.</i> Para garantizar el acceso a especialidades médicas en condiciones de competencia y equidad, los Ministerios de Salud y Protección y de Educación Nacional, con apoyo con las demás instituciones concurrentes en dicha instancia, diseñarán el Programa Nacional para el Ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas y terapéuticas en medicina, al interior del Sistema Nacional de Residencias Médicas y definirán los mecanismos para la selección de aspirantes en todo el territorio nacional, los puntajes y rangos para determinar derechos de preeminencia en la aplicación a especialidades médicas por parte de los aspirantes.	Eliminado	De acuerdo con MinEducación este artículo está en contraposición del artículo 69 de la Constitución Política en concordancia con la Ley 30 de 1992 "Por la cual se organiza el servicio público de la educación superior" en su artículo 28 y artículo 29.

Para el ingreso a este programa será requisito la presentación de un Examen Único Nacional de Ingreso, el cual se hará anualmente y será reglamentado por el Ministerio de Educación y el ICFES. Esta exigencia no aplicará al programa de medicina familiar.		
Artículo 45. <i>Oferta de programas de especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina.</i> Las Instituciones de Educación Superior que ofrezcan especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio en el marco del Sistema Nacional de Residentes, recibirán incentivos para el establecimiento de compromisos de formación de especialistas de acuerdo al análisis Disponibilidad del Talento Humano en Salud en el territorio nacional. Parágrafo 1. El cumplimiento en los compromisos de formación de especialistas será criterio esencial para la prórroga del registro calificado y la acreditación de calidad de las respectivas especialidades. Parágrafo 2. El Gobierno nacional diseñará los incentivos para las IES y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio.	Artículo 45- 36. Oferta de programas de especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina. Las Instituciones de Educación Superior IES que ofrezcan especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio en el marco del Sistema Nacional de Residentes, recibirán incentivos para el establecimiento de compromisos de formación de especialistas de acuerdo al análisis de disponibilidad del Talento Humano en Salud en el territorio nacional. Parágrafo 1. El cumplimiento en los compromisos de formación de especialistas será criterio esencial para la prórroga del registro calificado y la acreditación de calidad de las respectivas especialidades. Parágrafo. El Gobierno Nacional diseñará los incentivos para las Instituciones de Educación Superior y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio.	Se ajusta la redacción para no afectar la autonomía universitaria. Se vuelve el artículo 36 en el texto propuesto para primer debate.
Artículo 46. <i>Denominaciones de especialidades médicas.</i> El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los estándares de las denominaciones de especialidades médicas a ser reconocidas al interior del SGSSS y que deben ser la base para la definición de programas de especialidad médico-quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos. Parágrafo 1. Las denominaciones de especialidad médica deberán diferenciar especialidades médicas básicas, segundas especialidades y áreas de certificación de competencias para especialistas. Parágrafo 2. Las denominaciones de especialidades existentes deberán tener un periodo de tiempo definido para la homologación a las nuevas denominaciones definidas.	Artículo 46- 37. Denominaciones de especialidades médicas. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el procedimiento para la definición y actualización de las denominaciones de especialidades médicas a ser reconocidos al interior del SGSSS y que deben ser la base para la definición de programas de especialidad médico-quirúrgicos, diagnósticos y terapéuticos. Sistema de Salud, de conformidad con las <u>necesidades de la población colombiana.</u> Las denominaciones de la especialidad médica <u>deberán</u> diferenciar especialidades médicas básicas, segundas especialidades y áreas de certificación de competencias. Parágrafo. Las denominaciones de especialidades existentes deberán tener un periodo definido para la homologación a las nuevas denominaciones definidas para el Sistema de Salud.	Se ajusta la redacción en aras de delimitar el alcance de esta estandarización incidirá sobre la definición de los programas por parte de las IES, pero si en el reconocimiento de dicha denominación al interior del Sistema de Salud. Se vuelve artículo 37 en el texto propuesto
Artículo 47. <i>Currículo Único de Medicina Familiar.</i> Para garantizar la formación de médicos especialistas en medicina familiar, los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional y las facultades que tengan programas aprobados de medicina familiar diseñarán concertadamente un currículo único para la formación de médicos familiares a nivel nacional. Parágrafo 1. Para incentivar la formación de médicos familiares, los estudiantes de programas de medicina	Artículo 47- 38. Incentivos a la formación y práctica de las especializaciones en Salud Familiar y Comunitaria y Medicina Familiar. Para promover la formación y práctica de profesionales de la salud especializados en salud familiar y comunitaria y médicos especialistas en medicina familiar, <u>se podrán destinar recursos de regalías para financiar a profesionales del área de la salud con los cuales se podrán establecer acuerdos de</u>	Se replantea el contenido del artículo en aras de darle claridad al proceso de formación de estos especialistas, de forma que no sea inequitativo frente a los procesos actuales ni de menos calidad. Se definen instrumentos de financiación. Se vuelve artículo 38 en el texto propuesto.

que quieran cursar el programa especializado de médico familiar podrán acceder al mismo, durante su último año de formación, previamente a la obtención del título. En este caso, el año de internado podrá ser utilizado como primer año de formación en medicina familiar y el año de servicio social obligatorio podrá ser homologado con su segundo año de formación en medicina familiar. Parágrafo 2. Los médicos generales, vinculados a los prestadores primarios, podrán adelantar o acceder a programas de especialización de medicina familiar y comunitaria, en programas mixtos, presenciales, semi presenciales o virtuales. Para dar cumplimiento a estos lineamientos las universidades deberán crear programas en este sentido.	<u>contraprestación. El Gobierno Nacional podrá destinar recursos del presupuesto general de la nación para concurrir en la formación de estos perfiles.</u> Parágrafo: Los lineamientos de la contraprestación de que trata el presente artículo serán definidos en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social y la entidad territorial. Los cuales deberán garantizar que los recursos asignados sean para habitantes del Departamento, Distrito o Municipio que otorga la financiación y el compromiso por parte del beneficiario de su permanencia en el territorio por mínimo cuatros(4) años contados a partir de la culminación con éxitos de sus estudios de especialización. Parágrafo 1. Para incentivar la formación de médicos familiares, los estudiantes de programas de medicina que quieran cursar el programa especializado de médico familiar podrán acceder al mismo, durante su último año de formación, previamente a la obtención del título. En este caso, el año de internado podrá ser utilizado como primer año de formación en medicina familiar y el año de servicio social obligatorio podrá ser homologado con su segundo año de formación en medicina familiar. Parágrafo 2. Los médicos generales, vinculados a los prestadores primarios, podrán adelantar o acceder a programas de especialización de medicina familiar y comunitaria, en programas mixtos, presenciales, semi presenciales o virtuales. Para dar cumplimiento a estos lineamientos las universidades deberán crear programas en este sentido.	
Artículo 48. <i>Programa de Formación continua en competencias en medicina general.</i> A partir de la entrada en vigencia de la presente ley, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñará y ejecutará un Programa Nacional Formación y Actualización de competencias de medicina general con enfoque familiar y comunitario, dirigido a los médicos generales que presten sus servicios en prestadores primarios en todo el territorio nacional. Este programa será ejecutado a través de las AS y las IPS y tendrá como objetivo la actualización de competencias y prácticas ejercidas por parte de los médicos generales, en el marco de la autonomía y autorregulación médica. Parágrafo. Además de los puntos adicionales en el Examen Único Nacional para el ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñará los mecanismos e incentivos para aquellos	Eliminado	Se elimina pues no le imprime valor al proyecto de Ley en tanto puede ser visto como una recertificación para los médicos además que MinEducación afirma que las AS ni prestadores están en la facultad de formar, pues esto es competencia de las Instituciones de Educación Superior

médicos que accedan periódicamente a dicho programa.		
Capítulo IX. Dignificación laboral del talento humano en salud.		Se elimina como capítulo pues de acuerdo con diversos actores lo propuesto no imprime valor a la normatividad vigente. Sin embargo, la disposición de prohibición de tercerización laboral se ajusta en redacción y se incorpora en el Capítulo de Talento Humano en Salud
Artículo 49. Principios para la dignificación del talento humano en salud. De conformidad con el artículo 18 de la Ley 1751 de 2015, serán principios rectores de la relación laboral para la dignificación del talento humano en salud, los siguientes: 49.1. Salud en el trabajo y condiciones de espacios laborales. Consiste en la generación de ambientes de trabajo saludable y seguro, propiciando espacios con condiciones que promuevan la salud y la seguridad de las personas, en el que se permita la identificación de los peligros y la intervención para su mitigación y control, garantizado la suficiencia de recursos esenciales para la prestación del servicio de salud. 49.2. Estabilidad del personal de la salud por el trabajo desarrollado. La consagración de la estabilidad laboral como condición de dignidad en el trabajo, les da a los trabajadores la confianza en que por el correcto desempeño de sus labores continuarán prestando sus servicios. 49.3. Desarrollo, formación, capacitación, actualización de los saberes e investigación. Se refiere al desarrollo de capacidades, destrezas, habilidades, valores y competencias, con el fin de incrementar la capacidad individual y colectiva para contribuir al cumplimiento de la misión institucional, la mejor prestación de servicios a la comunidad, el eficaz desempeño de la labor, el desarrollo personal integral y el crecimiento mutuo del personal de talento humano de la salud y el empleador. Implica el compromiso con la gestión del conocimiento, la investigación e innovación y la actualización continua de los saberes avalados por las comunidades científicas. 49.4. Bienestar social. Se refiere a los mecanismos orientados a crear, mantener y mejorar las condiciones que favorezcan el desarrollo integral del talento humano en salud, el mejoramiento de su nivel de vida y el de su familia, la promoción de la salud y la seguridad y el fortalecimiento del equilibrio entre el trabajo y su vida privada. 49.5. Respeto a las jornadas laborales y el descanso. Consiste en establecer un sistema de ordenación del tiempo de trabajo equilibrado que permita el descanso del talento humano en salud, la reducción de los índices de ausentismo, rotación del personal y la mejora del clima organizacional.	Eliminado	Diversos actores han sugerido que se eliminen pues solo son anuncios que además ya se encuentran en otras Leyes. A su vez se recoge la sugerencia hecha desde distintos sectores respecto a que si bien este tema es una necesidad apremiante sobre la que se debe trabajar, se debe hacer en el marco de otra Ley

49.6 Incentivos. refiere a los mecanismos para reconocer, enaltecer y recompensar el desempeño en niveles de excelencia del talento humano en la salud. 49.7. Remuneración. Consiste en recibir de manera oportuna y justa una retribución adecuada como contraprestación directa del desempeño de las funciones o la prestación de servicios en el servicio de salud. 49.8 Viabilidad del servicio de salud respetando los derechos del talento humano en salud. Consiste en el equilibrio entre la capacidad para atender adecuadamente a los usuarios de los servicios de salud y el respeto por el trabajo decente. 49.9 Diálogo social continuo y permanente. Consiste en la promoción del consenso y la implicación democrática de los diferentes actores del mundo laboral para mantener un clima organizacional fructífero que permita abordar, solucionar o mejorar las condiciones del talento humano en salud.		
Artículo 50. Prohibición de tercerización laboral para el Talento Humano en Salud. El personal requerido en toda institución o empresa pública o privada para el desarrollo de las actividades misionales permanentes no podrá estar vinculado a través de figuras que hagan intermediación laboral o bajo ninguna otra modalidad de vinculación que afecte los derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes.	Artículo 50.39 Prohibición de tercerización laboral para el Talento Humano en Salud. El personal requerido en toda institución o empresa pública o privada <u>que preste servicios en salud</u> para el desarrollo de actividades misionales permanentes, no podrá estar vinculado a través de figuras que hagan intermediación laboral <u>como los contratos de prestación de servicios, cuentas por participación, las empresas de servicios temporales, las cooperativas, o asociaciones, los contratos sindicales, outsourcing, empresas de servicios temporales</u> o bajo ninguna modalidad de vinculación <u>que pueda generar una afectación</u> de los derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes. <u>Conforme a lo anterior, todo cuerpo médico, de enfermería, el personal asistencial, administrativo y de servicios generales, deberá ser contratado bajo un contrato laboral con todos los requisitos contemplados en el Código Sustantivo del Trabajo.</u> Parágrafo. <u>El Ministerio del Trabajo tendrá una dependencia que se encargará exclusivamente de ejercer la vigilancia y control de lo aquí estipulado. De esta manera, en los casos a que hubiere lugar, se impondrán sanciones a las entidades del sector salud que no cumplan con las disposiciones contenidas en el presente artículo. Las facultades de vigilancia y sancionatorias se sujetarán a lo previsto en el artículo 486 del Código Sustantivo del Trabajo.</u>	Se precisa la intencionalidad del legislador respecto a la prohibición de esta forma de contratación que ha afectado al talento humano en salud. Se reenumera como artículo 39.
Artículo 51. Facultades Extraordinarias. De conformidad con lo establecido en el artículo 150, numeral 10, de la Constitución Política, revístese al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias, por el término de seis (6) meses,	Eliminado	Se elimina por las mismas razones que los dos artículos anteriores. Así mismo este proceso tendría un impacto fiscal no calculado.

contados a partir de la fecha de publicación de la presente ley, para expedir las normas con fuerza de ley que regulen el régimen laboral aplicable a los servidores públicos vinculados a las Empresas Sociales del Estado de la Rama Ejecutiva del orden nacional y territorial. Los decretos leyes que se expidan en ejercicio de las facultades extraordinarias conferidas deberán estar en el marco de los principios señalados en el artículo 48 de la presente ley y respetar la estabilidad laboral, la primacía de la realidad sobre la formalidad, favorabilidad y los derechos de carrera administrativa.		
Capítulo X. Financiación y Sostenibilidad	Capítulo VII. Financiación y sostenibilidad	Se reenumera
Artículo 52. Plan de estabilización y fortalecimiento del aseguramiento en salud. Una vez finalizado el Acuerdo de Punto Final, todas las AS si ya se han constituido y todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, deberán presentar un Plan de Fortalecimiento Patrimonial y Desarrollo Operacional a la Superintendencia Nacional de Salud en el que se detallen: i) las acciones de la entidad para alcanzar los estándares de calidad financiera y técnica dispuestos en la norma, sin perjuicio del cumplimiento de lo dispuesto en la presente ley; ii) los criterios para el reconocimiento, medición, revelación y presentación de los hechos económicos relacionados con el deterioro contable; y iii) los criterios para unificar y armonizar las normas contables. Este Plan de Estabilización y Fortalecimiento del Aseguramiento en Salud y su ejecución será condición para la habilitación y permanencia del funcionamiento en el SGSSS.	Eliminado	Se elimina pues en la actualidad se encuentran en trámite diversos planes y esto puede ser entendido como un nuevo salvamento o prórroga de plazo.
Artículo 53. Programa-de saneamiento financiero del SGSSS. La Superintendencia Nacional de Salud implementará un programa de saneamiento financiero de las deudas entre Aseguradoras y Proveedores, que contemple las acreencias en mora mayores a 90 días. En caso de incumplimiento en los acuerdos de conciliación, la Superintendencia Nacional de Salud informará a ADRES para que descuente directamente de los valores que deba reconocer a las Aseguradoras o IPS y realice giros directos de estas sumas a los acreedores.	Eliminado	Se elimina pues hay un riesgo de superposición de competencias con la ADRES en el proceso de saneamiento. Así mismo es inconveniente que la Superintendencia de Salud sea juez y parte en estos procesos.
Artículo 54. Giro directo de la UPC. Los recursos provenientes de la liquidación de la UPC serán girados directamente por la ADRES a los prestadores, proveedores, operadores logísticos y otros agentes del sistema y bajo las reglas que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. El giro se realizará teniendo en cuenta la facturación conciliada y reportada mediante el mecanismo de facturación electrónica dispuesto por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales -DIAN.	Eliminado	El Ministerio de Hacienda ha dicho que esta figura ha sido prevista en otros marcos regulatorios (Ley 1955 de 2019 “PND”, Ley 1966), que han dictado disposiciones sobre la misma materia, por lo que no se entendería la razón para reiterar dicho mecanismo.
Artículo 55. Creación y objeto del Fondo de Garantías del Sector Salud. Créase el Fondo de Garantías del	Artículo-55 40. Creación y objeto del Fondo de Garantías del Sector Salud. Créase el	Se precisa la redacción.

Sector Salud como una entidad del nivel descentralizado, de naturaleza única, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente, sometida al derecho público y vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia de acuerdo con su objeto y naturaleza. Deberán inscribirse obligatoriamente en el Fondo, las AS e IPS y aquellas respecto de las cuales la ley establezca la existencia de una garantía por parte del mismo. El Fondo tiene por objeto garantizar la continuidad de prestación de servicios de salud al usuario cuando esta pueda verse amenazada por la imposibilidad de pago de obligaciones por parte de las AS o IPS como resultado de problemas financieros. Parágrafo 1. Las operaciones del Fondo se regirán por esta Ley, por el reglamento que expida el Gobierno Nacional y por las normas del derecho privado. Parágrafo 2. Para el cumplimiento de sus obligaciones, el Gobierno Nacional creará mecanismos con el fin de que el Fondo pueda acceder a la información reportada por los afiliados a la Superintendencia Nacional de Salud	Fondo de Garantías del Sector Salud como una entidad del nivel descentralizado, de naturaleza única, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente, sometida al derecho público y vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con su objeto y naturaleza. Deberán inscribirse obligatoriamente en el Fondo, las EPS y de <u>forma voluntaria los prestadores de servicios y otros proveedores de servicios y tecnologías en salud.</u> El Fondo tiene por objeto garantizar la continuidad de prestación de servicios de salud al usuario cuando esta pueda verse amenazada por la imposibilidad de pago de obligaciones por parte de las EAPB o prestadores de servicios como resultado de problemas financieros. Parágrafo 1. Las operaciones del Fondo se regirán por esta Ley, por las normas del derecho privado y por el reglamento que expida el Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley Parágrafo 2. Para el cumplimiento de sus obligaciones, el Gobierno Nacional creará mecanismos con el fin de que el Fondo pueda acceder a la información reportada por los afiliados a la Superintendencia Nacional de Salud <u>Parágrafo 2.</u> El Gobierno Nacional reglamentará, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, las condiciones de amparo del seguro de acreencias para las IPS y proveedores de servicios y tecnologías en salud, con el fin de cubrir el pago de las obligaciones en los montos que se definan, <u>garantizando en todo momento que exista un riesgo asegurable para el Fondo.</u>	Se reenumera como artículo 40 en el texto propuesto
Artículo 56. Órganos de Dirección y Administración. Son órganos de dirección y administración del Fondo de Garantías del Sector Salud: la Junta Directiva y el Director. La Junta Directiva estará compuesta por cinco (5) miembros, así: el Ministro de Salud y Protección Social o su delegado quien la presidirá, un (1) delegado del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, un (1) representante designado por el Presidente de la República, el Director de la ADRES o su delegado y el Superintendente Nacional de Salud o su delegado. El Director será designado por el Presidente de la República.	Artículo 56- 41. Órganos de Dirección y Administración. Son órganos de dirección y administración del Fondo de Garantías de Sector Salud: la Junta Directiva y el director La Junta Directiva estará compuesta por cinco (5) miembros, así: el Ministro de Salud y Protección Social o su delegado quien la presidirá, un (1) delegado del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, un (1) representante designado por el presidente de la República, el director de la ADRES o su delegado. El director será designado por el presidente de la República.	Se reenumera como artículo 41.
Artículo 57. Funciones del Fondo de Garantías del Sector Salud. Para desarrollar el objeto el Fondo tendrá las siguientes funciones: 57.1 En los casos de intervención ordenada por	Artículo 57-42. Funciones del Fondo de Garantías del Sector Salud. Para desarrollar el objeto el Fondo tendrá las siguientes funciones:	Se precisan las funciones y se ajusta la redacción. Se reenumera como 42 en el texto propuesto.

la Superintendencia Nacional de Salud, designar el liquidador, el agente especial o el administrador temporal de la respectiva entidad y al revisor fiscal, así como efectuar el seguimiento sobre la actividad de los mismos. 57.2 Apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y de reorganización de las entidades afiliadas, para lo cual podrá participar transitoriamente en el capital y en los órganos de administración de tales entidades, en cuyo caso el régimen laboral de los empleados de las AS no se modificará. 57.3 Organizar y desarrollar el seguro de acreencias para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con el fin de garantizar el pago de sus obligaciones, dentro de los topes de la metodología que señale el Gobierno Nacional. 57.4 Definir y recaudar el pago de la prima del seguro de acreencias para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. 57.5 Desarrollar análisis de riesgos financieros para efectos de informar a la Superintendencia Nacional de Salud cuando considere que existen situaciones en las cuales algunas entidades afiliadas ponen en peligro la confianza del aseguramiento en salud o incumplen cualquiera de las obligaciones previstas en la Ley, para que la Superintendencia tome las medidas que le corresponden. 57.6 Las demás operaciones que autorice el Gobierno Nacional en el marco de su objeto. Parágrafo 1. Las condiciones para la participación del Fondo en el capital o patrimonio de las AS serán las previstas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás normas aplicables para el caso del Fondo de Garantías de Instituciones Financieras - FOGAFÍN y el Fondo de Garantías de Entidades Cooperativas – FOGACOO. Parágrafo 2. En el caso de las entidades cooperativas, mutuales, las cajas de compensación y en general las entidades sin ánimo de lucro, las asambleas, por solicitud de la Superintendencia Nacional de Salud, podrán disponer la conversión de la entidad en una sociedad de carácter comercial, en circunstancias excepcionales. Parágrafo 3. El Fondo gozará de las siguientes prerrogativas: a) para todos los efectos tributarios será considerado como establecimiento público; b) estará exento del gravamen a los movimientos financieros, registro y anotación e impuestos nacionales diferentes al impuesto sobre las ventas, no cedidos a entidades territoriales; c) Igualmente, estará exento de inversiones forzosas.	<u>42.1 Servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial que permita el acceso a crédito y otras formas de financiamiento.</u> 42.2 En los casos de intervención ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud, designar el liquidador, el agente especial o el administrador temporal de la respectiva entidad y al revisor fiscal, así como efectuar el seguimiento sobre la actividad de los mismos. 57.3 Organizar y desarrollar el seguro de acreencias para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con el fin de garantizar el pago de sus obligaciones, dentro de los topes de la metodología que señale el Gobierno Nacional 42.3 Apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y de reorganización de las entidades afiliadas para lo cual podrá participar transitoriamente en el capital y en los órganos de administración de tales entidades, en cuyo caso el régimen laboral de los empleados de las entidades no se modificará. 42.4 Definir y recaudar el pago de la prima del seguro de acreencias para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. 42.5 Desarrollar análisis de riesgos financieros para efectos de informar a la Superintendencia Nacional de Salud cuando considere que existen situaciones en las cuales algunas entidades afiliadas ponen en peligro la confianza del aseguramiento en salud o incumplen cualquiera de las obligaciones previstas en la Ley, para que la superintendencia tome las medidas que le corresponden. 42.6 Las demás operaciones que autorice el Gobierno Nacional en el marco de su objeto Parágrafo 1. Las condiciones para la participación del Fondo en el capital o patrimonio de las EAPB serán las previstas en el estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás normas aplicables para el caso del Fondo de Garantías de Instituciones Financieras - FOGAFÍN y el Fondo de Garantías de Entidades Cooperativas FOGACOO Parágrafo 2. En el caso de las entidades cooperativas, mutuales, las cajas de compensación y en general las entidades sin ánimo de lucro, <u>las asambleas el máximo órgano social</u> de las entidades, por solicitud de la Superintendencia Nacional de Salud, podrán disponer la conversión de la entidad en una sociedad de carácter comercial, en circunstancias excepcionales. Parágrafo 3. El Fondo gozará de las siguientes prerrogativas: a) para todos los efectos tributarios será considerado como establecimiento público; b) estará exento del gravamen a los movimientos financieros,	
--	---	--

	registro y anotación e impuestos nacionales diferentes al impuesto sobre las ventas, no cedidos a entidades territoriales; c) Igualmente, estará exento de inversiones forzosas.	
Artículo 58. <i>Fuentes de recursos del Fondo de Garantías del Sector Salud.</i> El Fondo recaudará y administrará los siguientes recursos para el desarrollo de su objeto en relación con las entidades afiliadas y al pago de los pasivos a su cargo, a saber: 58.1 El producto de los derechos de afiliación obligatoria de las AS o IPS de cualquier naturaleza, que se causarán por una vez y serán fijados por la Junta Directiva del Fondo. 58.2 Las primas que deben pagar las entidades afiliadas en razón del seguro de acreencias de IPS. 58.3 Los beneficios, comisiones, honorarios, intereses y rendimientos que generen las operaciones que efectúe el Fondo. 58.4 El producto de la recuperación de activos del Fondo. 58.5 El producto de préstamos internos y externos. 58.6 Las demás que obtenga a cualquier título, con aprobación de su Junta Directiva.	Artículo 58- 43. Fuentes de recursos del Fondo de Garantías del Sector Salud. El Fondo recaudará y administrará los siguientes recursos para el desarrollo de su objeto en relación con las entidades afiliadas y al pago de los pasivos a su cargo, a saber: 43.1. El producto de los derechos de afiliación obligatoria de las EPS y prestadores de cualquier naturaleza, que se causarán por una vez al año y serán fijados por la Junta Directiva del Fondo. 43.2. Las primas que deben pagar las EPS y prestadores afiliados en razón del seguro de acreencias de IPS <u>fijados por la Junta Directiva del Fondo.</u> 43.3. Los beneficios, comisiones, honorarios, intereses y rendimientos que generen las operaciones que efectúe el Fondo. 43.4. El producto de la recuperación de activos del Fondo 43.5. El producto de préstamos internos y externos. 43.6. Las demás que obtenga a cualquier título, con aprobación de su Junta Directiva.	Se precisa la redacción. Se reenumera como artículo 43 en el texto propuesto.
Artículo 59. Modifíquese el artículo 211 de la Ley 223 de 1995, modificado por el artículo 347 de la Ley 1819 de 2016, el cual quedará así: “Artículo 211. Tarifas del componente específico del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado. Para el año 2021, las tarifas del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado serán las siguientes: a) Para los cigarrillos, tabacos, cigarros y cigarritos, \$4.200 por cada cajetilla de veinte (20) unidades o proporcionalmente a su contenido. b) La tarifa por cada gramo de picadura, rapé o chimú será de \$334. Las anteriores tarifas se actualizarán anualmente, a partir del año 2020, en un porcentaje equivalente al del crecimiento del índice de precios al consumidor certificado por el DANE más cuatro puntos. La Dirección de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, certificará y publicará antes del 1 de enero de cada año las tarifas actualizadas. Parágrafo. El 75% de los ingresos adicionales recaudados por efecto del aumento de la tarifa del impuesto al consumo de cigarrillos serán destinados a financiar el aseguramiento en salud. El 25% restante se destinará al fortalecimiento de las acciones relacionadas con el recaudo y presupuestación del impuesto a nivel territorial.”	Eliminado	Se elimina pues es inconstitucional tramitar una Ley con origen en Senado, que genere o modifique un tributo, así como la posibilidad que la Comisión Séptima no sea la célula legislativa idónea para tal discusión siendo las Comisión III y IV el escenario para dicho trámite.
Artículo 60. Modifíquese el artículo 6 de la Ley 1393 de 2010, modificado por el artículo 348 de la Ley 1819 de 2016, el cual quedará así:	Eliminado	Se elimina por las mismas razones del anterior artículo.

Artículo 6°. <i>Componente Ad Valorem del Impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado.</i> El impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado se adiciona con un componente ad Valorem equivalente al 10% de la base gravable, que será el precio de venta al público efectivamente cobrado, según la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional, actualizado en todos sus componentes en un porcentaje equivalente al del crecimiento del índice de precios al consumidor. Este componente ad Valorem será liquidado y pagado por cada cajetilla de veinte (20) unidades o proporcionalmente a su contenido, por los responsables del impuesto en la respectiva declaración y se regirá por las normas del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado. Parágrafo 1. Para la picadura, rapé y chimú, el ad Valorem del 10% se liquidará sobre el valor del impuesto al consumo específico de este producto, al que se refiere el artículo 211 de la Ley 223 de 1995. Parágrafo 2. El componente ad Valorem también se causará en relación con los productos nacionales que ingresen al departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. Parágrafo 3. La participación del Distrito Capital del impuesto al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado a que se refiere el artículo 212 de la Ley 223 de 1995, también será aplicable en relación con el componente ad Valorem que se regula en este artículo. Parágrafo 4. La destinación de este componente ad Valorem será la prevista en el artículo 7° de la Ley 1393 de 2010.		
Artículo nuevo	Artículo 44 Régimen de Insolvencia. A las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se les aplicarán las reglas del régimen de insolvencia empresarial establecidas en la Ley 1116 de 2006, previa armonización mediante regulación que expida el Gobierno Nacional.	
Artículo 61. <i>Límite Máximo del salario base de Cotización.</i> El límite máximo del salario base de cotización para el sector salud, para trabajadores del sector público y privado, será hasta de 45 salarios mínimos legales mensuales. Esta base será independiente a la base máxima de cotización que existe en el Sistema General Seguridad Social en Pensiones. Parágrafo. En aquellos casos en los cuales el afiliado perciba salario de dos o más empleadores, o ingresos como trabajador independiente o por prestación de servicios como contratista, en un mismo período de tiempo, las cotizaciones correspondientes serán efectuadas en forma proporcional al salario, ingreso devengado de cada uno de ellos, y estas se acumularán para todos los efectos de esta ley sin exceder el tope legal. Para estos efectos, será necesario que las cotizaciones al Sistema de salud se hagan sobre la misma base.	Artículo 61. Límite Máximo del salario base de Cotización. Artículo 45. Salario base de cotización de Salud. Modifíquese el artículo 18 de la Ley 100 de 1993 el cual quedará así: El límite máximo del salario base de cotización para el sector salud, para trabajadores del sector público y privado, será hasta de 45 salarios mínimos legales mensuales <u>La base mínima de cotización en el Régimen Contributivo del Sistema de Salud es un salario mínimo legal mensual vigente y se cotizará por la totalidad del Ingreso Base de Cotización - IBC-. Lo anterior, independiente a la base máxima de cotización que existe en el Sistema General Seguridad Social en Pensiones.</u> Parágrafo. En aquellos casos en los cuales el afiliado perciba salario de dos o más empleadores, o ingresos como trabajador independiente, o por prestación de servicios	Se precisa la redacción. Se reenumera como artículo 45 en el texto propuesto para primer debate.

	como contratista, en un mismo periodo de tiempo, las cotizaciones correspondientes serán <u>proporcionales</u> al salario o ingreso devengado de cada uno de ellos, y estas se acumularán para los efectos de esta ley. Para estos efectos, será necesario que las cotizaciones al Sistema de salud se hagan sobre la misma base	
Artículo 62. Modifíquese el artículo 114-1 del Estatuto Tributario el cual quedará así: Artículo 114-1. Exoneración de aportes. Estarán exoneradas del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, menos de diez (10) salarios mensuales legales vigentes. En el caso de las cotizaciones al Régimen Contributivo de Salud estarán exonerados las sociedades y personas jurídicas y asimiladas contribuyentes declarantes del impuesto sobre la renta y complementarios, correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, un monto equivalente menor o igual a tres (3) salarios mínimos mensuales legales vigentes. Los consorcios, uniones temporales y patrimonios autónomos empleadores en los cuales la totalidad de sus miembros estén exonerados del pago de los aportes parafiscales a favor del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) de acuerdo con los incisos anteriores y estén exonerados del pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social en salud de acuerdo con el inciso anterior o con el parágrafo 4o del artículo 204 de la Ley 100 de 1993, estarán exonerados del pago de los aportes parafiscales a favor del Sena y el ICBF y al Sistema de Seguridad Social en Salud correspondientes a los trabajadores que devenguen, individualmente considerados, menos de tres (03) salarios mínimos mensuales legales vigentes. Parágrafo 1. Los empleadores de trabajadores que devenguen diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes o más, sean o no sujetos pasivos del Impuesto sobre la Renta y Complementarios seguirán obligados a realizar los aportes parafiscales y las cotizaciones de que tratan los artículos 202 y 204 de la Ley 100 de 1993 y los pertinentes de la Ley 1122 de 2007, el artículo 7 de la Ley 21 de 1982, los artículos 2 y 3 de la Ley 27 de 1974 y el artículo 1 de la Ley 89 de 1988, y de acuerdo con los requisitos y condiciones establecidos en las normas aplicables. Parágrafo 2. Parágrafo modificado por el artículo 135 de la Ley 2010 de 2019. El nuevo texto es el siguiente: Las entidades que deben realizar el proceso de calificación de que trata el inciso segundo del artículo 19 del Estatuto Tributario, para ser admitidas como	Eliminado	Se elimina pues es inconstitucional tramitar una Ley con origen en Senado y no en la Cámara, que genere o modifique un tributo, así como la posibilidad que la Comisión Séptima no sea la célula legislativa idónea para tal discusión siendo las Comisión III y IV el escenario para dicho trámite.

contribuyentes del régimen tributario especial, estarán obligadas a realizar los aportes parafiscales y las cotizaciones de que tratan los artículos 202 y 204 de la Ley 100 de 1993 y las pertinentes de la Ley 1122 de 2007, el artículo 7o de la Ley 21 de 1982, los artículos 2 y 3 de la Ley 27 de 1974 y el artículo 1o de la Ley 89 de 1988, y de acuerdo con los requisitos y condiciones establecidos en las normas aplicables. Las entidades de que trata el artículo 19-4 del Estatuto Tributario conservan el derecho a la exoneración de que trata este artículo. Parágrafo 3. Los contribuyentes del impuesto sobre la renta y complementarios, que liquiden el impuesto a la tarifa prevista en el inciso 1o del artículo 240-1 tendrán derecho a la exoneración de que trata este artículo. Parágrafo 4. Los contribuyentes que tengan rentas gravadas a cualquiera de las tarifas de que tratan los parágrafos 1, 2, 3 y 4 del artículo 240 del Estatuto Tributario, y el inciso 1o del artículo 240-1 del Estatuto Tributario, tendrán derecho a la exoneración de aportes de que trata este artículo siempre que liquiden el impuesto a las tarifas previstas en las normas citadas. Lo anterior sin perjuicio de lo previsto en el parágrafo 3o del artículo 240- 1. Parágrafo 5. Las Instituciones de Educación Superior públicas no están obligadas a efectuar aportes para el Servicio Nacional de Aprendizaje.		
Artículo nuevo	Artículo 46. Fuentes de financiación para la atención de población migrante. <u>Prevía cobertura de los riesgos amparados con cargo a los recursos del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito -SOAT-, FONSAT y demás fuentes de que trata el artículo 2.6.1.4.1.1 del Decreto 780 de 2016, se financiará el aseguramiento de la Población Pobre y Vulnerable asegurada a través del Régimen Subsidiado, y el pago de las atenciones iniciales de urgencias que sean prestadas a los nacionales colombianos en el territorio extranjero de zonas de frontera con Colombia, y las atenciones iniciales de urgencias prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley.</u> <u>Una vez se tenga garantizado el aseguramiento y la atención inicial de urgencias de la población objeto de este artículo, el excedente de los recursos del SOAT se podrá destinar a financiar otros programas de Salud Pública.</u> <u>Adicionalmente, para financiar la atención a la población migrante, las entidades territoriales destinarán los rendimientos generados por las cuentas de las entidades territoriales del FONPET hasta en un 50% de lo que se genere en los sectores Salud y Propósito General, sin</u>	

	perjuicio del proceso de descapitalización de sus cuentas.	
Artículo 63. <i>Regulación de Conglomerados Empresariales del Sector Salud.</i> La Superintendencia Nacional de Salud tendrá a cargo la regulación de todas las empresas que manejen recursos de la UPC y de sus holdings en lo concerniente al uso de los recursos de la UPC. Definirá los requerimientos de capital y autorizará las inversiones que hagan en otras empresas del sector salud, buscando reducir el riesgo endógeno y su transmisión a lo largo del sector. Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud expedirán, en un plazo no mayor a un año, la reglamentación correspondiente.	Artículo 63. Regulación de Conglomerados Empresariales del Sector Salud. Artículo 47. Conglomerados Empresariales en Salud. Se considera como matriz de un conglomerado en el que participe algún actor del Sistema de Salud, cualquier persona natural o jurídica o vehículo de inversión que ejerza el primer nivel de control o influencia significativa, de forma individual o conjunta, sobre entidades comerciales y sin ánimo de lucro en los siguientes casos: <u>Cuando más del cincuenta por ciento (50%) del capital pertenezca a la matriz, directamente o por intermedio o con el concurso de sus subordinadas, o de las subordinadas de éstas.</u> <u>Para tal efecto, no se computarán las acciones con dividendo preferencial y sin derecho a voto.</u> <u>Cuando la matriz y las subordinadas tengan conjunta o separadamente el derecho de emitir los votos constitutivos de la mayoría mínima decisoria en la junta de socios o en la asamblea, o tengan el número de votos necesario para elegir la mayoría de miembros de la junta directiva, si la hubiere.</u> <u>Cuando la matriz, directamente o por intermedio o con el concurso de las subordinadas, en razón de un acto o negocio con la sociedad controlada o con sus socios, ejerza influencia dominante en las decisiones de los órganos de administración de la sociedad.</u> <u>Parágrafo 1. La definición de conglomerado contenida en este artículo no tiene efecto alguno sobre disposiciones tributarias, contables, laborales o de otra índole diferente a la aquí señalada o de las competencias de otras entidades reguladoras y supervisoras de conglomerados en Colombia.</u>	Se precisa el alcance de la regulación de conglomerados mediante la definición de estos mismos. Se reenumera como artículo 47 en el texto propuesto
Artículo nuevo	Artículo 48. Supervisión de Conglomerados Empresariales en Salud. <u>Todos los conglomerados empresariales que estén constituidos por un actor del Sistema de Salud, que actúe en calidad de controlante o subordinada, estarán bajo la supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud, en lo relacionado con la revelación del conglomerado, así como la gestión y transmisión del riesgo a los actores del sistema de salud que en él participan, sin perjuicio de las normas exigibles en su calidad de conglomerados ni del cumplimiento de las normas de integración vertical vigentes.</u> <u>En este sentido la Superintendencia Nacional de Salud podrá:</u> <u>Impartir instrucciones a las matrices de los conglomerados sobre la gestión de riesgos, revelación de información, conflictos de interés y gobierno corporativo, que se relacionen con la protección de los recursos del sector salud.</u>	Es un artículo necesario en la definición del esquema de Inspección, Vigilancia y Control de los Conglomerados empresariales en Salud.

	<u>Requerir a la matriz cambios en la estructura del conglomerado, siempre que la existente no permita una adecuada revelación de información, una supervisión comprensiva y consolidada o la identificación del beneficiario real de los recursos del sector salud y/o de las entidades del sistema de salud que lo conforman.</u> <u>Requerir información y realizar visitas de inspección a las entidades que conforman los conglomerados en salud, con el fin de obtener un conocimiento integral de su situación financiera, el manejo de sus negocios, la administración de sus riesgos o de los demás aspectos que se requieran para supervisar el adecuado uso de los recursos del sector salud;</u> <u>Parágrafo 1.</u> <u>En desarrollo de lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud deberá establecer los mecanismos para que sus vigilados revelen el conglomerado, incluyendo subordinadas y vinculadas.</u> <u>Parágrafo 2.</u> <u>Cuando la Superintendencia Nacional de Salud establezca que hay incumplimiento de lo establecido en esta Ley por parte de la Matriz del conglomerado y esta no sea un sujeto vigilado por la Superintendencia dará traslado a las entidades competentes para efectos de la sanción a que haya lugar.</u> <u>Parágrafo 3.</u> <u>Cuando el conglomerado esté bajo regulación y supervisión de otra Superintendencia, se deberán realizar las acciones de supervisión y control de manera articulada, preservando el interés sobre el uso de los recursos del sistema de salud y de conformidad con la reglamentación que establezca el Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley.</u> <u>Parágrafo 4.</u> <u>La Superintendencia de Industria y Comercio, de oficio, reforzará la vigilancia sobre las situaciones de abuso de posición dominante, incumplimiento de los porcentajes permitidos de integración vertical y situaciones reiteradas de prácticas indebidas en el sector salud, por parte de las empresas y compañías que manejen los recursos señalados en el presente artículo. Para favorecer el cumplimiento de esta función podrá conocer la información y la casuística disponible en la Superintendencia de Subsidios Familiar, Superintendencia Financiera, la Superintendencia de Sociedades y la Superintendencia de Economía Solidaria.</u>	
--	--	--

Artículo 64. Medidas Anti Evasión y Elusión. El Ministerio de Salud y Protección Social, la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales –UGPP y la DIAN articularán los diferentes sistemas de información y adelantarán de forma conjunta y articulada medidas persuasivas y sancionatorias de acuerdo con la normativa vigente, con el fin de controlar la evasión y elusión en el Sistema de salud. Parágrafo 1. Con base en la información suministrada por la UGPP, el Ministerio de Salud y Protección Social, la UGPP y la DIAN, adelantarán medidas persuasivas y sancionatorias de acuerdo a la normatividad vigente. Parágrafo 2. Los Ministerios de Salud y Protección Social, Trabajo, Tecnologías y las Comunicaciones, la DIAN y la UGPP, adelantarán campañas de publicidad y pedagogía sobre la importancia de realizar los aportes correspondientes al Sistema de Seguridad Social y las sanciones derivadas de las conductas de evasión y elusión.	Artículo 64. 49. Medidas Anti Evasión y Elusión. El Ministerio de Salud La Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) y la DIAN articularán los diferentes sistemas de información y adelantarán de forma conjunta y articulada medidas persuasivas y sancionatorias de acuerdo con la normativa vigente, con el fin de controlar la evasión y elusión en el Sistema de salud. Parágrafo. Los Ministerios de Salud y Protección Social, Trabajo, Tecnologías y las Comunicaciones, la DIAN y la UGPP, adelantarán campañas de publicidad y pedagogía sobre la importancia de realizar los aportes correspondientes al Sistema de Seguridad Social y las sanciones derivadas de las conductas de evasión y elusión.	Se mejora la redacción definiendo las competencias de las instituciones encargadas del tema. Se vuelve artículo 49 en el texto propuesto.
Artículo 65. Fraude en la afiliación. Cualquier fraude relacionado con los procesos de determinación de beneficiarios del subsidio total o contribución solidaria en el Sistema de salud, así como evasión o elusión por parte de quienes deban realizar aportes al Sistema de salud, por parte de los afiliados será objeto de investigación por parte de la Fiscalía General de la Nación.	Eliminado	Se elimina el artículo dado que para darle validez jurídica a este se debe reformar el código penal y tipificar el delito, cosa que no es competencia de esta Comisión.
Artículo 66. Tasa por las funciones de inspección, vigilancia y control a nivel sanitario. El Instituto Nacional de Salud y las autoridades sanitarias del nivel territorial cobrarán una tasa por las funciones de inspección, vigilancia y control que realicen. Dicha tasa estará a cargo de personas naturales o jurídicas vigiladas. De acuerdo con el inciso segundo del artículo 338 de la Constitución Política, el Ministerio de Salud y Protección Social fijará la tarifa de la tasa, la cual incluirá el valor por el servicio prestado. El sistema para definir la tarifa de esta tasa es un sistema de costos estandarizables, cuyas valoraciones y ponderaciones de los factores que intervienen en su definición se realizan por procedimientos técnicamente aceptados de costeo. El método seguirá las siguientes pautas técnicas: - Elaboración y normalización de flujogramas para los diferentes procesos con el propósito de determinar sus rutinas. - Cuantificación de recurso humano utilizado anualmente en cada uno de los procesos y procedimientos definidos en el literal anterior. Cuantificación de los costos y programas de tecnificación y modernización de la operación de los servicios. - Estimación de las frecuencias de utilización de los servicios generadores de la tasa.	Artículo 66 50. Contribución por gestión sanitaria. El Instituto Nacional de Salud y las direcciones territoriales de salud cobrarán una tasa por las funciones de gestión sanitaria que realicen. Dicha tasa estará a cargo de personas naturales o jurídicas objeto de dicha gestión De acuerdo con el inciso segundo del artículo 338 de la Constitución Política, el Ministerio de Salud y Protección Social fijará la tarifa de la tasa, la cual incluirá el valor por el servicio prestado. El sistema para definir la tarifa de esta tasa es un sistema de costos estandarizables, cuyas valoraciones y ponderaciones de los factores que intervienen en su definición se realizan por procedimientos técnicamente aceptados de costeo. El método seguirá las siguientes pautas técnicas: - Elaboración y normalización de flujogramas para los diferentes procesos con el propósito de determinar sus rutinas. - Cuantificación de recurso humano utilizado anualmente en cada uno de los procesos y procedimientos definidos en el literal anterior - Cuantificación de los costos y programas de tecnificación y modernización de la operación de los servicios.	Se precisa la redacción y se reenumera como artículo 50 en el texto propuesto.

	d. Estimación de las frecuencias de utilización de los servicios generadores de la tasa	
Artículo 67. <i>Periodo de transición.</i> Después de la entrada en vigencia de la presente ley, el Gobierno Nacional y los demás actores competentes tendrán 2 años de transición para la puesta en marcha del Modelo de Atención Primaria en Salud y sus Redes de Prestación de Servicio con sus respectivos médicos familiares y equipos de telemedicina o atención móvil.	Artículo—67. 51. Periodo de transición. Después de la entrada en vigencia de la presente ley, el Gobierno Nacional y los demás actores competentes tendrán <u>hasta</u> tres (3) años de transición para la puesta en marcha del Modelo de Atención y las Redes de Prestación de Servicio con sus respectivos médicos familiares, servicios ambulatorios extramurales y telesalud	Se modifica el tiempo de transición de 2 a 3 años. Se reenumera como artículo 51 en el texto propuesto.
Artículo 68. <i>Vigencia.</i> La presente ley entra en vigencia después de su publicación y deroga el numeral 5 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, el artículo 6° de la Ley 1438 de 2011 y las demás disposiciones que le sean contraria	Artículo 68. 52. Vigencia. La presente ley entra en vigencia a partir de la fecha de su publicación y deroga el numeral 5 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993 y las disposiciones que le sean contrarias.	Se mejora la redacción, se elimina la derogación que hacía referencia al rol de los empleados de las ESE y se reenumera como artículo 52 en el texto propuesto.

5. PROPOSICIÓN

Con fundamento en las anteriores consideraciones y en cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley 5ª de 1992, presentamos ponencia favorable y en consecuencia solicitamos a los miembros de la Comisiones Conjuntas Séptimas del Senado y la Cámara de Representantes, dar primer debate al **Proyecto de Ley 10 de 2020 Senado 425 de 2020 Cámara “Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social, de conformidad con la ley 1751 de 2015, y la sostenibilidad del Sistema de Salud”**

De los y las Senadores y Representantes a la Cámara,



JUAN DIEGO ECHAVARRIA SANCHEZ
COORDINADOR PONENTE
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JOSÉ RITTER LÓPEZ PEÑA
SENADOR DE LA REPÚBLICA


CARLOS FERNANDO MOTOA SOLARTE
Senador de la República



FABER ALBERTO MUÑOZ CERÓN
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



HONORIO MIGUEL HENRIQUEZ
Senador de la República



Laura Fortich Sánchez
Senadora de la República



Jairo Giovanni Cristancho T.
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

JAIRÓ GIOVANNI CRISTANCHO T.
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

NADIA GEORGETTE BLEL SCAFF
SENADORA DE LA REPÚBLICA



AYYDÉ LIZARAZO CUBILLOS
SENADORA DE LA REPÚBLICA

JAIRÓ HUMBERTO CRISTO CORREA
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
COORDINADOR PONENTE



FABIÁN GERARDO CASTILLO SUAREZ
SENADOR DE LA REPÚBLICA
COORDINADOR PONENTE

6. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE EN CONJUNTAS

Texto propuesto para primer debate en Sesiones Séptimas Conjuntas al Proyecto de Ley 10 de 2020 Senado - 425 de 2020 Cámara “Por medio de la cual se dictan disposiciones orientadas a garantizar el Derecho Fundamental a la Salud dentro del Sistema General de Seguridad Social de conformidad con la ley 1751 de 2015 y la sostenibilidad del Sistema de Salud”

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DECRETA

CAPÍTULO I: GENERALIDADES

Artículo 1. Objeto y alcance: Por medio de la presente ley se realizan ajustes al Sistema de Salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, y el desarrollo de la garantía del derecho fundamental a la salud consagrado en la Ley 1751 de 2015, mediante la rectoría del Estado que permita fortalecer las relaciones entre instituciones y sujetos que intervienen directa e indirectamente en la salud, sus determinantes y riesgos en salud y se dictan medidas orientadas a soportar la sostenibilidad financiera del sistema.

Artículo 2. Funciones esenciales del Sistema de Salud. El Sistema de Salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social tiene como funciones esenciales la rectoría del sistema, la financiación, la investigación, la información, la salud pública, la prestación de servicios y el aseguramiento, de manera que conduzca al establecimiento de la salud de las poblaciones a quienes protege, la reducción de las inequidades en salud, el trato digno en la prestación de los servicios, la garantía de la protección financiera de los usuarios y la exigencia de calidad a los aseguradores.

El Sistema de Salud debe funcionar bajo estándares de calidad definidos para todos los actores del SGSSS.

Artículo 3. Política Pública de Salud. Para la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud, se desarrollará una política pública de salud que incluya, un modelo de atención, un esquema de operación del aseguramiento, así como la prestación de servicios que requiera la población, definiendo explícitamente las exclusiones contenidas en artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, con énfasis en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la exigencias de estándares de calidad a los aseguradores para su funcionamiento. El Ministerio de Salud y Protección Social evaluará y actualizará esta política de acuerdo con las necesidades y problemas en salud y la disposición de nuevas tecnologías para la prestación de servicios de salud, bajo los estándares de calidad definidos para los actores del SGSSS.

Artículo 4. Regionalización en el Sistema de Salud. El Sistema de Salud podrá organizarse por regiones, entendida esta como el reconocimiento de las distintas interacciones que se dan entre las personas y comunidades con sus espacios geográficos y sus determinantes sociales en salud más allá de las fronteras político-administrativas, por lo que desde las acciones promocionales, pasando por la prestación de servicios de salud operado en redes, el aseguramiento, hasta la definición de intervenciones y metas, se ajustará a las distintas condiciones, necesidades y problemas en salud de las poblaciones residentes en cada región.

Artículo 5. Gestión Integral del riesgo en salud. La gestión integral del riesgo en salud corresponde a la articulación y coordinación de los diferentes actores del sistema, dentro de sus competencias, en torno a las intervenciones individuales y colectivas que se deben realizar a las personas y su entorno para mitigar, contener y atender los riesgos en salud.

La Nación y las Entidades Territoriales serán responsables de las intervenciones para el manejo del riesgo colectivo y de articular y coordinar estas acciones con las intervenciones para el manejo del riesgo individual que son responsabilidad de las Entidades Administradoras del Plan de Beneficios -EAPB-, las Administradoras de Riesgos Laborales -ARL-, los prestadores de servicios de salud y la población.

Las EAPB, a través de los diferentes prestadores de servicios de salud que hacen parte de su red, se concentra en la gestión de los riesgos individuales, en coordinación y articulación con los demás actores del sistema.

Las Administradoras de Riesgos Laborales -ARL- deberán coordinar las acciones relacionados con los riesgos laborales de sus afiliados, con la EAPB a la cual se encuentren estos afiliados y con los demás actores.

Los prestadores de servicios de salud son responsables de prestar los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, de conformidad con los contratos celebrados con las EAPB y en lo colectivo, de conformidad con los contratos celebrados con las Entidades Territoriales.

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

Parágrafo. Las Entidades Territoriales, las EAPB, las ARL y los prestadores de servicios de salud darán a conocer los resultados del proceso de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, de acuerdo con los mecanismos y periodicidad que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. Estos resultados serán objeto de vigilancia por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y demás actores a cargo de la inspección vigilancia y control de las acciones en salud.

Artículo 6. Modelo de Atención en Salud. El Sistema de Salud colombiano en el marco del SGSS, se desarrollará con base en la estrategia de la Atención integral Primaria en Salud (APS) renovada con enfoque de salud familiar y comunitaria, orientado hacia la promoción de la salud y la gestión integral del riesgo en salud, operativizado por medio de rutas integrales de atención y a través de redes integradas e integrales de servicios en salud.

Toda persona estará adscrita a un prestador primario que le asignará un médico con enfoque de salud familiar y comunitario en los casos en que no haya disponibilidad de especialistas en Medicina Familiar, el cual será de libre elección del afiliado con base al personal adscrito al prestador y contará con el apoyo de un equipo multidisciplinario de salud (EMS) altamente resolutivo y ubicado cerca al lugar donde las personas residen, trabajan, se recrean o estudian.

Parágrafo 1. El enfoque familiar y comunitario corresponde al conjunto de herramientas conceptuales y metodológicas que orienta, a través de procesos transdisciplinarios, el cuidado

integral de la salud en los individuos y colectividades de acuerdo con sus determinantes sociales, el contexto territorial, curso de vida y entorno.

Parágrafo 2. El Equipo Multidisciplinario para la Salud (EMS) contará con los servicios de soporte diagnósticos y terapéuticos necesarios, de acuerdo con el conjunto de servicios definidos para el prestador primario, tanto hospitalario como los servicios de atención extramural, como la telesalud y atención domiciliaria.

Parágrafo 3. Dentro de los dieciocho (18) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley, cada prestador primario deberá contar con el número suficiente de especialistas en Medicina Familiar o de médicos con enfoque familiar, acreditados académicamente para cubrir y atender a todas las personas adscritas a ellos, y deberán reportar el cumplimiento de esta disposición ante el Ministerio de Salud y Protección Social al finalizar el término aquí establecido.

Artículo 7. Modelo de atención diferencial. El aseguramiento y la prestación de servicios de salud en zonas territoriales que cuenten con cualquiera de las siguientes características: baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, presencia significativa de poblaciones étnicas, limitado mercado de servicios, difícil accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, se podrán desarrollar a través de modelos de atención diferenciados que se ajusten a las características territoriales (rural y rural dispersos) y poblacionales.

Artículo 8. Calidad del servicio público esencial de salud. El Gobierno Nacional expedirá las normas relativas a la organización de un sistema de calidad del sistema de salud, que incluye a todos sus agentes y está orientado al fortalecimiento de las capacidades institucionales, operacionales y de infraestructura. El sistema de calidad está orientado a la garantía del goce efectivo del derecho fundamental a la salud y al logro de la finalidad del sistema de salud.

Parágrafo 1. El Gobierno Nacional definirá los estándares de habilitación y acreditación para las Direcciones territoriales de salud, las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, para garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud a las personas.

Parágrafo 2. La Superintendencia Nacional de Salud en ejercicio de sus funciones de Inspección, Vigilancia y Control deberá velar por el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en la habilitación para las direcciones territoriales de salud, las EAPB y los prestadores de servicios de salud.

Artículo 9. Sistema Único Interoperable de información en Salud. Todas las EAPB, las Administradoras de Riesgos Laborales y Prestadores de Servicios de Salud que operen en el territorio nacional deberán contar con sistemas de información interoperables, que cumplan con los requisitos, estructuras de información y funcionalidades que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, en los diferentes aspectos del aseguramiento, flujo de recursos, la prestación de los servicios, y la auditoría y evaluación de la calidad y oportunidad en la atención por parte de los prestadores de servicios de salud.

Sin perjuicio de los demás datos e información necesaria para la interoperabilidad del Sistema, y respetando el Hábeas Data y la reserva de información, se deberá incorporar la historia clínica, la auditoría en línea y la facturación electrónica.

CAPÍTULO II. SALUD PÚBLICA

Artículo 10. Función esencial de la Salud Pública. La función esencial de la salud pública comprende el monitoreo, vigilancia, evaluación y análisis del estado de salud de la población, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la gestión del riesgo en salud, la investigación en salud pública, el fortalecimiento de las capacidades institucionales del sector y la participación social en la salud. Lo anterior, con el propósito de permitir el diseño de planes, programas, políticas, lineamientos, protocolos, intervenciones y estrategias dirigidas a mantener la salud individual y colectiva de la población. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado.

Artículo 11. Plan Decenal de Salud. Modifíquese el artículo 06 de la Ley 1438 de 2011 en su inciso 2 el cual quedará así:

El Plan Decenal definirá los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento y los mecanismos de evaluación del Plan a nivel nacional, regional, departamental, distrital y municipal de acuerdo con el modelo de atención.

Y adiciónese a dicho artículo los siguientes párrafos:

Parágrafo 1. El Plan Decenal deberá coordinarse de manera articulada con los actores del sistema y demás sectores que participan en la atención en salud a nivel nacional y territorial.

Parágrafo 2: El Ministerio de Salud y Protección Social coordinará el seguimiento y evaluación del cumplimiento de las metas propuestas en el Plan para las entidades territoriales y los sectores involucrados al finalizar el periodo de gobierno de la nación, departamentos y municipio y realizará sus ajustes de acuerdo con el comportamiento epidemiológico y prioridades en salud.

Artículo 12. Coordinación Intersectorial de Salud Pública. La Comisión Intersectorial de Salud Pública, creada por la Ley 1438 de 2011, coordinará los sectores y las actividades y metas que intervengan en los determinantes sociales en salud en concordancia con los lineamientos del PDSP.

A nivel de las entidades territoriales, esta coordinación se realizará a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud con la participación de los sujetos e instituciones relacionadas con los determinantes sociales en salud.

Artículo 13. Tipología de las direcciones territoriales de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la tipología de las direcciones territoriales de salud con base en los siguientes elementos, entre otros:

13.1. Características demográficas y poblacionales de la Entidad Territorial

13.2. Comportamiento epidemiológico de la población

13.3. Número y características de los prestadores de servicios ubicados en la entidad territorial

13.4. Determinación de los recursos humanos, físicos y tecnológicos

13.5. Monto de los recursos financieros

Parágrafo. Los perfiles de los directores de las direcciones territoriales de salud se definirán según la tipología definida en el presente artículo

Artículo 14. Fortalecimiento de las direcciones territoriales de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará un programa de fortalecimiento de las capacidades en salud de las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud de forma tal que se garantice y asegure el cumplimiento de los objetivos y metas planteados en el PDSP.

CAPÍTULO III. ASEGURAMIENTO

Artículo 15. Función esencial del aseguramiento individual. La función esencial del aseguramiento en salud comprende la representación del afiliado ante los prestadores, la gestión individual del riesgo en salud, la garantía del acceso efectivo a la prestación de los servicios, la gestión de la red de servicios, **la administración de recursos** y la gestión del riesgo financiero. Estas funciones estarán a cargo de las EAPB, las Administradoras de Riesgos Laborales y las entidades de regímenes especiales y de excepción. **Las funciones del aseguramiento deben realizarse bajo el cumplimiento de los requisitos de habilitación.**

Artículo 16. Beneficios Únicos en Salud. Los regímenes contributivo y subsidiado cubrirán los mismos beneficios en salud, teniendo en cuenta las exclusiones previstas en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, para su población afiliada y beneficiaria. La UPC se igualará en un período de dos años contados a partir de la vigencia de la presente ley.

Artículo 17. Financiación del Plan de Beneficios. El Ministerio de Salud y Protección Social, en un plazo de dieciocho meses (18) contados a partir de la vigencia de la presente ley, definirá los servicios y tecnologías en salud que por su alto volumen de prescripción, seguridad y bajo costo se deberán financiar con cargo a la UPC y determinará la forma de financiación de las tecnologías de alto costo y baja frecuencia de uso que no queden financiadas por la UPC.

Artículo 18. Componentes de la Unidad de Pago por Capitación -UPC-. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el valor anual de la UPC, la cual tendrá un componente fijo y uno variable. Para determinar el componente fijo se realizarán estudios actuariales y se reconocerá un monto por cada persona de acuerdo con la clasificación o respectivo ajustador del riesgo. Este componente fijo deberá ser suficiente para la adecuada protección integral de la salud de los afiliados y beneficiarios. Adicionalmente, se reconocerá un componente variable de incentivos, con base en los siguientes aspectos: (i) la progresividad en la implementación de las rutas obligatorias de promoción y mantenimiento de la salud y materno perinatal y las que se definan como prioridad de cada EAPB de conformidad con las necesidades y problemas en salud de su población afiliada. (ii) El cumplimiento de indicadores de resultados en salud, definidos en las Rutas de Atención Integral, obligatorias y las adoptadas por cada EAPB. Las fuentes de información definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social deberán reflejar los resultados obtenidos para efectos de determinar el reconocimiento de los incentivos.

Parágrafo. Los recursos que se obtengan por el componente variable deberán ser reconocidos de igual forma a la red de prestadores involucrada en la atención de la población de cada una de las Rutas de Atención Integrales de Salud.

Artículo 19. Regionalización del aseguramiento. De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 4º. de la presente Ley, toda EAPB que opte por operar en una o varias regiones definidas por el Ministerio de Salud Y Protección Social, deberá contar con la capacidad institucional que permita la gestión individual del riesgo en salud y coordinar con los riesgos poblacionales, colectivos, así como los riesgos laborales.

La garantía al acceso a los servicios de salud en cada una de las regiones de aseguramiento se realizará con las redes integrales e integradas de servicios de salud, debidamente habilitadas por cada Dirección Departamental o Distrital de salud. Estas redes deberán impulsar el fortalecimiento del prestador primario, incluyendo en éstos, el uso de los servicios extramurales como la telesalud, consulta y hospitalización domiciliaria, entre otros, pudiendo celebrar convenios interinstitucionales con este fin.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará un mecanismo de determinación del rango, en cuanto a la cantidad de EAPB que deben operar en cada región, de conformidad con el número de afiliados en cada una de ellas, con el fin de garantizar el adecuado ejercicio al derecho de la libre elección y competencia de mercado.

Parágrafo 2. Los servicios de salud en regiones de baja densidad poblacional y bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, podrán ser prestados por una única EAPB. En el caso de que se decida prestar el servicio a través de un único EAPB, este será seleccionado mediante un proceso objetivo que será adelantado por el Ministerio de Salud y Protección Social y la entidad o entidades territoriales de la región, que esté articulado con los prestadores de servicios existentes en la zona y cumpla con la integralidad, continuidad y calidad en los servicios de los individuos, familias y comunidad.

CAPÍTULO IV. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Artículo 20. Función esencial de prestación de servicios de salud. La función esencial de la prestación de servicios de salud comprende la atención a la población con relación a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, acceso efectivo, calidad en los servicios de salud y satisfacción del usuario, con una atención oportuna, continua, integral y resolutive de las necesidades y problemas de salud de la población.

Artículo 21. Regionalización de la prestación de servicios de salud. Los Prestadores de Servicios de Salud podrán converger para garantizar los servicios y tecnologías del Plan de Beneficios en las regiones. La prestación de servicios primarios se debe garantizar en el ámbito local de acuerdo con la disponibilidad de la oferta. En caso de no existir la oferta necesaria dicha atención se podrá prestar en el ámbito departamental y si ésta no cuenta con los servicios suficientes, se podrá prestar en el ámbito regional.

La prestación de servicios complementarios se brindará en el ámbito departamental, y en caso de no existir la oferta necesaria y suficiente se garantizará en la región.

Artículo 22. Redes integrales e integradas de Servicios. Las Redes integrales e integradas de Servicios, podrán estar conformadas por Prestadores de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta con servicios habilitados, articulados por niveles de atención y complejidad a través de las redes de prestadores primarios y prestadores complementarios.

Los integrantes de las redes deben contar con recursos humanos, técnicos, financieros, físicos, tecnológicos y de información e incluir los procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud que permita garantizar la gestión adecuada de la atención.

Las redes se gestionarán bajo los principios de disponibilidad, equidad, aceptabilidad, accesibilidad, acceso efectivo y calidad en los servicios de salud, con una atención oportuna, continua, integral y resolutive, permitiendo la participación comunitaria y las acciones intersectoriales para el abordaje de los determinantes de la salud.

Parágrafo 1. Las redes integrales e integradas de prestación de servicios deberán garantizarse en las regiones, departamentos, distritos, municipios y localidades, donde la población vive, trabaja, se recrea o estudia.

Parágrafo 2. Las EAPB, en concertación con las entidades territoriales, garantizará la integralidad de los servicios de acuerdo con el análisis de la situación de salud de sus afiliados y las prioridades del Plan Territorial de Salud.

Parágrafo 3. Las direcciones territoriales de salud departamentales y distritales habilitarán las redes de prestación de servicios de su jurisdicción y el Ministerio de Salud y Protección Social habilitará las redes de prestación de servicio a nivel regional. Estas redes serán vigiladas y controladas por la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 4. Las EAPB deberán reportar al Ministerio de Salud y Protección Social, a través del módulo de redes del Registro Especial de Prestadores de Salud -REPS-, la información actualizada del Prestador Primario al cual se encuentra adscrito cada uno de sus afiliados, al igual que los prestadores complementarios de servicios de salud y las unidades funcionales que conforman la red integral de prestadores de servicios de salud.

Artículo 23. Prestador Primario. El prestador primario es el componente básico del servicio de salud que velará por la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en individuos, familias y comunidad, con capacidad resolutoria para atender la mayor parte de los eventos en salud, para lo cual contará con la capacidad humana, técnica, tecnológica, administrativa y financiera suficiente.

Los prestadores primarios en lo ambulatorio, contarán con el apoyo de especialistas en medicina familiar y comunitaria y especialidades básicas, otras profesiones relacionadas con el servicio de salud, apoyo diagnóstico y terapéutico, y tecnologías necesarias para la atención de la población a su cargo y en los servicios de atención extramural contará con servicios de telesalud, equipos móviles de atención, atención domiciliaria tanto ambulatoria como hospitalaria, de manera que se garantice el acceso oportuno de la atención.

Parágrafo. La prestación de los servicios **por parte del prestador primario**, al interior de las redes primarias de servicios no requerirá de autorización por parte de las EAPB.

Artículo 24. Prestadores Complementarios. Los prestadores complementarios son aquellos prestadores con capacidad para atender el manejo de enfermedades y condiciones que requieran aporte continuo de media y alta complejidad, ambulatorio, de internación y ejecución de procedimientos quirúrgicos. Deberán garantizar la integralidad de la atención y su complementariedad a través del sistema de referencia y contrarreferencia dentro de la Red Integral de Servicios de Salud definida.

Artículo 25. Centros de Excelencia. Los Centros de Excelencia son prestadores complementarios que pueden ser prestadores independientes o subredes de atención que se caracterizan por su capacidad de integrar la asistencia, la investigación y la docencia alrededor de la enfermedad o conjuntos de enfermedades que requieran de alto aporte en tecnología y especialización médica.

Parágrafo 1. Los centros de excelencia deberán tener la capacidad de manejo integral de las enfermedades, condiciones o procedimientos a partir de la cual están definidos, que incluirá entre otras el cáncer, los trasplantes, las enfermedades huérfanas y demás que requieran el aporte continuo de tecnología e investigación.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá y reglamentará, dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, los grupos de enfermedad o procedimientos que para su manejo requieran la incorporación de Centros de Excelencia en las Redes integrales e integradas de Prestación de Servicios, así como los regímenes de transición para su creación y habilitación.

Artículo 26. Empresas Sociales del Estado. Los hospitales públicos continuarán funcionando como Empresas Sociales del Estado ESE. Los hospitales públicos en territorios no certificados y los certificados que lo consideren pertinente, podrán emprender procesos de integración estructural de varias ESE, en una única razón social a cargo del departamento, distritos, municipios o de asociación de municipios. Los procesos de integración funcional mediante diversos tipos de acuerdos de voluntades podrán mantener la figura de las ESE individuales con diversas razones sociales.

En cualquier caso, su configuración corresponderá a redes regionales de salud definidas en la presente Ley. Al interior de cada red regional, existiría una organización por micro territorios y la disposición de redes de prestadores primarios y de estos con prestadores complementarios.

Parágrafo 1. Sin perjuicio de lo previsto en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, y la Ley 1996 de 2019 en su artículo 8, las ESE que no tengan sostenibilidad financiera por dificultades administrativas o técnicas, deberán reestructurarse, fusionarse o adoptar otros mecanismos para alcanzar la viabilidad financiera y de servicios.

Parágrafo 2. Si la venta de servicios por condiciones del mercado no financia la prestación de servicios de salud, las ESEs podrán recibir subsidios de oferta.

Artículo 27. Tipologías de las Empresas Sociales del Estado. Las características de las ESE deben ser establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social con base en los siguientes elementos:

27.1. Modelos tipo de hospitales, de acuerdo con la población a atender, su dispersión geográfica, la oferta de servicios, el portafolio de servicios, la frecuencia de uso, las condiciones de mercados, entre otros.

27.2. Determinación de los recursos humanos, físicos y tecnológicos, por tipo de hospital.

27.3 Determinación de régimen presupuestal acorde con los ingresos, costos, gastos, recaudo, cartera, inversiones y demás relacionados.

27.4. Modelos de evaluación de servicios, financiera de gestión, calidad y resultados en salud por tipo de hospital.

27.5. Planta de Cargos.

Parágrafo. Los perfiles de los gerentes de las ESEs se definirán según la tipología expuesta en el presente artículo.

Artículo 28. Modifíquese el artículo 20 de la Ley 1797 de 2016, el cual quedará así:

Artículo 20. Nombramiento de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado. Los Gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del nivel territorial serán nombrados según el perfil del gerente según la tipología de la ESE, a través de concurso de méritos adelantado por la Comisión Nacional del Servicio Civil, por periodo institucional de cuatro (4) años. El nombramiento se realizará en los términos del artículo 72 de la Ley 1438 de 2011.

En el nivel nacional los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por el Presidente de la República., dentro de los tres (3) meses siguientes a su posesión, adelantar los nombramientos regulados en el presente artículo, previa verificación del cumplimiento de los requisitos del cargo establecidos en las normas correspondientes y evaluación de las competencias que señale el Departamento Administrativo de la Función Pública. Los Gerentes o Directores de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados para periodos institucionales de cuatro (4) años, el cual empezará con la posesión y culminará tres (3) meses después del inicio del periodo institucional del Presidente de la República, Dentro de dicho periodo, solo podrán ser retirados del cargo con fundamento en una evaluación insatisfactoria del plan de gestión, evaluación que se realizará en los términos establecidos en la Ley 1438 de 2011 y las normas reglamentarias, por destitución o por orden judicial.

Artículo 29. Funcionamiento de Redes Integradas de Servicios de Salud de las ESEs.

Para el cumplimiento de la función esencial de prestación de servicios, las ESEs y los prestadores privados y mixtos, podrán conformar redes integradas de prestación de servicios de salud. Para tal fin, el Ministerio de Salud y Protección Social establecerá una metodología que incluya el desarrollo de alianzas entre ESEs, prestadores privados y mixtos, la integración, gestión y coordinación del portafolios de servicios, la evaluación de la factibilidad técnica y financiera de los servicios a ofertar, de manera que respondan al comportamiento epidemiológico de la población a atender.

Parágrafo 1. Será responsabilidad de las entidades territoriales la coordinación operativa y complementariedad de los hospitales públicos que hagan parte de las redes integrales e integradas de servicios de salud.

Parágrafo 2. Se podrán constituir redes primarias de atención en salud que proveerán servicios desde micro territorios con familias y ciudadanos en acciones extramurales y con equipos interdisciplinarios, hasta servicios intramurales que llegan al nivel de servicios médicos especializados básicos, de tipo ambulatorio y hospitalización.

Parágrafo 3. El portafolio de servicios de la red conformada debe corresponder a las necesidades y problemas de la población de su jurisdicción, al tamaño poblacional, las condiciones de mercado, los recursos disponibles, y estar ajustados a los hospitales tipo descritos en la presente ley que la conforman, lo cual debe estar reflejado en el Plan de redes de servicios del departamento o las regiones en salud.

Parágrafo 4. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá indicadores para el monitoreo y seguimiento de la red los cuales servirán de insumo para el diseño de estímulos de resultados a las Redes Integradas de Servicios de Salud de las ESEs.

Artículo 30. Fortalecimiento de las redes primarias de Empresas Sociales de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará un programa de fortalecimiento de las capacidades en salud a las ESEs que conforman las redes primarias de atención.

Artículo 31. Transformación del Instituto Nacional de Cancerología -INC. Transfórmese el Instituto Nacional de Cancerología en una entidad estatal de naturaleza especial, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, la cual conserva la misma denominación y hará parte del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación. Los derechos y obligaciones que a la fecha de promulgación de esta ley tenga el INC, continuarán en favor y a cargo del mismo como entidad estatal de naturaleza especial.

De conformidad con lo establecido en el artículo 150, numeral 10, de la Constitución Política, revístase al Presidente de la República de precisas facultades extraordinarias por el término de seis (6) meses, contados desde la fecha de publicación de la presente ley, para transformar y reestructurar al INC de acuerdo a su nueva naturaleza jurídica, definir su domicilio, objeto, funciones, órganos y estructura de dirección y administración, patrimonio y fuentes de recursos, régimen jurídico administrativo, laboral y contractual.

La inspección vigilancia y control del INC, será ejercida por la Superintendencia Nacional de Salud.

CAPÍTULO V. TRANSACCIONALIDAD Y MECANISMOS DE PAGO

Artículo 32. Agrupadores de Eventos en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará un instrumento que permita a partir de uno o varios agrupadores, integrar procedimientos, intervenciones, actividades y tecnologías, en función de los ciclos de atención y a partir de diagnósticos de episodios para el manejo de la enfermedad.

Este **instrumento** será utilizado como herramienta para evaluar la gestión clínica en función de los resultados en salud y facilitar **el intercambiar la información en** la transaccionalidad entre los agentes del sistema. Lo anterior sin perjuicio de la autonomía médica.

Artículo 33. Contratación entre agentes del Sistema. La relación entre los agentes será mediada a través de acuerdos de voluntades justos y estables que propendan por la garantía del derecho fundamental a la salud, la gestión integral del riesgo y la obtención de resultados en salud y deberán incluir, pero no limitarse a formas de contratación como pagos globales prospectivos, riesgos compartido, grupos de diagnóstico, grupos de riesgo, capitación, eventos, entre otros.

Los acuerdos de voluntades deben tener en cuenta el modelo de atención, las frecuencias de uso, la severidad de la atención, las Rutas Integradas de Atención en Salud y la generación de incentivos sobre, i) cumplimiento de metas y mantenimiento de la salud de la población en general, ii) mejora en la capacidad resolutoria del prestador primario y iii) la garantía al acceso al servicio de salud de manera integral, continua, oportuna y con calidad.

Artículo 34. Pago de las intervenciones del prestador primario. De acuerdo con los conjuntos de procedimientos definidos para el prestador primario, el pago de dichas intervenciones deberá ser ajustado por las Entidades Territoriales y las EAPB, de acuerdo con el cumplimiento de las acciones definidas, la gestión y control del riesgo colectivo e individual de la población a su cargo y el cumplimiento de indicadores y metas de resultados establecidos en la ficha técnica de los contratos respectivos.

CAPÍTULO VI. TALENTO HUMANO EN SALUD

Artículo 35. Sistema de información para la gestión, planificación y formación del Talento Humano en Salud. El Gobierno Nacional, en un plazo no mayor a un año a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, deberá tener un sistema interoperable de información del Talento Humano en Salud, haciendo uso del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud – ReTHUS, el Servicio Social Obligatorio (SSO) y las residencias médicas, con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), el Sistema de Información para la Protección Social (SISPRO), el Sistema Nacional de Educación Superior (SNIES), Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (SACES) y el Sistema de Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (SIET) del Ministerio de Educación Nacional, con el fin de desarrollar la política nacional del Talento Humano en Salud.

Artículo 36. Oferta de programas de especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina. Las Instituciones de Educación Superior IES que ofrezcan especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio en el marco del Sistema Nacional de Residentes, recibirán incentivos para el establecimiento de compromisos de formación de especialistas de acuerdo al análisis disponibilidad del Talento Humano en Salud en el territorio nacional. El Gobierno Nacional diseñará los incentivos para las Instituciones de Educación Superior y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio.

Artículo 37. Denominaciones de especialidades médicas. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el procedimiento para la definición y actualización de las denominaciones de especialidades médicas a ser reconocidos al interior del Sistema de Salud, de conformidad con las necesidades de la población colombiana.

Las denominaciones de la especialidad médica deberán diferenciar especialidades médicas básicas, segundas especialidades y áreas de certificación de competencias.

Parágrafo. Las denominaciones de especialidades existentes deberán tener un periodo definido para la homologación a las nuevas denominaciones definidas para el Sistema de Salud.

Artículo 38. Incentivos a la formación y práctica de las especializaciones en Salud Familiar y Comunitaria y Medicina Familiar. Para promover la formación y práctica de profesionales de la salud especializados en salud familiar y comunitaria y médicos especialistas en medicina familiar, se podrán destinar recursos de regalías para financiar a profesionales del área de la salud con los cuales se podrán establecer acuerdos de contraprestación. El Gobierno Nacional podrá destinar recursos del presupuesto general de la nación para concurrir en la formación de estos perfiles.

Parágrafo. Los lineamientos de la contraprestación de que trata el presente artículo serán definidos en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social y la entidad territorial. Los cuales deberán garantizar que los recursos asignados sean para habitantes del Departamento, Distrito o Municipio que otorga la financiación y el compromiso por parte del beneficiario de su permanencia en el territorio por mínimo cuatros (4) años contados a partir de la culminación con éxitos de sus estudios de especialización.

Artículo 39. . Prohibición de tercerización laboral para el Talento Humano en Salud. El personal requerido en toda institución o empresa pública o privada que preste servicios en salud para el desarrollo de actividades misionales permanentes, no podrá estar vinculado a través de figuras que hagan intermediación laboral como los contratos de prestación de servicios, cuentas por participación, las empresas de servicios temporales, las cooperativas, o asociaciones, los contratos sindicales, outsourcing, empresas de servicios temporales o bajo ninguna modalidad de vinculación que pueda generar una afectación de los derechos constitucionales, legales y prestacionales consagrados en las normas laborales vigentes. Conforme a lo anterior, todo cuerpo médico, de enfermería, el personal asistencial, administrativo y de servicios generales, deberá ser contratado bajo un contrato laboral con todos los requisitos contemplados en el Código Sustantivo del Trabajo.

Parágrafo. El Ministerio del Trabajo tendrá una dependencia que se encargará exclusivamente de ejercer la vigilancia y control de lo aquí estipulado. De esta manera, en los casos a que hubiere lugar, se impondrán sanciones a las entidades del sector salud que no cumplan con las disposiciones contenidas en el presente artículo. Las facultades de vigilancia y sancionatorias se sujetarán a lo previsto en el artículo 486 del Código Sustantivo del Trabajo.

CAPÍTULO VII. FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD

Artículo 40. Creación y objeto del Fondo de Garantías del Sector Salud. Créase el Fondo de Garantías del Sector Salud como una entidad del nivel descentralizado, de naturaleza única, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente, sometida al derecho público y vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con su objeto y naturaleza. Deberán inscribirse obligatoriamente en el Fondo, las EPS y de forma voluntaria los prestadores de servicios y otros proveedores de servicios y tecnologías en salud.

El Fondo tiene por objeto garantizar la continuidad de prestación de servicios de salud al usuario cuando esta pueda verse amenazada por la imposibilidad de pago de obligaciones por parte de las EAPB o prestadores de servicios como resultado de problemas financieros.

Parágrafo 1. Las operaciones del Fondo se regirán por esta Ley, por las normas del derecho privado y por el reglamento que expida el Gobierno Nacional **dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley**

Parágrafo 2. El Gobierno Nacional reglamentará, **dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley**, las condiciones de amparo del seguro de acreencias para las IPS y proveedores de servicios y tecnologías en salud, con el fin de cubrir el pago de las obligaciones en los montos que se definan, garantizando en todo momento que exista un riesgo asegurable para el Fondo.

Artículo 41. Órganos de Dirección y Administración. Son órganos de dirección y administración del Fondo de Garantías de Sector Salud: la Junta Directiva y el director

La Junta Directiva estará compuesta por cinco (5) miembros, así: el Ministro de Salud y Protección Social o su delegado quien la presidirá, un (1) delegado del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, un (1) representante designado por el presidente de la República, el director de la ADRES o su delegado. El director será designado por el presidente de la República.

Artículo 42. Funciones del Fondo de Garantías del Sector Salud. Para desarrollar el objeto el Fondo tendrá las siguientes funciones:

42.1 Servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial que permita el acceso a crédito y otras formas de financiamiento.

42.2 En los casos de intervención ordenada por la Superintendencia Nacional de Salud, designar el liquidador, el agente especial o el administrador temporal de la respectiva entidad y al revisor fiscal, así como efectuar el seguimiento sobre la actividad de los mismos.

42.3 Apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y de reorganización de las entidades afiliadas para lo cual podrá participar transitoriamente en el capital y en los órganos de administración de tales entidades, en cuyo caso el régimen laboral de los empleados de las entidades no se modificará.

42.4 Definir y recaudar el pago de la prima del seguro de acreencias para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

42.5 Desarrollar análisis de riesgos financieros para efectos de informar a la Superintendencia Nacional de Salud cuando considere que existen situaciones en las cuales algunas entidades afiliadas ponen en peligro la confianza del aseguramiento en salud o incumplen cualquiera de las obligaciones previstas en la Ley, para que la superintendencia tome las medidas que le corresponden.

42.6 Las demás operaciones que autorice el Gobierno Nacional en el marco de su objeto.

Parágrafo 1. Las condiciones para la participación del Fondo en el capital o patrimonio de las EPS serán las previstas en el estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás normas aplicables para el caso del Fondo de Garantías de Instituciones Financieras - FOGAFÍN y el Fondo de Garantías de Entidades Cooperativas FOGACOO.

Parágrafo 2. En el caso de las entidades cooperativas, mutuales, las cajas de compensación y en general las entidades sin ánimo de lucro, el máximo órgano social de las entidades, por solicitud de la Superintendencia Nacional de Salud, podrán disponer la conversión de la entidad en una sociedad de carácter comercial, en circunstancias excepcionales.

Parágrafo 3. El Fondo gozará de las siguientes prerrogativas: a) para todos los efectos tributarios será considerado como establecimiento público; b) estará exento del gravamen a los movimientos financieros, registro y anotación e impuestos nacionales diferentes al impuesto sobre las ventas, no cedidos a entidades territoriales; c) Igualmente, estará exento de inversiones forzosas.

Artículo 43. Fuentes de recursos del Fondo de Garantías del Sector Salud. El Fondo recaudará y administrará los siguientes recursos para el desarrollo de su objeto en relación con las entidades afiliadas y al pago de los pasivos a su cargo, a saber:

41.1. El producto de los derechos de afiliación obligatoria de las EPS y prestadores de cualquier naturaleza, que se causarán por una vez al año y serán fijados por la Junta Directiva del Fondo.

41.2. Las primas que deben pagar las EPS y prestadores afiliados en razón del seguro de acreencias de IPS fijados por la Junta Directiva del Fondo.

41.3. Los beneficios, comisiones, honorarios, intereses y rendimientos que generen las operaciones que efectúe el Fondo.

41.4. El producto de la recuperación de activos del Fondo.

41.5. El producto de préstamos internos y externos.

41.6. Las demás que obtenga a cualquier título, con aprobación de su Junta Directiva.

Artículo 44. Régimen de Insolvencia: A las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud se les aplicarán las reglas del régimen de insolvencia empresarial establecidas en la Ley 1116 de 2006, previa armonización mediante regulación que expida el Gobierno Nacional.

Artículo 45. Salario base de cotización de Salud. Modifíquese el artículo 18 de la Ley 100 de 1993 el cual quedará así:

La base mínima de cotización en el Régimen Contributivo del Sistema de Salud es un salario mínimo legal mensual vigente y se cotizará por la totalidad del Ingreso Base de Cotización -IBC-. Lo anterior, independiente a la base máxima de cotización que existe en el Sistema General Seguridad Social en Pensiones.

Parágrafo. En aquellos casos en los cuales el afiliado perciba salario de dos o más empleadores, o ingresos como trabajador independiente, o por prestación de servicios como contratista, en un mismo periodo de tiempo, las cotizaciones correspondientes serán proporcionales al salario o ingreso devengado de cada uno de ellos, y estas se acumularán para los efectos de esta ley.

Artículo 46. Fuentes de financiación para la atención de población migrante. Previa cobertura de los riesgos amparados con cargo a los recursos del Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito -SOAT-, FONSAT y demás fuentes de que trata el artículo 2.6.1.4.1.1 del Decreto 780 de 2016, se financiará el aseguramiento de la Población Pobre y Vulnerable asegurada a través del Régimen Subsidiado, y el pago de las atenciones iniciales de urgencias que sean prestadas a los nacionales colombianos en el territorio extranjero de zonas de frontera con Colombia, y las atenciones iniciales de urgencias prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley.

Una vez se tenga garantizado el aseguramiento y la atención inicial de urgencias de la población objeto de este artículo, el excedente de los recursos del SOAT se podrá destinar a financiar otros programas de Salud Pública.

Adicionalmente, para financiar la atención a la población migrante, las entidades territoriales destinarán los rendimientos generados por las cuentas de las entidades territoriales del FONPET hasta en un 50% de lo que se genere en los sectores Salud y Propósito General, sin perjuicio del proceso de descapitalización de sus cuentas.

CAPÍTULO VIII. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y MEDIDAS ANTIEVASIÓN

Artículo 47. Conglomerados Empresariales en Salud. Se considera como matriz de un conglomerado en el que participe algún actor del Sistema de Salud, cualquier persona natural o jurídica o vehículo de inversión que ejerza el primer nivel de control o influencia significativa, de forma individual o conjunta, sobre entidades comerciales y sin ánimo de lucro en los siguientes casos:

Cuando más del cincuenta por ciento (50%) del capital pertenezca a la matriz, directamente o por intermedio o con el concurso de sus subordinadas, o de las subordinadas de éstas. Para tal efecto, no se computarán las acciones con dividendo preferencial y sin derecho a voto.

Cuando la matriz y las subordinadas tengan conjunta o separadamente el derecho de emitir los votos constitutivos de la mayoría mínima decisoria en la junta de socios o en la asamblea, o tengan el número de votos necesario para elegir la mayoría de miembros de la junta directiva, si la hubiere.

Cuando la matriz, directamente o por intermedio o con el concurso de las subordinadas, en razón de un acto o negocio con la sociedad controlada o con sus socios, ejerza influencia dominante en las decisiones de los órganos de administración de la sociedad.

La definición de conglomerado contenida en este artículo no tiene efecto alguno sobre disposiciones tributarias, contables, laborales o de otra índole diferente a la aquí señalada o de las competencias de otras entidades reguladoras y supervisoras de conglomerados en Colombia.

Artículo 48. Supervisión de Conglomerados Empresariales en Salud. Todos los conglomerados empresariales que estén constituidos por un actor del Sistema de Salud, que actúe en calidad de controlante o subordinada, estarán bajo supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud, en lo relacionado con la revelación del conglomerado, así como la gestión y transmisión del riesgo a los actores del sistema de salud que en él participan, sin perjuicio de las normas exigibles en su calidad de conglomerados ni del cumplimiento de las normas de integración vertical vigentes.

En este sentido la Superintendencia Nacional de Salud podrá:

Impartir instrucciones a las matrices de los conglomerados sobre la gestión de riesgos, revelación de información, conflictos de interés y gobierno corporativo, que se relacionen con la protección de los recursos del sector salud.

Requerir a la matriz cambios en la estructura del conglomerado, siempre que la existente no permita una adecuada revelación de información, una supervisión comprensiva y consolidada o la identificación del beneficiario real de los recursos del sector salud y/o de las entidades del sistema de salud que lo conforman.

Requerir información y realizar visitas de inspección a las entidades que conforman los conglomerados en salud, con el fin de obtener un conocimiento integral de su situación financiera, el manejo de sus negocios, la administración de sus riesgos o de los demás aspectos que se requieran para supervisar el adecuado uso de los recursos del sector salud.

Parágrafo 1. En desarrollo de lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud deberá establecer los mecanismos para que sus vigilados revelen el conglomerado, incluyendo subordinadas y vinculadas.

Parágrafo 2. Cuando la Superintendencia Nacional de Salud establezca que hay incumplimiento de lo establecido en esta Ley por parte de la Matriz del conglomerado y esta no sea un sujeto vigilado por la Superintendencia dará traslado a las entidades competentes para efectos de la sanción a que haya lugar.

Parágrafo 3. Cuando el conglomerado esté bajo regulación y supervisión de otra Superintendencia, se deberán realizar las acciones de supervisión y control de manera articulada, preservando el interés sobre el uso de los recursos del Sistema de Salud y de conformidad con la

reglamentación que establezca el Gobierno Nacional dentro de los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley.

Parágrafo 4. La Superintendencia de Industria y Comercio, de oficio, reforzará la vigilancia sobre las situaciones de abuso de posición dominante, incumplimiento de los porcentajes permitidos de integración vertical y situaciones reiteradas de prácticas indebidas en el sector salud, por parte de las empresas y compañías que manejen los recursos señalados en el presente artículo. Para favorecer el cumplimiento de esta función podrá conocer la información y la casuística disponible en la Superintendencia de Subsidios Familiar, Superintendencia Financiera, la Superintendencia de Sociedades y la Superintendencia de Economía Solidaria.

Artículo 49. Medidas Anti Evasión y Elusión. La Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) y la DIAN articularán los diferentes sistemas de información y adelantarán de forma conjunta y articulada medidas persuasivas y sancionatorias de acuerdo con la normativa vigente, con el fin de controlar la evasión y elusión en el Sistema de Salud.

Parágrafo. Los Ministerios de Salud y Protección Social, Trabajo, Tecnologías y las Comunicaciones, la DIAN y la UGPP, adelantarán campañas de publicidad y pedagogía sobre la importancia de realizar los aportes correspondientes al Sistema de Seguridad Social y las sanciones derivadas de las conductas de evasión y elusión.

Artículo 50. Contribución por gestión sanitaria. El Instituto Nacional de Salud y las direcciones territoriales de salud cobrarán una contribución por las funciones de gestión sanitaria que realiza. Dicha contribución estará a cargo de personas naturales o jurídicas objeto de dicha gestión de acuerdo con el inciso segundo del artículo 338 de la Constitución Política, el Ministerio de Salud y Protección Social fijará la tarifa de la tasa, la cual incluirá el valor por el servicio prestado.

Para definir la tarifa de esta contribución se hará mediante un sistema de costos estandarizables, cuyas valoraciones y ponderaciones de los factores que intervienen en su definición se realizan por procedimientos técnicamente aceptados de costeo. El método seguirá las siguientes pautas técnicas:

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

CAPÍTULO IX. OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 51. Periodo de transición. Después de la entrada en vigencia de la presente ley, el Gobierno Nacional y los demás actores competentes tendrán hasta tres (3) años de transición para la puesta en marcha del Modelo de Atención y las Redes de Prestación de Servicio con sus respectivos médicos familiares, servicios ambulatorios extramurales y telesalud.

Artículo 52. Vigencia. La presente ley entra en vigencia a partir de la fecha de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

De los y las Senadores y Representantes a la Cámara,



JUAN DIEGO ECHAVARRIA SANCHEZ
COORDINADOR PONENTE
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



CARLOS FERNANDO MOTOA SOLARTE
Senador de la República

JOSÉ RITTER LÓPEZ PEÑA
SENADOR DE LA REPÚBLICA



FABER ALBERTO MUÑOZ CERÓN
REPRESENTANTE A LA CÁMARA



HONORIO MIGUEL HENRIQUEZ
Senador de la República



Laura Fortich Sánchez
Senadora de la República



JAIRO GIOVANNI CRISTANCHO T.
REPRESENTANTE A LA CÁMARA

NADIA GEORGETTE BLEL SCAFF
SENADORA DE LA REPÚBLICA



AYYDÉ LIZARAZO CUBILLOS
SENADORA DE LA REPÚBLICA

JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
COORDINADOR PONENTE



FABIÁN GERARDO CASTILLO SUÁREZ
SENADOR DE LA REPÚBLICA
COORDINADOR PONENTE