

Bogotá D.C. 30 de julio de 2024

DOCTOR

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

SECRETARIO GENERAL CÁMARA DE REPRESENTANTES

Referencia: Radicación del **Proyecto de Ley No. _____ de 2024** ----- “Por medio de la cual se garantiza el cumplimiento del objeto y la plena aplicación de lo dispuesto en la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 y se dictan otras disposiciones.

Respetado Señor Secretario.

En nuestra condición de Congresistas de la República, nos permitimos radicar ante esta Corporación el presente Proyecto de Ley, solicitando formalmente a su señoría, se sirva iniciar el trámite correspondiente en aplicación del ordenamiento constitucional y legal vigente.

Cordialmente,

Julia Miranda Londoño Representante a la Cámara por Bogotá Nuevo Liberalismo	Jenifer Pedraza Representante a la Cámara por Bogotá Partido Dignidad
Catherine Juvinao Clavijo Representante a la Cámara por Bogotá Alianza Verde	Humberto de la Calle Lombana Senador de la República
Daniel Carvalho Mejía Representante a la Cámara por Antioquia	Carolina Giraldo Botero Representante a la Cámara por Risaralda
Alejandro García Representante a la Cámara por Risaralda Alianza Verde	

PROYECTO DE LEY No. _____ DE 2024 -----

Por medio de la cual se garantiza el cumplimiento del objeto y la plena aplicación de lo dispuesto en la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

TÍTULO I: SISTEMA DE SALUD

CAPÍTULO I: OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN

Artículo 1. Objeto. La presente Ley, de conformidad con lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, con sus definiciones, ordenamientos y principios, reorganiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para establecer el Sistema de Salud de Colombia, a fin de garantizar el derecho fundamental a la salud para todas las personas. La prestación del servicio de salud como servicio público esencial obligatorio se ejecutará bajo la dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado. En concordancia con el Artículo 49 de la Constitución Política de Colombia el Sistema de Salud funcionará con la participación de entidades y servicios de salud públicos, privados y mixtos.

Mediante la presente Ley se establece el Modelo de Atención en Salud, preventivo, predictivo y resolutivo, fundamentado en la Atención Primaria en Salud -APS-; se dispone el financiamiento, la administración y el flujo de los recursos del Sistema de Salud, así como el aseguramiento en salud a través de Entidades Gestoras de Salud -EGS-, públicas, privadas o mixtas, y la prestación integral de los servicios para la atención en salud por medio de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud -RIISS-, públicas, privadas y mixtas, se crea el Sistema Único de Información en Salud -SUIS-; se establecen los criterios para la definición de las políticas públicas prioritarias en medicamentos, tecnologías en salud, autonomía profesional y condiciones laborales en el sector; y se disponen los aspectos relacionados con la inspección, vigilancia y control y con las reglas de transición para el proceso de estructuración y operación del Sistema de Salud.

Artículo 2. Fines de la intervención del Estado. El Estado es el responsable de garantizar, proteger, respetar y hacer respetar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y, por tanto, le corresponde ejecutar todas las acciones que sean necesarias para hacer efectivo el acceso a los servicios y a las tecnologías en salud, mejorar la prestación del servicio, aumentar la capacidad instalada del Sistema de Salud, promover

el mejoramiento de las condiciones laborales del talento humano en salud, eliminar las barreras que impidan la concreción del derecho fundamental y asegurar la disponibilidad de los recursos humanos y financieros requeridos.

En ese sentido corresponde al Estado, a través del Ministerio de Salud y Protección Social o de la entidad que haga sus veces, ejercer la rectoría del Sistema de Salud y ejecutar las acciones que garanticen el cumplimiento de sus objetivos y funciones.

CAPÍTULO II: CONSEJO NACIONAL DE SALUD

Artículo 3. Consejo Nacional de Salud. Créase el Consejo Nacional de Salud -CNS- como un organismo del orden nacional, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, con las competencias necesarias para adoptar las políticas públicas dirigidas a garantizar la vigencia de los principios y directrices trazados por la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y, por la presente Ley, y para vigilar que ellas se cumplan.

El CNS estará conformado por representantes de las siguientes entidades o estamentos, para un total de quince (15) consejeros:

1. el ministro de salud y protección social, quien lo presidirá;
2. el ministro de hacienda y crédito público;
3. el ministro del trabajo;
4. el ministro de ambiente y desarrollo sostenible;
5. el ministro de ciencia, tecnología e innovación;
6. el director del Departamento Nacional de Planeación;
7. un (1) representante de los gobiernos territoriales, designado según mecanismo de selección reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social.
8. un representante de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- privadas y de las Instituciones de Salud del Estado -ISE-;
9. un representante de las Entidades Gestoras de Salud -EGS-;
10. un representante de las organizaciones nacionales de los trabajadores no profesionales de la salud;
11. un representante de las organizaciones nacionales de los profesionales de la salud;
12. un representante de las organizaciones nacionales de pacientes;
13. un representante de la Academia Nacional de Medicina;
14. un representante de las facultades y escuelas de salud;
15. un representante de los grupos étnicos, campesinos y víctimas del conflicto armado.

El Gobierno reglamentará los mecanismos para seleccionar los representantes no gubernamentales entre las organizaciones de carácter nacional, garantizando la participación de todas ellas en igualdad de condiciones; tales representantes integrarán el CNS para un periodo de dos (2) años y podrán ser reelegidos por una vez.

Serán asesores permanentes del CNS el director de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud -ADRES-, el superintendente nacional de salud, el director del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS-, el director del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA-, y el director del Instituto Nacional de Salud, con voz, pero sin voto.

A las sesiones ordinarias o extraordinarias del CNS podrán ser invitados los ministros, los directivos de las entidades públicas o privadas o las personas que el ministro de salud y protección social o el CNS determinen.

El CNS se reunirá, ordinariamente, mínimo una vez cada dos (2) meses y, extraordinariamente, cuando lo cite el ministro de salud y protección social o cinco (5) de sus miembros activos.

Parágrafo 1. Secretaría Técnica. El CNS tendrá una secretaría técnica independiente que dispondrá de toda la infraestructura y los recursos financieros necesarios para su operación y para presentar a consideración del propio Consejo los estudios técnicos que se requieran para la toma adecuada de decisiones. La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo idóneo, el cual se integrará previa convocatoria pública, según el reglamento que establezca el CNS.

Parágrafo 2. Gastos de la Secretaría Técnica. El presupuesto de funcionamiento del CNS incluirá los gastos de funcionamiento de la Secretaría Técnica, así como los de honorarios y desplazamiento de los consejeros, al igual que el costo del soporte técnico y de las comunicaciones. Los consejeros no gubernamentales recibirán el equivalente a los gastos de transporte, hospedaje, alimentación y honorarios por la asistencia a las reuniones ordinarias y extraordinarias, según el reglamento que establezca el CNS.

Parágrafo 3. Consejos Territoriales de Salud. Créanse los Consejos Departamentales, Distritales y de los municipios de categoría especial de Salud, según lo dispone el Artículo 2 de la Ley 617 de 2000, los cuales tendrán en lo posible y en su respectivo territorio composición y funciones equivalentes a las del CNS, con la participación de las entidades u organizaciones del orden departamental o distrital. En los Consejos Territoriales de Salud participará un (1) representante de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Servicios de Salud del correspondiente territorio. Las decisiones de estos Consejos serán obligatorias en el respectivo territorio, en el marco del Sistema de Salud y de lo dispuesto por el CNS.

Parágrafo 4. Cuórum. El CNS y los Consejos Territoriales tendrán cuórum para deliberar y decidir con la mitad más uno de sus integrantes, y las decisiones serán tomadas por mayoría simple.

Artículo 4. Funciones del Consejo Nacional de Salud. Son funciones del CNS, las siguientes:

1. Con base en un estudio técnico independiente, definir la metodología para calcular el valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC-, de manera que se garantice la financiación de la totalidad del Plan de Beneficios en Salud -PBS- al tenor de lo dispuesto en el Artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.
2. Con base en la metodología establecida de acuerdo con los resultados del estudio técnico, definir cada año el valor de la UPC, incluido el reconocimiento por los gastos administrativos para las EGS.

3. Impulsar la definición de políticas públicas orientadas a la promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a elevar la calidad de vida de la población, encaminadas a favorecer que, en todas las políticas, se tengan en cuenta criterios y conceptos de salud para buscar sinergias económicas y programáticas, y para que consideren las implicaciones nocivas para la salud de las decisiones que se tomen en otros sectores.
4. Generar recomendaciones para todos los sectores de forma que se intervengan los determinantes sociales de la salud y se haga el debido seguimiento y análisis de sus resultados.
5. Promover estudios técnicos y alternativas para el fortalecimiento de las intervenciones colectivas y poblacionales de salud pública territorial y su distribución, según las necesidades evidenciadas por los resultados en salud de los diferentes territorios.
6. Aprobar, según lo dispuesto en el Artículo 7 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, los informes anuales del Ministerio de Salud y Protección Social sobre los resultados del goce efectivo del derecho fundamental a la salud. En caso de no aprobar el informe, comunicar el hecho de manera motivada a las autoridades competentes.
7. Adoptar una metodología de seguimiento y evaluación de las metas del Plan Decenal de Salud Pública, según lo dispuesto en las normas vigentes, y proponer los ajustes y modificaciones pertinentes.
8. Aprobar, el mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente dispuesto en el Artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, para ampliar progresivamente los beneficios del Sistema de Salud, presentado a consideración del CNS por el Ministerio de Salud y Protección Social.
9. Aprobar los informes anuales de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud y de la Superintendencia Nacional de Salud, y formular recomendaciones. En caso de no aprobar el informe, comunicar el hecho de manera motivada a las autoridades competentes.
10. Emitir concepto vinculante sobre el ajuste anual propuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social al Sistema de Tarifas y Formas de Pago, según lo dispuesto en el Artículo 33 de la presente Ley.
11. Analizar y formular las recomendaciones pertinentes respecto del informe anual del Ministerio de Salud y Protección Social sobre el avance del Sistema Único de Información en Salud, de conformidad con lo previsto en el Artículo 19 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.
12. Estudiar y plantear recomendaciones sobre el plan integral de fortalecimiento y modernización de la red pública nacional de servicios de salud presentado a consideración del CNS por el Ministerio de Salud y Protección Social.
13. Realizar seguimiento a la implementación y reglamentación de la presente Ley y hacer recomendaciones, y presentar un informe al respecto en marzo de cada año a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República.
14. Reglamentar los Consejos Territoriales de Salud, apoyarlos en su gestión y evaluar sus informes semestrales.
15. Elaborar su propio reglamento.
16. Las demás que le sean asignadas por Ley.

TÍTULO II: MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD

CAPÍTULO I: ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Artículo 5. Definición del Modelo de Atención en Salud. El Modelo de Atención es preventivo, predictivo y resolutivo, se fundamenta en la estrategia de Atención Primaria en Salud y está centrado en las personas, las familias y las comunidades. Integra, como estrategias, la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, la recuperación del estado de salud, la rehabilitación, los cuidados paliativos y el acompañamiento hasta el final de la vida, así como la intersectorialidad y la participación comunitaria. Se sustenta en los principios de interculturalidad, dignidad, igualdad, no discriminación, y en el enfoque diferencial y de género en la prestación de los servicios de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

El Modelo de Atención establece la forma como se estructuran y proveen los servicios de salud individuales y colectivos en el territorio, así como el trabajo intersectorial, con un primer nivel conformado por Equipos Básicos de Salud y Centros de Primer Nivel de Atención en Salud -CAPS-, que constituyen el primer contacto con el Sistema de Salud, que integran y coordinan el proceso de atención, y que forman parte de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.

Artículo 6. Ejes del Modelo de Atención en Salud. La promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención de salud tendiente a resolver las necesidades de la población y la predicción con base en la información oportuna, constituyen los ejes del Modelo de Atención en Salud con enfoque territorial, lo que se suma a las políticas transectoriales para mejorar la calidad de vida y el bienestar de la población.

La promoción de la salud es un proceso que comprende acciones orientadas a fortalecer la educación en salud, el conocimiento y las capacidades de las personas, y la formación en derechos y deberes de los usuarios, de las familias y de las comunidades para contribuir en la transformación positiva de las condiciones y entornos de desarrollo, mediante la participación transectorial, el empoderamiento comunitario y el autocuidado.

La prevención de la enfermedad es el conjunto de acciones, estrategias y medidas sanitarias orientadas a disminuir oportunamente el riesgo de enfermar, y a la detección temprana de la evolución de una patología o situación de desequilibrio emocional, mental o físico en las personas y en las comunidades.

El eje de atención resolutivo, integra todos los niveles de complejidad en la prestación de los servicios con la finalidad de dar solución a todas las necesidades de atención en salud de la población tanto en lo individual como en lo colectivo.

La predicción en salud se genera con base en la información sociodemográfica, epidemiológica, de cartografía y de participación social e intersectorial; con ella se identifican factores o situaciones de riesgo, lo que permite desplegar con anticipación acciones protectoras y de gestión en salud pública, a través de políticas públicas.10

CAPÍTULO II. PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD

Artículo 7. Prestaciones en el Sistema de Salud. La esencia del derecho a la salud se hace realidad en la provisión de servicios y tecnologías, con sustento en una concepción integral de la salud y en el marco de lo dispuesto en el Artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que incluye la promoción, la prevención, el diagnóstico oportuno, la atención de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas, así como la paliación y los cuidados al final de la vida.

Para ampliar progresivamente los beneficios del Sistema de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social presentará, para su aprobación por parte del Consejo Nacional de Salud, el mecanismo técnico-científico dispuesto en el Artículo 4, Numeral 8, de la presente Ley.

Artículo 8. Servicios Sociales Complementarios en Salud. Son aquellos que necesita una persona para tener acceso efectivo a los servicios de salud y que por su condición socioeconómica o geográfica no puede proporcionárselos por sí misma. Incluyen los servicios de transporte, hospedaje, cuidado o asistente personal en casa y los demás que, conforme con la jurisprudencia, sean considerados por el Ministerio de Salud y Protección Social en la reglamentación expedida dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley.

En dicha reglamentación, el Ministerio de Salud y Protección Social determinará las fuentes para financiarlos, la población beneficiaria del servicio y su cobertura. En todo caso, los servicios sociales complementarios continuarán siendo financiados con cargo a la UPC, hasta tanto se dispongan nuevas fuentes de recursos.

Artículo 9. Licencias de maternidad para no cotizantes. Las personas gestantes no cotizantes recibirán una prestación económica equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente, durante los tres (3) meses siguientes al parto o cesárea con fruto de la concepción vivo. Dentro de los cinco (5) años posteriores a la entrada en vigencia de la presente Ley, el Ministerio de Salud y Protección Social, de manera progresiva, incrementará el número de semanas incluidas en esta prestación económica hasta alcanzar el estipulado para las licencias de maternidad de la población cotizante.

El gobierno nacional, en un término no superior a un (1) año posterior a la entrada en vigencia de la presente Ley, determinará la fuente de recursos para financiar esta prestación económica, teniendo en cuenta que, en todo caso, esta no será financiada con los recursos de la UPC. Los beneficios que actualmente se reconocen, no se modifican con la vigencia de la presente Ley, salvo en lo previsto en este Artículo.

CAPÍTULO III. NIVELES DE COMPLEJIDAD

Artículo 10. Centros de Primer Nivel de Atención en Salud. Los Centros de Primer Nivel de Atención en Salud -CAPS-, constituyen una unidad polifuncional de baja complejidad de carácter público, privado o mixto, son la base territorial de las RIISS dentro del Modelo de Atención en Salud, y son la puerta de entrada de la población al Sistema de Salud. La financiación de todos los CAPS se hará con recursos provenientes de las Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, con sustento en el subsidio a la oferta, de acuerdo con presupuestos estándar para la operación corriente y un componente variable asociado a los resultados en salud y al logro de metas de

desempeño, según las modalidades que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Según las circunstancias de cada territorio, algunos de estos CAPS podrán proveer servicios de mediana complejidad, así como ejercer algunas funciones administrativas propias de su competencia, además de gestiones intersectoriales, de participación social y de articulación y coordinación con la mediana y alta complejidad dentro de cada RIISS, en el marco de la estrategia de APS, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley.

Parágrafo. Los CAPS, que se constituyan en el marco del derecho fundamental a la consulta previa con los grupos étnicos, tendrán naturaleza pública y operarán según reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley.

Artículo 11. Modificación del Artículo 15 de la Ley 1438 de 2011. Modifíquese el Artículo 15 de la Ley 1438 de 2011, el cual quedará así:

“Artículo 15. Equipos Básicos de Salud. Conforme a la reglamentación sobre las disposiciones técnicas que para la operación de los Equipos Básicos de Salud establezca el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley, las entidades territoriales conformarán estos equipos con un enfoque funcional y organizativo, que progresivamente permitan facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Los Equipos Básicos de Salud forman parte del Modelo de Atención en Salud y dependen de los Centros de Primer Nivel de Atención -CAPS-, y su operación se puede desarrollar mediante cualquier modalidad de prestación de servicios. Estos equipos están conformados por personas con perfiles comunitarios, técnicos, profesionales y especializados para el cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades de manera permanente, sistemática, continua y contigua, en territorios determinados y sus entornos de la vida cotidiana, en los diferentes momentos del curso de la vida, considerando la diversidad poblacional, y las estrategias y los ejes del Modelo de Atención en Salud preventivo, predictivo y resolutivo.

Cada Equipo Básico de Salud tendrá a cargo un grupo de familias en un determinado territorio. Su número variará según las condiciones de dispersión geográfica, ruralidad y aspectos socio culturales, ambientales y demográficos, entre otros. La conformación y los perfiles de los equipos responderá a las características y necesidades en salud identificadas en las comunidades y en las familias.

La conformación de los Equipos Básicos de Salud empezará prioritariamente en las zonas marginadas de que trata el Artículo 24 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015”.

Artículo 12. Funciones de los Equipos Básicos de Salud. Son funciones extramurales de los Equipos Básicos de Salud, además de las establecidas en el Artículo 16 de la Ley 1438 de 2011, las siguientes:

a) Realizar acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad mediante la identificación del riesgo en salud, individual, familiar y comunitario.12

- b) Ejecutar acciones permanentes de caracterización, detección temprana y protección específica.
- c) Orientar y canalizar a las personas hacia el CAPS o hacia el nivel de atención que corresponda según sea el caso.
- d) Proveer servicios de salud de carácter resolutivo en cualquiera de las modalidades contempladas en la norma de habilitación, con apoyo en todas las alternativas de telesalud, y en los diferentes tipos de intervenciones colectivas, así como en procesos de gestión en salud pública, y de acuerdo con las circunstancias particulares de modo, tiempo y lugar.
- e) Inducir la demanda en los eventos relacionados con las prioridades en salud pública.
- f) Promover y orientar la participación de la comunidad en las acciones de identificación de determinantes sociales, económicos, ambientales, y en la identificación temprana de riesgos que puedan afectar la salud pública.
- g) Articular e integrar estas acciones con el Plan de Intervenciones Colectivas definido en el Plan Territorial de Salud.
- h) Liderar con las autoridades locales, con los otros sectores económicos y con la población, las acciones intersectoriales que promuevan la mejora de la calidad de vida.

Los registros de las actividades individuales de salud de los Equipos Básicos de Salud forman parte integral de la historia clínica de cada paciente y del Sistema Único de Información en Salud.

Artículo 13. Instituciones de mediana y alta complejidad en salud. Las instituciones de mediana y alta complejidad en salud constituyen unidades polifuncionales, de carácter público, privado o mixto que hacen parte de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, en el marco del Modelo de Atención en Salud, e integran el sistema de referencia y contrarreferencia de dichas RISS.

Según las circunstancias de cada territorio prestarán servicios de mediana o alta complejidad, y podrán desarrollar funciones administrativas, de gestión intersectorial y de participación social, y de articulación y coordinación con instituciones de otras RISS, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley.

La financiación de estas instituciones, si son públicas, se hará según lo dispuesto para las Instituciones de Salud del Estado -ISE- en el Capítulo V de la presente Ley, bajo las tipologías que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las instituciones privadas de mediana y alta complejidad en salud se financiarán con recursos de demanda por venta de servicios a las Entidades Gestoras de Salud -EGS-.

CAPÍTULO IV. REDES INTEGRALES E INTEGRADAS

Artículo 14. Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud. De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 13 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Sistema de Salud estará organizado en Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud -RISS-,

que son el conjunto conformado por instituciones organizadas en redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y colectivos, eficientes, equitativos, integrales y continuos a una población en un territorio definido.

Las RIISS son integrales en la medida en que tienen la capacidad resolutive frente a todas las necesidades de atención de la población puesta bajo su cuidado; cubren todos los niveles de complejidad y se organizan para garantizar el cuidado completo de las personas y de las comunidades residentes en un territorio o región que podrá corresponder a una o varias divisiones político-administrativas, según lo defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Las RIISS son integradas, en la medida en que constituyen una unidad funcional con autonomía administrativa y financiera, tienen capacidad para contratar mediante la organización de instituciones y de servicios de salud individuales y colectivos, de carácter público, privado o mixto y profesionales independientes.

Las IPS, públicas o privadas, de mediana y alta complejidad podrán pertenecer a una o varias RIISS. En todo caso, la organización de estas redes garantizará que el paciente pueda transitar al interior de ellas, sin ningún trámite adicional.

Artículo 15. Gobernanza de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud. Las IPS que integran la RIISS, con la participación de las entidades territoriales, implantarán una forma de gobierno que permita la gestión armónica y complementaria de las IPS, públicas, privadas y mixtas, que asegure la coordinación entre el proceso de atención que se provea en el primer nivel y en el nivel complementario con los servicios de mediana y alta complejidad, y que garanticen la efectividad y continuidad en la atención por medio de un sistema apropiado de referencia y contrarreferencia.

El Ministerio de Salud y Protección Social, en un término no superior a seis (6) meses una vez entre en vigencia la presente Ley, reglamentará el marco jurídico con el que se estructuran las RIISS, de manera que las IPS que hacen parte de la red no pierdan su naturaleza jurídica y no se vean afectadas por incremento de sus costos administrativos, ni la carga fiscal o parafiscal, y que se les permita realizar contratación por venta de servicios de salud para que, una vez presentada y validada la cuenta por la Entidad Gestora de Salud -EGS-, reciban el pago por giro directo desde la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud.

Artículo 16. Sistema de Referencia y Contrarreferencia. El Ministerio de Salud y Protección Social dentro del término de seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley reglamentará el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el marco de la organización, gestión y operación de las RIISS.

Artículo 17. Criterios determinantes de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley, definirá los estándares, criterios y mecanismos para la conformación de las RIISS.

La habilitación de las RIISS deberá darse bajo el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud o del sistema que lo adicione o modifique. Los criterios determinantes de las RIISS tendrán como fundamento los siguientes parámetros:

1) Las EGS celebrarán con cada RIISS un acuerdo de voluntades que establezca los servicios que estas les deben proveer a la población afiliada, las condiciones de calidad específicas esperadas para cada servicio y la modalidad de pago aplicable, así como los

compromisos de resultados en salud, gestión de calidad y desempeño institucional, junto con los mecanismos para controlar y verificar el cumplimiento de las metas, reconocer incentivos y ejecutar procesos de auditorías para garantizar la razonabilidad en el uso de los recursos y el cuidado integral de la salud de la población.

2) Estos acuerdos de voluntades estarán sujetos a control por parte de las entidades territoriales departamentales y distritales, según corresponda, para vigilar que se ejecute adecuadamente el Modelo de Atención en Salud establecido en la presente Ley, sin perjuicio de las demás competencias de los organismos de control.

3) Cada RIISS deberá incluir todos los niveles de complejidad y podrán operar en una o varias entidades territoriales.

4) El Ministerio de Salud y Protección Social elaborará el procedimiento para la habilitación de las RIISS cuando en su constitución concurren varias entidades territoriales, tomando en cuenta esquemas asociativos territoriales previstos en la Ley 1454 de 2011 o en la norma que la sustituya, complemente o modifique.

5) Las habilitaciones individuales y la inspección vigilancia y control de cada IPS pública, privada o mixta, corresponden a cada dirección territorial de salud de acuerdo con las normas legales vigentes.

6) La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la inspección, vigilancia y control de las RIISS.

7) La auditoría de las cuentas de prestación de servicios de salud corresponderá a las Entidades Gestoras de Salud.

8) Las RIISS dispondrán de sitios de prácticas formativas en salud, de acuerdo con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

9) Las direcciones territoriales municipales, distritales y departamentales de salud, dentro del término de tres (3) meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente Ley, entregarán al Ministerio de Salud y Protección Social la caracterización y la capacidad instalada de los servicios de todas las IPS habilitadas en el respectivo territorio.

Artículo 18. Prestación de servicios especializados para personas con enfermedades raras, catastróficas o de alto costo. El Ministerio de Salud y Protección Social fomentará la organización de redes de instituciones y centros especializados para la detección, prevención y atención de enfermedades raras, catastróficas o de alto costo, con el objeto de hacer prevención de eventuales complicaciones, hacer tamizaje, optimizar el diagnóstico y favorecer la provisión de la mejor atención posible, sin que importe la ubicación geográfica de la institución o del paciente, así como diseñar e implantar programas de investigación tendientes a generar evidencia en el manejo adecuado de estas patologías.

Estas redes podrán ser de carácter nacional y tendrán como objetivo convertirse en centros de excelencia y de referencia. El Ministerio de Salud y la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, garantizarán la financiación de la prestación de los servicios de salud para la atención integral de los enfermos con patologías raras, catastróficas o de alto costo, así como la adquisición y la distribución de medicamentos y de tecnologías en salud indispensables para su adecuado tratamiento.

Artículo 19. Sistema Único de Información en Salud. Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por

todos los actores participantes en el Sistema de Salud, de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 19 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, se implantará un Sistema de Información en Salud -SUIS-, único y robusto, que integre los componentes sociales, demográficos, económicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros.

El Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en un término no superior a los seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, determinará el monto de los recursos necesarios para el desarrollo completo y la implantación total del SUIS, recursos que deberán ser diferentes a los que se destinen a la UPC. Así mismo, establecerá el uso que se dará a tales dineros, y consignará todo lo concerniente en un plan que no podrá exceder los cinco (5) años, contados a partir de la fecha de promulgación de la presente Ley.

CAPÍTULO V: RED PÚBLICA NACIONAL DE SALUD

Artículo 20. Fortalecimiento general y modernización de la red pública de servicios.

La red pública de servicios de salud será fortalecida y modernizada en todo el territorio nacional, estructurada como columna del Modelo de Atención en Salud, y financiada con subsidios a la oferta y a la demanda de los órdenes nacional, distrital, departamental y municipal, recaudados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, de manera que se garantice la sostenibilidad fiscal para cubrir los costos de las acciones de promoción, prevención, y atención integral con énfasis en el primer nivel, necesarios para el cuidado de toda la población, con criterios de eficiencia y rentabilidad social.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social elaborará en un término no mayor a un (1) año, posteriores a la entrada en vigencia de la presente Ley, un plan integral de fortalecimiento y modernización de la red pública nacional de servicios de salud proyectado a diez (10) años, en el que se precisarán las fuentes de financiación, que deberán ser distintas a las destinadas al aseguramiento en salud, así como el uso de los recursos y las metas anuales; este plan, deberá ser previamente aprobado por el Consejo Nacional de Salud.

Artículo 21. Objeto, naturaleza y régimen jurídico de las Instituciones de Salud del Estado. Las actuales Empresas Sociales del Estado -ESE-, en adelante se denominarán Instituciones de Salud del Estado -ISE-, y su objeto será la prestación de servicios de salud como un servicio público esencial a cargo del Estado.

Las ISE constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas departamentales o por los concejos distritales o municipales, según el caso, sometidas al siguiente régimen jurídico:

1. En su denominación se incluirá la expresión “Instituciones de Salud del Estado -ISE-”.
2. Las ISE conservarán el régimen presupuestal en los términos en que lo prevé el Artículo 5° del Decreto 111 de 1996 y en esta materia las Empresas Sociales del Estado se entienden homologadas a las Instituciones de Salud del Estado. Por tanto, para todos los efectos, en la transición no habrá solución de continuidad con las obligaciones, compromisos y funciones administrativas y financieras de las ESE.
3. Las ISE podrán recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales.

4. Las ISE, para efectos tributarios, se someterán al régimen previsto para los establecimientos públicos.

5. Las ISE en materia contractual se registrarán por el derecho privado, pero podrán utilizar discrecionalmente las cláusulas exorbitantes previstas en el Estatuto General de Contratación de la administración pública y, en todo caso, deberán atender los principios de publicidad, coordinación, celeridad, debido proceso, imparcialidad, economía, eficacia, moralidad y buena fe.

El Ministerio de Salud y Protección Social, dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley, definirá las tipologías y la clasificación de las ISE y expedirá los lineamientos para que sus Juntas Directivas adopten el Estatuto de Contratación.

Las actuales Empresas Sociales del Estado -ESE- de I nivel, serán Centros de Primer Nivel de Atención en Salud -CAPS- de naturaleza pública y formarán parte de las RISS correspondientes.

Parágrafo 1. El Instituto Nacional de Cancerología continuará rigiéndose por las disposiciones de carácter especial que lo regulan.

Parágrafo 2. Aquellos establecimientos públicos creados por la ley, por asambleas departamentales, consejos distritales o municipales, que en el momento están desarrollando actividades de salud y saneamiento ambiental seguirán funcionando como lo hacen en la actualidad.

Artículo 22. Presupuesto de las Instituciones de Salud del Estado. Los presupuestos de las ISE se sujetarán a los estándares definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Tales presupuestos obedecerán a la estandarización de los servicios ofrecidos según las tipologías de los territorios para la gestión en salud que defina el Ministerio.

El presupuesto de las ISE se elaborará teniendo en cuenta:

1. La tipología territorial y el nivel de cada ISE.
2. El portafolio de servicios, de acuerdo con el plan de salud, la tipología y el nivel.
3. Proyección de la cantidad de servicios que se prestará a la población.
4. El costo de la planta de personal aprobada y formalizada, la planificación de las metas anuales de incorporación de personal misional incluidos los Equipos Básicos de Salud para atender la población que cubre, los medicamentos, suministros y demás gastos que complementen la atención, para garantizar la disponibilidad del portafolio de servicios de acuerdo con la demanda y el Plan Territorial de Salud.
5. Los recursos girados a las ISE, dentro de los cuales se entienden incluidos los correspondientes a los pagos de las nóminas, las contribuciones inherentes a las mismas y los demás gastos de personal no podrán ser destinados al pago por otros conceptos. Los directores de las ISE garantizarán y priorizarán estos pagos so pena de la responsabilidad disciplinaria prevista en la normatividad vigente.
6. Los lineamientos técnicos que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

En el caso de los Centros de Primer Nivel de Atención en Salud -CAPS-, el presupuesto será estándar y por oferta, de acuerdo con presupuestos que financien la operación corriente y un componente variable asociado al cumplimiento de resultados en salud y metas de desempeño.

En ningún caso, la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud o las autoridades territoriales, según corresponda, podrán autorizar gastos en el presupuesto para pagar los servicios de salud a su cargo, por fuera de los estándares de eficiencia establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Cuando la ISE vaya a contar con cofinanciación del presupuesto por parte del nivel Nacional, de manera previa, se deberá remitir el proyecto de presupuesto al Ministerio de Salud y Protección Social para examinar su coherencia financiera y su conformidad con las normas presupuestales.

Parágrafo 1. Progresivamente en un tiempo máximo de cinco (5) años, con metas anuales establecidas, se incorporarán a las plantas de personal los trabajadores vinculados por contrato de prestación de servicios que desempeñan actividades misionales de carácter permanente, empezando por los más antiguos. Con cargo al presupuesto nacional se garantizarán recursos anuales para el proceso de formalización laboral. El Ministerio de Salud y Protección Social, en un término no mayor a seis (6) meses contados a partir de la fecha de entrada en vigencia de la presente Ley, expedirá los lineamientos que se requieran para el desarrollo de lo dispuesto en el presente artículo.

Parágrafo 2. Las ISE de mediana o alta complejidad, del orden municipal, tendrán el mismo régimen presupuestal de las departamentales y distritales.

Parágrafo 3. Las direcciones territoriales, departamentales y distritales de salud y las secretarías de salud municipales a través de sus respectivos consejos de política fiscal -CONFIS-, aprobarán el presupuesto para el cierre financiero de los hospitales de mediana y alta complejidad, con las correspondientes fuentes de financiamiento.

TÍTULO III: ASEGURAMIENTO EN SALUD

Artículo 23. Modificación del Artículo 14 de la Ley 1122 de 2007. Modifíquese el Artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, el cual quedará así:

“Artículo 14. Organización del Aseguramiento. Para efectos de esta Ley entiéndase por aseguramiento en salud la gestión del riesgo en salud, el riesgo administrativo u operativo y el riesgo financiero, la articulación de los servicios que garanticen el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador del servicio y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Las anteriores funciones y responsabilidades están a cargo de las Entidades Gestoras de Salud -EGS-, e implican que estas entidades están en la obligación de garantizar a sus afiliados las prestaciones en salud establecidas en el Artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

La responsabilidad por el riesgo financiero está a cargo del Estado, quien lo gestionará principalmente a través de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud -ADRES-.

Artículo 24. Transformación de las Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Obligadas a Compensar. Las Entidades Promotoras de Salud -EPS- y demás Entidades Obligadas a Compensar -EAPB- que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, en adelante se denominarán Entidades Gestoras de Salud -EGS-, y continuarán funcionando siempre y cuando dentro de los dos (2) años posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley,

cumplan las condiciones de permanencia que le son atribuibles al tenor de las normas legales vigentes, más aquellas adicionales que se disponen en la presente Ley.

Las EPS y EAPB que actualmente se encuentran operando en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (en adelante Entidades Gestoras de Salud -EGS-) que cumplan con los requisitos de habilitación y decidan continuar operando, deberán observar progresivamente los siguientes parámetros:

1. Las EGS participarán en la organización de los CAPS, que serán financiados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud con recursos de subsidio a la oferta, conforme la organización de las RIISS, según lo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la vigencia de la presente Ley.

2. Durante los dos años previstos en este Artículo, el Ministerio de Salud y Protección Social determinará, de acuerdo con las capacidades de la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, la forma como se implementará el giro directo para todas estas entidades.

3. Las EGS se organizarán progresivamente por territorios o regiones, reconociendo su experiencia en los sitios en donde históricamente han gestionado el riesgo en salud con buenos resultados y conservando sus afiliados, de acuerdo con lo dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.

4. Las EGS articularán a los prestadores de servicios de salud dentro de las RIISS, para que se organicen de acuerdo con los lineamientos expedidos por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.

5. Las EGS presentarán a la Superintendencia Nacional de Salud un plan de saneamiento de pasivos el cual tendrán la obligación de ejecutar en un tiempo no superior a treinta y seis (36) meses contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley. Al finalizar dicho plazo garantizarán que quedan a paz y salvo respecto de todas las deudas que tengan, dando prelación al pago de los compromisos con el talento humano, con independencia de su forma de vinculación. El pago de los compromisos con el talento humano será priorizado en una gestión coordinada entre las EGS y los prestadores que conforman las RIISS, de forma tal que el saneamiento del pasivo garantice la satisfacción de las obligaciones pendientes con los trabajadores.

6. Las EGS, una vez cumplidos los dos (2) años establecidos en este Artículo, no podrán tener integración vertical en el nivel complementario de mediana y alta complejidad, así como con los centros especializados.

7. A las EGS que permanezcan los dos (2) años establecidos en este Artículo les será reconocido el valor anual per cápita sin situación de fondos para los servicios de mediana y alta complejidad, valor que será liquidado y pagado mensualmente de acuerdo con las disposiciones del Ministerio de Salud y Protección Social y del Consejo Nacional de Salud.

Artículo 25. Funciones adicionales para las Entidades Gestoras de Salud. Las EGS que permanezcan operando en el Sistema de Salud continuarán a cargo de la gestión integral del riesgo en salud y del riesgo operativo en el territorio de salud asignado, y cumplirán, además, las siguientes funciones:

- 1) Promover, en su ámbito geográfico de influencia, la afiliación de los habitantes al Sistema de Salud garantizando siempre la libre escogencia del usuario; registrar y carnetizar a los afiliados y remitir al Ministerio de Salud y Protección Social, a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, a la Superintendencia Nacional de Salud y a las entidades territoriales correspondientes la información que será incluida en el Sistema Único de Información en Salud.
- 2) Gestionar el riesgo en salud de sus afiliados, evitando la selección por riesgo.
- 3) Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan de Beneficios en Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados.
- 4) Gestionar, coordinar y organizar la oferta de servicios de salud, a través de la contratación con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud y con profesionales de la salud independientes.
- 5) Gestionar, en forma costo efectiva y con base en la mejor evidencia científica disponible, los recursos de UPC que le son asignados sin situación de fondos.
- 6) Realizar la auditoría de resultados en salud, de calidad de la atención en salud y de cuentas médicas de manera concurrente y retrospectiva.
- 7) Aprobar la facturación del componente complementario de las RIISS, la cual será remitida a la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud para los pagos correspondientes, de acuerdo con el mecanismo que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.
- 8) Informar y educar a los afiliados para el uso razonable del Sistema de Salud.
- 9) Establecer procedimientos para garantizar que los servicios que provean las IPS a los afiliados sean oportunos, integrales, eficientes y pertinentes, y para que, en general, estén signados por los atributos de la calidad de la atención en salud.
- 10) Coordinar con las direcciones departamentales y distritales de salud la conformación de las RIISS, de acuerdo con las normas de habilitación definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- 11) Gestionar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
- 12) Ejecutar las actividades de monitoreo y evaluación del desempeño de las RIISS.
- 13) Entregar informes semestrales del funcionamiento de las RIISS a los Consejos Territoriales de Salud.
- 14) Garantizar el acceso a los servicios farmacéuticos a las personas que los requieran, servicios que deberán proveerse con oportunidad, pertinencia, seguridad y eficiencia.
- 15) Implementar herramientas tecnológicas para interoperar con los sistemas de información de las RIISS y con el Sistema Único de Información en Salud.
- 16) Realizar rendición de cuentas de sus actividades con la periodicidad, mecanismos y sobre los temas que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.
- 17) Operar en los territorios donde hayan obtenido la autorización, salvo en casos de movilidad de la población, respetando el principio de portabilidad.

Parágrafo: Para efectos de garantizar que las EGS manejen en forma costo-efectiva los recursos de la UPC que les son asignados, el Ministerio de Salud y Protección Social, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de esta Ley, expedirá un reglamento para incentivar o sancionar a las EGS de acuerdo con su gestión. Tal reglamento deberá sustentarse, entre otros, en criterios tales como resultados o desenlaces en salud de la población afiliada, satisfacción de los pacientes, eficiencia en el uso de los recursos y, en general, calidad del desempeño de cada gestora, y deberá definir el nivel deseable y progresivo de los indicadores para cada criterio para, así, determinar las EGS que se hacen merecedoras de incentivos o sanciones respecto del valor que reciben en cumplimiento de sus funciones.

Artículo 26. Gastos administrativos de las Entidades Gestoras de Salud. Mientras se realiza la investigación técnica independiente que sirva de soporte para el establecimiento de la nueva UPC, las EGS continuarán recibiendo el valor del costo administrativo vigente.

Una vez finalizado el estudio correspondiente sobre el valor del gasto administrativo, el porcentaje de reconocimiento por este concepto será el definido por el Consejo Nacional de Salud.

TÍTULO IV: GESTIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DEL SISTEMA DE SALUD

Artículo 27. Financiamiento del Sistema de Salud. El financiamiento del Sistema de Salud integra los recursos contemplados en los artículos 66 y 67 de la Ley 1753 de 2015 o la ley que la sustituya modifique o adicione, más los siguientes:

1. El gobierno nacional asignará al sector salud un porcentaje creciente anual, en términos reales, del Presupuesto General de la Nación. En ningún caso, este porcentaje será inferior al mayor valor entre el IPC causado el año inmediatamente anterior y el del incremento del salario mínimo legal vigente para dicha anualidad.
2. Se destinará de manera específica a financiar la universalización del aseguramiento en salud, así como los servicios y tecnologías incorporados en los Planes de beneficios en salud, el recaudo de los impuestos saludables considerados en el Título V de la Ley 2277 de 2022 o la norma que la sustituya, modifique o derogue.
3. El gobierno nacional, con el fin de garantizar cobertura universal, destinará al Sistema de Salud, en forma progresiva, recursos nuevos provenientes de otras fuentes.

Parágrafo 1. Se declaran exentos de IVA los medicamentos, insumos y tecnologías básicas de uso en el Sistema de Salud que para el efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 2. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público deberá definir en un término no superior a seis (6) meses a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, en un plan financiero a diez (10) años, los recursos necesarios y las fuentes respectivas, para garantizar la viabilidad financiera del Sistema de Salud.

Artículo 28. Unidad de Pago por Capitación. De acuerdo con lo establecido en el Artículo 4º. de la presente Ley, el Consejo Nacional de Salud definirá el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación -UPC-.

Este valor se determinará con base en estudios técnicos independientes que establezcan una metodología de cálculo que considere los diferentes ajustes por riesgo, en función de la edad, el sexo, la ubicación geográfica, el perfil epidemiológico de los territorios, la distribución de las patologías de alto costo, las condiciones socioeconómicas de la población y demás factores determinantes del costo del Plan de Beneficios en Salud -PBS-.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, junto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y con el Departamento Nacional de Planeación, precisarán las diversas fuentes y tipos de recursos según su destinación:

a) Recursos destinados a la Atención Primaria en Salud que afectan positivamente los determinantes sociales relacionados en el Artículo 9 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, pero que no provienen del sector salud, ni están a cargo de la Administradora de los Recursos de Salud.

b) Recursos del Sistema de Salud que no son de la UPC, los subsidios a la oferta para salud pública, el Plan de Intervenciones Colectivas -PIC-, los CAPS y los Equipos Básicos de Salud, los destinados a infraestructura y dotación hospitalaria, la incorporación de los trabajadores de la salud a las plantas de personal, el Sistema Único de Información en Salud y los demás que se consideren necesarios.

c) Los recursos de la UPC definidos en este artículo para cubrir el PBS.

Artículo 29. Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta entidad, creada por el Artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley se denominará “Administradora de los Recursos del Sistema de Salud” -ADRES-, y tiene por objeto administrar, controlar y garantizar el flujo adecuado de los recursos del Sistema de Salud.

Para dicho propósito, además de lo dispuesto en la Ley 1753 de 2015, ejercerá las siguientes funciones:

1. Asumir la gestión del riesgo financiero en el Sistema de Salud.
2. Realizar, en nombre de las EGS, el giro directo de los recursos de la UPC destinados a la prestación de servicios de salud, a las instituciones y entidades de mediana y alta complejidad que presten dichos servicios, y a los proveedores de tecnologías incluidas en el PBS.
3. Realizar las funciones que le correspondan como pagador único dentro del Sistema de Salud de acuerdo con las auditorías y validaciones que realicen las EGS para atender los costos de la atención en mediana y alta complejidad de la población afiliada.
4. Girar cada mes el valor que corresponda por concepto de gasto administrativo a las EGS.
5. Realizar los giros de las asignaciones de subsidio a la oferta a los CAPS, incluidos los correspondientes a los Equipos Básicos de Salud de su dependencia.
6. Organizar la operación de la gestión de cuentas, pagos, y transferencias que corresponden a los diferentes agentes del Sistema de Salud, en los términos de la presente Ley.
7. Ejecutar auditorías aleatorias y, según la necesidad, auditorías por excepción para verificar la calidad de la auditoría realizada por las EGS de forma tal que, con ellas,

promueva la eficiencia en la gestión de los recursos y evite la sobre exposición del patrimonio público.

8. Mantener el registro en cuentas independientes de los recursos de titularidad de las entidades territoriales y de las EGS.

9. Disponer de un sistema integral de información financiera, oportuno, transparente y confiable para la consulta de las entidades del sector y de la ciudadanía.

10. Integrar o contabilizar los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos.

11. Garantizar el flujo de los recursos de la Nación para los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y para las instituciones hospitalarias para el control, provisión y prestación de los servicios integrales de salud individuales y colectivos.

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

13. Constituir un fondo para la atención de catástrofes y epidemias, de acuerdo con lo que defina al respecto el Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente Ley.

14. Adelantar las acciones de reembolso del pago de los servicios de salud prestados por la atención de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales y a los extranjeros cubiertos por pólizas de seguros de salud internacionales.

15. Financiar el funcionamiento de la red de atención de urgencias en departamentos y distritos, incluido el transporte -medicalizado o no-, entre instituciones, municipios y departamentos, de tipo terrestre, fluvial, marítimo, aéreo o del que sea necesario para garantizar la prestación de servicios de salud a las poblaciones rurales y dispersas por parte de los Equipos Básicos de Salud, los CAPS y los laboratorios de salud pública.

16. Financiar el servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos.

17. Pagar la cofinanciación de las ISE, previa aprobación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, según lo dispuesto en la presente Ley.

18. Pagar el valor correspondiente al saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que se transformen en ISE, según lo dispuesto en la presente Ley.

19. Pagar el valor correspondiente al fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria pública y de su mantenimiento, previa aprobación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, según lo dispuesto en la presente Ley.

20. Destinar los recursos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social para la formación del talento humano en salud, según lo dispuesto en la presente Ley.

21. Realizar el pago de las licencias de maternidad o paternidad y el reconocimiento de la prestación económica a las madres gestantes no cotizantes, según lo dispuesto en la presente Ley.

22. Rendir informe anual de su gestión al Consejo Nacional de Salud durante el mes de febrero de cada año, correspondiente a la vigencia del año anterior.

Parágrafo 1. Los recursos que maneja la Administradora de los Recursos de Salud harán unidad de caja, excepto los destinados al fondo para la atención de catástrofes y epidemias, los que son propiedad de las entidades territoriales y los destinados por concepto de UPC para cada EGS.

Parágrafo 2. Dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente Ley el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público junto con la Administradora de los Recursos de Salud, reglamentarán y definirán el Plan de Fortalecimiento Institucional e Inversiones necesario para garantizar que, en un plazo máximo de tres (3) años contados a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley, la ADRES tenga la capacidad operativa y financiera para asumir las nuevas funciones que se le asignan con la presente Ley. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las buenas prácticas de gobierno corporativo de la ADRES.

Parágrafo 3. La Administradora de los Recursos de Salud deberá hacer audiencias de rendición de cuentas de su gestión y de los resultados que obtenga, ante el Consejo Nacional de Salud.

Parágrafo 4. Las auditorías a que hace referencia el Numeral 7 de este Artículo, se harán según reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley, para lo cual este ente debe tener en cuenta, entre otros, los siguientes criterios: resultados y desenlaces en salud; experiencia del paciente; calidad y solidez del diseño y de la ejecución de los planes de auditoría de la calidad de la atención en salud, incluida la auditoría de cuentas por servicios de salud, que, en sus modalidades concurrente y retrospectiva, deben adelantar las EGS; y las desviaciones materiales que, en cuanto a las cuentas, sean evidentes en el desempeño de las gestoras.

Artículo 30. Reserva Técnica del Estado para garantizar el giro directo. Con el objetivo de contar con una provisión del gasto por servicios de salud en el Sistema, la ADRES constituirá y administrará una reserva técnica con base en lo establecido por el gobierno nacional en la materia.

Artículo 31. Sanearamiento de pasivos. Las acreencias que las EPS liquidadas han dejado con los hospitales públicos deberán ser pagadas gradualmente en un término que no excederá los tres (3) años luego de entrar en vigencia la presente Ley, con apropiaciones del Presupuesto General de la Nación acordadas entre el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Departamento Nacional de Planeación.

Las deudas que a la fecha tenga cualquiera de los actores del Sistema de Salud con el talento humano en salud se clasificarán como créditos de primer orden, independiente de su origen contractual.

Artículo 32. Sistema de Tarifas y Formas de Pago. La Administradora de los Recursos de Salud hará efectivo el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que provean las IPS, públicas, privadas o mixtas, que conformen la RIISS, una vez sean autorizados por la EGS, con base en el Sistema de Tarifas y Formas de Pago del Sistema de Salud y en los acuerdos de voluntades.

El Ministerio de Salud y Protección Social, establecerá el Sistema de Tarifas y Formas de Pago para la prestación de servicios de salud a través de un proceso de concertación amplio con representantes de las sociedades científicas de cada especialidad y profesión,

de las IPS públicas y privadas, de las EGS, con la participación de la ADRES. Este proceso deberá contar con los debidos estudios técnicos.

El Sistema de Tarifas y Formas de Pago: i) Establecerá tarifas diferenciales por regiones; ii) tendrá en cuenta la tipología y complejidad de las IPS, las características de los servicios y los costos para proveer la atención básica de cada nivel de complejidad; iii) incorporará el valor de las remuneraciones de los profesionales de la salud y el costo de los insumos, del uso de equipos, de los gastos de mantenimiento y de otros elementos o servicios necesarios para la práctica clínica, asociados a la ejecución de las actividades, procedimientos e intervenciones en salud; y iv) establecerá ponderadores o valores diferenciales para reconocer los distintos niveles que existan en cuanto a acreditación y calidad de los servicios, desarrollo de la infraestructura, competencias del talento humano, actualización tecnológica, y provisión de servicios altamente sensibles para la sociedad como pediatría, obstetricia o salud mental, entre otros.

El Sistema de Tarifas modulará la oferta de los servicios para obtener metas de resultados definidos para el país, regulará el uso de los recursos públicos y tendrá un piso para incentivar la calidad, así como incentivos para la prestación de los servicios en zonas rurales y dispersas.

El ajuste anual del Sistema de Tarifas lo hará el Ministerio de Salud y Protección Social, previo concepto favorable del Consejo Nacional de Salud, con base en las necesidades que surjan de los avances tecnológicos, de la práctica clínica y sus costos, del incremento anual del salario mínimo legal vigente y de la UPC, de la inflación proyectada, de la tasa de cambio representativa del mercado cambiario y de los demás factores determinantes que se consideren, de modo que las tarifas consulten los precios de mercado, la razonabilidad del gasto y la sostenibilidad fiscal del Sistema de Salud.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social promoverá que en los acuerdos de voluntades entre las EGS y las IPS o las RIISS, se prioricen modalidades diferentes al pago por evento, tales como el pago global prospectivo, la capitación, el pago por valor o por resultados, el pago por conjuntos integrales de atención o el pago por grupos relacionados por diagnóstico, cuando aplique, entre otros sistemas de reembolso.

Artículo 33. Modificación del Artículo 47 de la Ley 715 de 2001. Modifíquese el Artículo 47 de la Ley 715 de 2001, el cual quedará así:

“Art. 47. Distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones. Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud se destinarán y distribuirán en los siguientes componentes:

1. El 65% para el componente de aseguramiento en salud que se financia con cargo a los recursos de la UPC de conformidad con lo previsto en la presente Ley.
2. El 25% para el componente de salud pública y para la atención primaria, de acuerdo con lo previsto en el Numeral 42.1 de la Ley 1438 de 2011.
3. El 10% para el subsidio a la oferta.

Parágrafo 1. La información utilizada para determinar la asignación de los recursos será suministrada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística; el Ministerio de Salud y Protección Social; el Departamento Nacional de Planeación; el Instituto Geográfico Agustín Codazzi, conforme con la que generen en ejercicio de sus competencias y de acuerdo con la reglamentación que para el efecto expida el gobierno nacional.

Parágrafo 2. Los recursos destinados a salud pública que no se comprometan al cierre de cada vigencia fiscal, se utilizarán para cofinanciar los programas de interés en salud pública de que trata el Numeral 13 del Artículo 42 de la Ley 715 de 2001, o las normas que las sustituyan, modifiquen o adicionen”.²⁶

TÍTULO V: POLÍTICA FARMACÉUTICA NACIONAL

Artículo 34. Características de la Política Farmacéutica Nacional. El Ministerio de Salud y Protección Social emitirá la Política Farmacéutica Nacional de manera que se cumpla con lo dispuesto en el Artículo 23 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Por regla general, los medicamentos son un bien meritorio de la salud pública. La Política Farmacéutica Nacional será:

- a) Programática, con objetivos y metas definidas a corto, mediano y largo plazo.
- b) Integral, con cobertura y abastecimiento de los medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud y en el correspondiente Manual de Medicamentos.
- c) Estratégica, con vocación de seguridad y soberanía tecnológica y farmacéutica.
- d) Priorizada, hacia la defensa de la salud pública y del derecho fundamental a la salud.
- e) Optimizada, en todos sus procesos de adquisición y uso pertinente.
- f) Sostenible, con base en la detección y eliminación de falsas innovaciones tecnológicas, el freno a abusos de posición dominante y la erradicación de todas las formas de corrupción.
- g) Informada y oportuna en relación con los desarrollos tecnológicos y la innovación en medicamentos.
- h) Sistematizada e integrada al Sistema Único de Información en Salud -SUIS-, para garantizar transparencia con el acceso público a la información epidemiológica y de todas las transacciones económicas, mediante un método electrónico de última generación que identificará los medicamentos, su principio activo, la denominación común internacional, el laboratorio productor, el precio autorizado y las demás características que se establezcan en el SUIS. El aplicativo informará sobre los diagnósticos, el número total de prescripciones efectuadas en el Sistema de Salud, la eficacia y los efectos secundarios de los medicamentos para facilitar la farmacovigilancia.

El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA- adelantará políticas para mejorar la información y la educación sanitaria para la población, aumentar la transferencia de tecnología y contribuir al desarrollo de capacidades nacionales crecientes con la finalidad de mejorar la seguridad y la soberanía farmacéutica. Así mismo, impulsará junto con el Instituto Nacional de Salud, medidas para promover alianzas y mecanismos de producción nacional de vacunas, de medicamentos e insumos básicos en salud.

El Gobierno Nacional avanzará en el control de precios de medicamentos con base en comparaciones internacionales; esta política se extenderá progresivamente a medicamentos de alto costo, innovadores, genéricos, biológicos y biosimilares; y al control de precios a insumos y tecnologías en salud de alto costo. Adicionalmente, se

desarrollarán las negociaciones centralizadas en la compra de medicamentos de interés en salud pública, según lo defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

El mencionado ministerio, regulará los mecanismos de compras conjuntas o centralizadas de medicamentos, insumos y dispositivos médicos, dentro y fuera del país, y generará modelos de gestión que permitan disminuir el precio de estos elementos.

Artículo 35. Servicios farmacéuticos. Los servicios farmacéuticos de las IPS y demás establecimientos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud son servicios de salud y hacen parte del Sistema de Salud.

El Estado tomará las medidas adecuadas y necesarias para garantizar que tales servicios estén disponibles en todo el territorio nacional, entre ellas:

1. Implementar controles, a través de la Superintendencia Nacional de Salud, para garantizar que las instituciones encargadas de prestar los servicios farmacéuticos entreguen la totalidad de los medicamentos prescritos a los usuarios.

2. Evaluar la gestión de dichos establecimientos de dispensación, mediante indicadores que permitan determinar la calidad y la continuidad en la prestación del servicio.

3. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el listado de medicamentos que sólo podrán ser expendidos por los servicios farmacéuticos con fórmula médica, tales como antibióticos o fármacos que puedan generar adicción, entre otros.

4. Los servicios farmacéuticos y demás establecimientos que dispensen medicamentos o tecnologías en salud, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social, deberán inscribirse y demostrar ante las direcciones territoriales de salud que cumplen los requisitos esenciales para la prestación del servicio farmacéutico, es decir, capacidad tecnológica y científica suficiencia patrimonial, y capacidad técnica y administrativa.

5. En caso de que un servicio o establecimiento farmacéutico incurra en negligencia en la prestación del servicio, previo el proceso de investigación correspondiente, estará sujeto a que se le impongan las sanciones dispuestas en las normas legales vigentes.

Parágrafo 1. Las EGS, así como los prestadores y las RIIS harán gestión y articulación con los servicios farmacéuticos para que se garantice progresivamente la eliminación de barreras de acceso a los medicamentos, incluida la dispensación a domicilio sin costo adicional cuando esta sea necesaria.

El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la dispensación a domicilio gratuita a la población vulnerable en condición de discapacidad o movilidad reducida o en condiciones y situaciones que así lo requieran.

Parágrafo 2. Se garantizará la entrega de la totalidad de los medicamentos formulados a los pacientes, con el fin de evitar interrupciones terapéuticas y múltiples desplazamientos.

Cuando la entrega de medicamentos se efectúe por partes, serán el proveedor farmacéutico y el prestador del servicio quienes coordinarán el mecanismo para notificar y dispensar al usuario de los medicamentos con la misma autorización médica. En ningún caso la carga administrativa será asumida por el paciente.

TÍTULO VI: RÉGIMEN LABORAL PARA EL SECTOR SALUD

CAPÍTULO I: RÉGIMEN LABORAL ESPECIAL

Artículo 36. Régimen Laboral Especial del Sector Salud. En cumplimiento de los artículos 25 y 53 de la Constitución Política y del Artículo 18 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en el Sistema de Salud, habrá condiciones laborales para el personal sanitario que garanticen estabilidad, seguridad y continuidad laboral, así como actualización integral continua.

Para el efecto, se creará el régimen laboral especial para el sector de la salud, que será concertado con representantes del sector. Este régimen, entre otros aspectos, incluirá:

1) **Carrera Administrativa Especial del Sector Salud.** A la cual se incorporarán por una sola vez, automática y progresivamente los trabajadores misionales hoy vinculados por contrato de prestación de servicios. Se respetarán los derechos adquiridos de quienes actualmente están vinculados como servidores públicos bajo la normatividad vigente.

2) **Régimen salarial especial para el sector salud.** Habrá remuneración mínima vital y móvil, progresiva, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo, con proporcionalidad al nivel de formación, a la antigüedad, y a las modalidades y períodos de pago, preservando el principio de igualdad: “A igual función, igual remuneración”.

3) **Pago Oportuno.** Toda relación laboral tendrá derecho a una remuneración oportuna. Se entiende que el pago es oportuno cuando se hace máximo dentro de los cinco (5) días calendario siguientes al cumplimiento del periodo laboral de treinta (30) días.

4) **Jornada ordinaria.** Los trabajadores sanitarios tendrán una jornada de máximo 42 horas semanales, así como el derecho al reconocimiento de horas extras, recargos nocturnos, por turnos, dominicales y festivos, habitualidad y permanencia de la labor, y descansos compensatorios como parte de la jornada laboral, según lo dispuesto en el Decreto Ley 1042 de 1978 y en el Decreto 400 de 2021, o en las normas que los sustituyan modifiquen o deroguen.

5) **Medicina, higiene, salud y seguridad en el trabajo.** Los trabajadores sanitarios tendrán derecho a ser beneficiarios de una política de higiene, salud y seguridad en el trabajo, conforme lo dispuesto en el Decreto Ley 1295 de 1994, en la Ley 1562 de 2012 o en las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan y en las demás normas concordantes.

6) **Trabajos ocasionales, teletrabajo o trabajo en casa.** Los trabajadores sanitarios podrán prestar sus servicios mediante la modalidad de trabajo remoto de conformidad con lo dispuesto en la Ley 2121 de 2021 o en la norma que la sustituya, modifique o derogue.

7) **Prestaciones económicas.** Los trabajadores sanitarios tendrán derecho al reconocimiento de los gastos de representación, prima técnica a especialistas altamente calificados, prima de riesgo en circunstancias especiales, prima por ubicación geográfica, quinquenios, vacaciones, licencias, permisos remunerados. Así mismo, tendrán derecho a estímulos no salariales quienes laboren en zonas marginadas según lo definido en el Artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, en materia de bienestar, vivienda, transporte, seguridad, educación y actualización continua, entre otros.

8) **Acoso y discriminación laboral.** En la implementación del régimen especial del talento humano en salud se tendrán en cuenta las disposiciones del Convenio 190 de la OIT sobre la violencia y el acoso en el trabajo.

9) **Relación Docencia – Servicio.** Se permite la simultaneidad de estas dos actividades.

Los programas de formación de recurso humano deberán corresponder a las necesidades de salud de la población en los territorios.

10) **Servicio Social Obligatorio -SSO-.** El servicio social obligatorio tendrá vocación hacia las zonas apartadas y dispersas; las ISE o las IPS privadas deberán incluir en sus plantas de personal los cargos de los profesionales para la prestación del SSO, quienes podrán participar en los Equipos Básicos de Salud donde sean necesarios, especialmente en regiones apartadas con población dispersa, siempre y cuando se garanticen condiciones de seguridad para el talento humano en salud.

11) **Médicos residentes.** En el caso de rotaciones extramurales de médicas o médicos residentes establecidas en el currículo universitario, las IPS, públicas o privadas, en coordinación con las Instituciones de Educación Superior -IES-, deberán garantizarles a estos profesionales el traslado, el alojamiento y la alimentación durante la rotación, y reconocerles el apoyo de sostenimiento educativo creado en la Ley 1917 de 2018, así como la supervisión docente correspondiente, mediante convenios suscritos entre la IPS y la IES, en el marco de la relación docencia-servicio. Si las médicas o médicos residentes se vinculan a los Equipos Básicos de Salud, las ISE o las IPS privadas deberán contratarlos a término fijo como trabajadores de la salud.

12) **Condiciones especiales para ejercer el Servicio Social Obligatorio (SSO) y las especializaciones médicas (Residentes) y de otras profesiones del sector salud.** El Ministerio de Salud y protección social promoverá lineamientos y estrategias para la dignificación plena del servicio social obligatorio, médicos Residentes y otras especializaciones de profesiones del sector salud en materia de salud mental y acompañamiento psicoemocional, garantías de protección de la vida e integridad de los profesionales para el ejercicio de su labor y acceso meritocrático a las plazas en concordancia con la normatividad aplicable a la materia.

13) **Equivalencia de títulos.** Los títulos de especializaciones médico-quirúrgicas de tres (3) años o más de duración otorgados por las instituciones de educación superior de Colombia o el título de iguales características obtenido en el exterior avalados por resolución del Ministerio de Educación Nacional, tendrá para todos los efectos equivalencia al título de doctorado.

14) **Profesionales especialistas.** Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta, las EGS y las IPS podrán contratar estos especialistas a través de las distintas modalidades previstas en el ordenamiento jurídico colombiano para la contratación de servicios profesionales, garantizando condiciones dignas y justas, ausencia de cláusula de exclusividad, y pago oportuno. Para este caso, se entiende por pago oportuno aquel que no supere los diez (10) días calendario posteriores a la radicación de la factura, cuenta de cobro o documento equivalente.

15) **Límite salarial.** En ningún nivel territorial la remuneración del jefe de la administración operará como límite máximo para establecer los emolumentos del talento humano en salud.

16) **Prelación del pago.** El pago del talento humano en salud, independientemente de la forma de vinculación, tendrá prelación sobre los demás desembolsos y su remuneración será indexada anualmente con base en el IPC causado el año inmediatamente anterior.

17) **Subcuenta de Garantías.** Los recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud, además de los usos previstos en el Artículo 41 del Decreto 4107 de 2011 o en las normas que la sustituyan o modifiquen, se podrán utilizar para mejorar la liquidez de los prestadores de los servicios de salud, públicos, privados o mixtos, destinados al pago que por concepto de honorarios o salarios se adeuden al talento humano en salud.

Para el efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social dentro del año siguiente a la expedición de la presente Ley reglamentará las condiciones para garantizar el pago al talento humano en salud con cargo a los recursos de la Subcuenta de Garantías.

Para los efectos del presente numeral las EGS o quien haga sus veces, y las IPS, destinarán el 1% de sus excedentes anuales para financiar la Subcuenta de Garantías.

Parágrafo 1. Trabajadores de las instituciones privadas y mixtas del sector salud.

Los trabajadores de las instituciones privadas y mixtas del sector salud, por norma general, deberán estar vinculados mediante contrato de trabajo conforme los preceptos del Código Sustantivo del Trabajo, de las convenciones colectivas de trabajo vigentes y de las demás normas concordantes. Los términos de transición para la formalización de estos trabajadores serán los establecidos en el Parágrafo 1 del Artículo 22 de la presente Ley.

Parágrafo 2. El Ministerio del Trabajo presentará anualmente, al inicio de las sesiones ordinarias del Congreso de la República y ante las comisiones séptimas de este órgano legislativo, un informe sobre el cumplimiento de las disposiciones laborales para los trabajadores del Sistema de Salud dispuestas en los artículos 17 y 18 de la Ley 1751 de 2015 y en la Política Nacional de Talento Humano en Salud.

Parágrafo transitorio: El mismo término de pago oportuno establecido en el Numeral 13 del presente Artículo será aplicado para aquellos trabajadores próximos a acogerse a la formalización laboral de que trata el Parágrafo 1 del Artículo 22 de la presente Ley y el Parágrafo 1 del presente Artículo, que culminará una vez sean vinculados a las plantas de personal de las instituciones.

Artículo 37. Modificación del Artículo 24 de la Ley 1164 de 2007. El Artículo 24 de la Ley 1164 de 2007, modificado por el Decreto Ley 2106 de 2019, quedará, así:

Artículo 24. De la Identificación Única del Talento Humano en Salud. La identificación del talento humano en salud se consultará por medio del Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud -ReTHUS-. El cumplimiento de los requisitos para ejercer el nivel técnico profesional, tecnológico, profesión u ocupación, se verificará a través del ReTHUS.

El costo del proceso de validación, verificación e inscripción por primera vez en el ReTHUS se tasaré de la siguiente manera:

a) El equivalente a nueve (9) salarios diarios mínimos legales vigentes, cuando el número de graduados reportado por el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior -SNIES- para las profesiones asociadas al colegio o consejo profesional sea entre uno (1) y tres mil (3.000) al año.

b) De siete (7) salarios diarios mínimos legales vigentes para aquellas profesiones que reporten un número de graduados de más de tres mil (3.000), a la fecha de la solicitud.

c) Para el registro de novedades y duplicados el costo será del 40 % del valor de la inscripción por primera vez”.

Artículo 38. Régimen laboral de las Instituciones de Salud del Estado. En los términos de la normatividad vigente, los servidores públicos de la salud, salvo excepciones establecidas en la ley o pactadas con las organizaciones sindicales, seguirán siendo de libre nombramiento y remoción, de carrera administrativa y trabajadores oficiales.

Los servidores públicos de instituciones de salud mixtas en los que la participación del Estado sea igual o superior al 90%, se regirán por la presente Ley. Son normas especiales y generales del régimen laboral de los servidores de las ISE, las siguientes:

1. El gobierno nacional y las respectivas autoridades competentes en el orden territorial, en la norma que defina la planta del personal de la ISE, señalarán el número de servidores públicos de la salud requerido para la prestación de los servicios, su modalidad y naturaleza, de acuerdo con la ley y con las tipologías y niveles de las ISE que determine el gobierno.

2. En materia de la jornada laboral, los servidores públicos de las ISE se regirán por el Decreto Ley 1042 de 1978 y por el Decreto 400 de 2021, o por las normas que los modifiquen, adicionen, o sustituyan.

3. Para la negociación de los servidores públicos se aplicará la Constitución, los acuerdos internacionales de la Organización Internacional del Trabajo -OIT- ratificados por Colombia, las leyes, los decretos y lo dispuesto en el Artículo 9 de la Ley 4a de 1992, según el caso. A los trabajadores oficiales, además de lo anterior, lo que resulte de sus respectivos acuerdos o convenciones colectivas. La negociación colectiva del personal sanitario que realice actividades asistenciales dentro las ISE se regirá por el Código Sustantivo del Trabajo.

4. En lo relacionado con la administración del personal, a los servidores públicos de la salud les serán aplicables, en lo pertinente, las disposiciones del Decreto Ley 2400 de 1968, de la Ley 909 de 2004 y de las demás normas que las reglamenten, modifiquen o sustituyan.

5. En ningún caso el salario del jefe de la administración a nivel territorial será considerado como un límite para fijar la remuneración de los trabajadores de la salud vinculados con las ISE.

Los servidores públicos que tengan la calidad de trabajadores oficiales, a la entrada en vigencia de la presente Ley, conservarán tal calidad, sin solución de continuidad en los términos establecidos en los contratos de vinculación, y se entenderá que la nueva relación contractual continuará con la respectiva ISE.

Los empleados públicos con derechos de carrera administrativa o nombrados en provisionalidad de las Empresas Sociales del Estado del orden nacional y territorial, a la entrada en vigencia de la presente Ley, serán vinculados en las ISE, sin solución de continuidad y sin que se desmejoren sus condiciones laborales.

Parágrafo 1. Los contratos de prestación de servicios suscritos con las Empresas Sociales del Estado que, a la entrada en vigencia de la presente Ley, se encuentren en ejecución se entenderán subrogados en las ISE.

Parágrafo 2. El régimen de los trabajadores oficiales continuará rigiéndose conforme a las reglas del Capítulo IV de la Ley 10 de 1990.

Parágrafo 3. Para efectos de la laboralización ordenada por la Corte Constitucional, las personas que a la entrada en vigencia de la presente Ley lleven más de tres años continuos laborando en cargos de carrera administrativa, bajo cualquier modalidad, serán vinculados en las ISE, en las condiciones laborales, salariales y prestacionales propias del cargo sin solución de continuidad y según su antigüedad.

CAPÍTULO II: AUTONOMÍA PROFESIONAL

Artículo 39. Autonomía de los profesionales de la salud. En cumplimiento del Artículo 17 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Sistema de Salud garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes puestos bajo su cuidado. En ejercicio de dicha autonomía, no se requerirán autorizaciones administrativas adicionales dentro de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud -RIISS-, puesto que la orden médica se constituye en el único requisito necesario para la prestación de un servicio.

Las IPS, públicas, privadas o mixtas, o las RIISS, constituirán Comités de Autorregulación Profesional -CARP-, cuya función será velar por la aplicación de los criterios de autorregulación, pertinencia, racionalidad, evidencia científica y costo eficiencia de los actos de los profesionales de la salud, y por la continuidad e integralidad del ciclo de atención de la condición médica. Estos Comités operarán con pleno respeto de la autonomía profesional y del derecho a la objeción de conciencia, fundamentados en la *Lex Artis* de cada profesión, orientados por los protocolos y las guías de manejo, con la participación de pares académicos de las respectivas profesiones.

Parágrafo 1. El gobierno nacional y las entidades territoriales garantizarán los recursos necesarios para el funcionamiento de los tribunales profesionales ético-disciplinarios, y dispondrán de nuevos recursos para el efecto, según estudio técnico que realizarán el Tribunal Nacional de Ética Médica y el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley.

Artículo 40. Discrepancia entre profesionales de la salud. En caso de discrepancia clínica o académica entre profesionales, se dará aplicación a lo establecido en el Artículo 16 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, sobre el procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud, los cuales serán dirimidos por las Juntas Médicas Regulatoras -JMR-, de las IPS o de las RIISS, las cuales contemplarán, cuando menos, los siguientes criterios:

1. Una vez se produzca la discrepancia en torno al diagnóstico o a la alternativa terapéutica, el profesional tratante o el que controvierte remitirá el caso al CARP de la IPS, pública o privada, o de la correspondiente RIISS, según sea el caso. Dicho Comité citará y presidirá una JMR en la que concurrirán dos o más pares profesionales o especialistas en el área.

2. El profesional tratante deberá aportar los elementos científicos que justifiquen el diagnóstico o la alternativa terapéutica; igualmente, el profesional que controvierte podrá aportar el soporte técnico o científico que considere necesario.
3. En caso de que la JMR esté de acuerdo con lo ordenado por el profesional tratante, bastará con que imparta su aprobación y conste en el acta de la reunión.
4. En el evento de que la JMR esté en desacuerdo con lo dispuesto por el profesional tratante, señalará en el acta las razones específicas por las cuales considera que ello no es lo más aconsejable para el caso concreto, indicará la opción adecuada y le advertirá al profesional tratante los riesgos derivados del tratamiento prescrito.
5. La conducta que se tomará será preferencialmente la indicada en la JMR, previo informe al paciente o a sus familiares y una vez obtenido el consentimiento informado.
6. No obstante, si el profesional tratante, en desarrollo de su autonomía, decide mantener el diagnóstico o la alternativa terapéutica, podrá desistir del manejo del paciente puesto bajo su cuidado a menos que el paciente desee continuar siendo atendido por él.

En todo caso, se respetará el derecho al consentimiento informado del paciente.

TÍTULO VII: POLÍTICA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN SUPERIOR EN SALUD

Artículo 41. Política de Formación de Talento Humano en Salud. En desarrollo de la Política Nacional de Talento Humano en Salud -THS-, la formación en los diferentes niveles de educación tendrá en cuenta los siguientes criterios:

1. Las prioridades de formación del THS se orientarán según las necesidades de la población, para mejorar la calidad de vida, de acuerdo con las especificidades territoriales y las competencias demandadas por el Sistema de Salud, con enfoque familiar, comunitario, territorial, diferencial y de género, y con sustento en la mejor evidencia científica existente.
2. Generar incentivos para estudiantes de ciencias de la salud que realicen prácticas en zonas rurales y urbanas dispersas, con el propósito de incrementar la disponibilidad del THS.
3. Brindar estímulos para la formación en las profesiones y ocupaciones del área de la salud que se consideren priorizadas.
4. Establecer mecanismos para el ingreso a los posgrados de las áreas de la salud de acuerdo con las necesidades del sector y de los diferentes territorios, en condiciones de transparencia y equidad.
5. Establecer criterios para la relación docencia servicio y cupos para los diferentes escenarios de práctica formativa.
6. Establecer condiciones de calidad para la oferta de nuevos programas de formación para los profesionales de la salud en las IES y para la formulación de planes institucionales de formación continua que permitan el aumento de cupos en las instituciones existentes.
7. Desarrollar programas de formación y educación continua del THS, que comprenda los procesos y actividades permanentes de capacitación y fundamentación teórico-práctica,

dirigidos a complementar, actualizar, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades y destrezas, técnicas y prácticas.

Artículo 42. Examen Único Nacional Habilitante para admisión a las especialidades médico–quirúrgicas y de salud pública. Para acceder a los programas de especialización médico–quirúrgicas y de salud pública los aspirantes deberán presentar un examen nacional habilitante por especialidad médico-quirúrgica y superar el puntaje mínimo que será establecido por los ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, con la participación de las Instituciones de Educación Superior -IES-.

Las IES determinarán los criterios definitivos de admisión a estos programas que, en todo caso, deberán tener en cuenta los resultados del Examen Único Nacional Habilitante establecido en la presente Ley.

Parágrafo. Los ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, en un término no mayor a seis (6) meses una vez expedida la presente Ley, reglamentarán lo dispuesto en este Artículo.

Artículo 43. Becas de matrícula para la formación de pregrado y posgrado de profesionales de salud, en áreas médico-quirúrgicas y de salud pública. Con el fin de aumentar la oferta de profesionales de la salud especialistas en áreas médico-quirúrgicas y de posgraduados en salud pública y disciplinas afines (epidemiología, administración en salud, auditoría de la calidad de la atención en salud, entre otras), el gobierno creará un programa de becas para cubrir los costos académicos y de sostenimiento que se distribuirán, en el caso de pregrado, en las IES públicas que aumenten los cupos para estos programas de salud.

En el caso de posgrado, el programa de becas aplicará entre los profesionales de medicina, enfermería y otras profesiones del sector salud que el Ministerio de Salud y Protección Social considere priorizadas.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la forma de asignación de los cupos para becas, teniendo en cuenta instrumentos que consideren la distribución regional, la participación por IES y los cupos por especialidades médico-quirúrgicas, y la oferta de programas de pre y posgrado en salud pública y afines, para el país.

Parágrafo 2. Los beneficiarios de las becas deberán retribuir el mismo tiempo de duración del estudio con trabajo remunerado en las regiones con requerimientos de dichos profesionales especialistas y posgraduados.

Parágrafo 3. Para la financiación de las becas y estímulos se aunarán esfuerzos y recursos que destinen el gobierno nacional, las entidades territoriales del nivel departamental y municipal, las IPS y las IES, según reglamentación que expida el gobierno nacional.

Parágrafo 4. Los ministerios de Educación y de Salud y Protección Social, en un término no mayor a los seis (6) meses una vez expedida la presente Ley, realizarán una evaluación sobre las necesidades del país en materia de especializaciones y segundas especializaciones médico-quirúrgicas, orientada hacia la formación y regulación de la formación de este THS.

TÍTULO VIII: INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Artículo 44. Inspección, vigilancia y control en el Sistema de Salud. El ejercicio de las funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema de Salud, que está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, se realizará conforme lo definido en la Ley 1122 de 2007; sin embargo, en desarrollo de la presente Ley el alcance de la función de inspección incluirá solicitar, confirmar y analizar en detalle las evaluaciones generales y los análisis de los reportes generados por el Consejo Nacional de Salud -CNS- y por los Consejos Territoriales de Salud, así como los reportes generados por el Sistema Único de Información en Salud -SUIS-, por las visitas, las auditorías, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular, la práctica de investigaciones administrativas y la auditoría a los estados financieros de las entidades que reciban recursos de la salud.

La Superintendencia Nacional de Salud, además de las competencias y facultades ya establecidas en las normas legales vigentes, cumplirá, dentro del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, las siguientes funciones:

1. Ejercer la inspección, vigilancia y control a la ADRES.
2. Ejercer la Inspección, vigilancia y control a las direcciones territoriales de salud y demás actores del sistema, incluidos los regímenes exceptuados y especiales previstos en las Leyes 100 de 1993 y 647 de 2001, para que cumplan a cabalidad las funciones señaladas en las normas legales vigentes.
3. Realizar investigaciones administrativas a las entidades que incumplan su obligación de hacer el pago oportuno a los profesionales y trabajadores de la salud que estén vinculados a las instituciones vigiladas.
4. Señalar, con sujeción a las normas contenidas en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo -CPACA-, los procedimientos aplicables a los vigilados por la Superintendencia, cuyos términos se reducirán en una tercera parte respecto de las investigaciones administrativas sancionatorias que deba surtir, y respetar los derechos al debido proceso, a la legítima defensa o contradicción y a la doble instancia. El incumplimiento de los términos establecidos en la presente norma constituye falta grave.
5. Ejercer la inspección, vigilancia y control respecto del cumplimiento estricto de las garantías necesarias para el correcto desenvolvimiento de todos los profesionales de la salud en sus diferentes áreas, de acuerdo con lo dispuesto en las normas vigentes.
6. Realizar investigaciones administrativas a las instituciones sanitarias que incumplan con el suministro de insumos necesarios para el adecuado desarrollo de las actividades de salud, como los equipos de protección personal, cuando estos se requieran.
7. Ejercer la inspección, vigilancia y control de los recursos destinados a las EGS y vigilar el giro directo a los prestadores y proveedores.
8. Desarrollar procesos de desconcentración de la inspección, vigilancia y control hacia las direcciones territoriales para la gestión en salud. Para el efecto, podrá delegar funciones de inspección y vigilancia de las EGS a las entidades territoriales capacitadas para hacerlo según criterios que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. En este caso, la Superintendencia Nacional de Salud obraría como segunda instancia.
9. Cuando la Superintendencia Nacional de Salud en el marco de sus competencias tome la decisión de intervenir una EGS para administrarla, no lo hará ella como organismo de control, sino que el Ministerio de Salud y Protección Social, previo concepto favorable del

CNS, designará una entidad que cumpla todos los requisitos financieros y administrativos como administradora mientras dure la intervención, sin perjuicio de las funciones de inspección, vigilancia y control que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud.

10. Rendir informe anual al Consejo Nacional de Salud en el cual se presente el análisis de los problemas y fallas detectadas en el funcionamiento del Sistema de Salud y proponer las medidas correctivas.

Artículo 45. Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud. Sin perjuicio de las funciones de la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud previstas en el Artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por el Artículo 6 de la Ley 1949 de 2019, la Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora, de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados o entre estos y los usuarios de los servicios provistos en problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del Sistema de Salud, y que afecten el acceso efectivo al servicio de salud.

Los acuerdos conciliatorios tendrán efecto de cosa juzgada y, en el acta que los contenga, deberán especificarse con toda claridad las obligaciones a cargo de cada una de las partes, para las cuales prestará mérito ejecutivo.

TÍTULO IX: DISPOSICIONES FINALES

Artículo 46. Transición y evolución hacia el Sistema de Salud. El Sistema de Salud se implementará en forma gradual a partir de la entrada en vigencia de la presente Ley. Es principio de interpretación y fundamento de las presentes normas, que en ningún caso durante el periodo de transición se podrá dejar desprotegido del goce efectivo del derecho a la salud a ninguna persona en Colombia.

La transición, de manera general, será de tres (3) años, salvo los términos específicamente definidos en el articulado de la presente Ley.

Durante este período deberá procurarse la afiliación de la población a una EGS, con las reglas del Sistema de Salud, de forma que se garantice, en todo momento, la provisión del servicio público esencial de salud.

Artículo 47. Regímenes exceptuados y especiales. Las disposiciones de los regímenes exceptuados y especiales del Sistema de Salud continuarán produciendo plenos efectos, en el marco de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. En consecuencia, los regímenes de salud y seguridad social de los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, del Magisterio y de la Empresa Colombiana de Petróleos -Ecopetrol-, continuarán vigentes, y se exceptúan de las disposiciones de la presente Ley en los términos previstos en el Artículo 279 de la Ley 100 de 1993.

Adicionalmente, el régimen de salud y seguridad social de las universidades públicas continuará vigente y será el previsto en la Ley 30 de 1992, modificada por la Ley 647 de 2001, por la Ley 1443 de 2011 y por las demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

Artículo 48. Vigencia y derogaciones. La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias, especialmente los artículos 6, 8, 9, 26, 27, 28 y 30 de la Ley 10 de 1990; el Artículo 205 de la Ley 100 de 1993; el Numeral 7 del

Artículo 7, y los artículos 9, 15, 26, 27 y 30 de la Ley 1122 de 2007; los artículos 62, 63, 64, 105 y 113 de la Ley 1438 de 2011; el Artículo 31 de la Ley 1607 de 2012; y el Parágrafo del Artículo 150 de la Ley 2294 de 2023.

Cordialmente,

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Existe consenso respecto de la necesidad de una reforma a la salud que subsane las grietas que presenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, fallas que no son nuevas, sino que vienen agravándose desde hace varios años y varios gobiernos, sobre las cuales se han tomado medidas correctivas, pero que no han sido suficientes.

Los sistemas en salud son dinámicos y requieren ajustes y desarrollo permanente, como se ha intentado hacer en Colombia. El SGSSS que se aprobó con la Ley 100 de 1993 es muy diferente al sistema que hoy opera, median una serie de leyes reformativas, decretos y normas regulatorias que han venido ajustando y adaptando el SGSSS a los cambios propios del desarrollo de la Nación, del conocimiento y la necesidad permanente de regular y subsanar las fallas que se van presentando.

VIRTUDES Y RETOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD VIGENTE. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN EN EL PROYECTO DE LEY.

Al SGSSS se le reconocen virtudes que se han venido desarrollando a lo largo de tres décadas, logros que una reforma debería preservar, así como también problemas apremiantes que requieren medidas de fondo para superarlos.

De manera resumida se señalan los principales logros y problemas del SGSSS y la manera como el proyecto de ley aborda sus soluciones, construyendo sobre lo construido, apoyándose en la Constitución Política, las normas existentes especialmente en las leyes 715 de 2001, 1122 y 1164 de 2007, 1438 de 2011, en las Sentencias T-760 de 2008 y C- 313 de 2013 de la H. Corte Constitucional, sobre la esencia y los alcances del derecho fundamental a la salud y la constitución del Sistema de Salud como lo ordena la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015.

1. ASEGURAMIENTO EN SALUD.

El aseguramiento mixto en salud en Colombia se ha establecido como una pieza fundamental dentro del marco del SGSSS. Esta estrategia tiene como objetivo garantizar el acceso equitativo, oportuno y efectivo a los servicios de salud y medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud para toda la población, sin distinciones ni discriminaciones. De esta manera, se busca un enfoque integral en salud que abarque desde la promoción y prevención hasta el tratamiento y la rehabilitación de los enfermos.

Las Entidades Promotoras de Salud -EPS- en cada régimen de afiliación, contributivo o subsidiado, han sido las responsables de cumplir con las funciones del aseguramiento en salud.

Conforme a lo establecido por la Ley 1122 de 2007, el aseguramiento en salud se define como un conjunto de acciones que engloban la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de servicios para garantizar un acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud, y la representación del afiliado ante el prestador y otros actores relevantes, sin menoscabo de la autonomía del usuario. El aseguramiento en salud es la manera como el Sistema de Salud establecido en el Artículo 4 de la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, garantiza a toda la población el respeto y el goce efectivo de este derecho fundamental.

2. COBERTURA.

Al SGSSS se le señala como gran beneficio, la cobertura de afiliación en aseguramiento en salud, la cual ha venido aumentando de manera sostenida, pasando de 29% de la población total en el año 1995 a 99,12 en 2022¹. El Artículo 157 de la Ley 100 de 1993 establece la obligatoriedad para todos los habitantes del territorio nacional de afiliarse al SGSSS, ordenamiento que no cambia con el proyecto de ley que se presenta puesto que este mandato legal sienta las bases para la universalidad del acceso a la atención en salud en Colombia, estableciendo un marco normativo que abarca a toda la población.

3. PROTECCIÓN FINANCIERA.

El SGSSS colombiano ha sido reconocido como un buen sistema de salud en materia de cobertura universal, cobertura de servicios y protección financiera². En salud, por gasto de bolsillo se entiende la cantidad de dinero que los miembros de un hogar gastan cuando utilizan el servicio y el capital para hacer el pago sale de su peculio, debido a que no está cubierto por un seguro o por un tercer pagador. Este gasto es muy importante para los hogares porque la salud y los gastos para recuperarla o mantenerla son bienes y servicios de primera necesidad, generalmente no presupuestados por la inmensa mayoría de familias que escasamente cubren sus necesidades básicas.

Desde la perspectiva del desarrollo económico, el gasto de bolsillo es importante porque representa vulnerabilidad financiera de la población para su calidad de vida. Razón por la que la protección financiera en la salud hace parte de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible³.

La protección financiera de la población colombiana frente al riesgo de enfermar o morir se evidenció durante la pandemia por Covid 19.

¹ Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Desarrollo social. Aseguramiento de la población. <https://www.dnp.gov.co/LaEntidad/subdireccion-general-prospectiva-desarrollo-nacional/direccion-desarrollo-social/Paginas/aseguramiento-de-poblacion.aspx#:~:text=La%20cobertura%20de%20afiliaci%C3%B3n%20ha,99%2C12%25%20en%202022.&text=Fuente%3A%20Ministerio%20de%20Salud%20y%20Protecci%C3%B3n%20Social>

² OECD. OECD reviews of health systems: Colombia 2016. Organization for Economic Co-operation y Development (OECD), 2015. DOI: 10.1787/19901410.

³ ONU. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Informe técnico A/70/L.1. Naciones Unidas (UN). Asamblea general. 70° sesión, 2015.

Según el estudio sobre el valor del gasto de bolsillo en salud básico agregado anual en Colombia para 2021, se estima en COP \$5,09 billones, que representa el 0.5021% del PIB, de los cuales el 20.18 % corresponde al gasto privado en salud y, a un gasto de bolsillo en salud básico per cápita anual de COP \$115,345, y por hogar, de COP \$ 346,169.4⁴.

Sin embargo, el desarrollo del SGSSS ha facilitado el crecimiento del aseguramiento privado en detrimento del público, al punto que las EPS públicas ya son muy pocas luego de la liquidación de la mayoría de ellas, dejando la administración del riesgo financiero de la salud en manos de EPS privadas, lo que ha traído como consecuencia que los intereses del mercado hayan prevalecido, incluso sobre el derecho fundamental a la salud⁵, generando problemas estructurales en el Sistema que se expresan en resultados deficientes e inequitativos en salud. Problemas que no son de ahora, sino que se han venido gestando y agravando por falta de medidas correctivas de fondo.

4. PLAN DE BENEFICIOS.

Concebido como un plan amplio e integral, en el cual todo está incluido, salvo lo que esté expresamente excluido, con base en lo establecido en el Artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, por el cual *“el Sistema de Salud garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas”*.

“En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;*
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;*
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;*
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;*
- e) Que se encuentren en fase de experimentación; f) Que tengan que ser prestados en el exterior.*

Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente.

⁴ Maldonado Norman. Gasto de Bolsillo en Salud en Colombia. Consultado en: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.icesi.edu.co/proesa/images/mesa/mesa-gasto-de-bolsillo-en-colombia.pdf](https://www.icesi.edu.co/proesa/images/mesa/mesa-gasto-de-bolsillo-en-colombia.pdf)
⁵ Gañán, J. (2014). Derecho a la salud y mercado. Casos Colombia y Latinoamérica. In Estudios de Derecho (pp. 131–155).

En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión.

Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad. Para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente”.

5. PROBLEMAS Y SOLUCIONES.

Entre los problemas más apremiantes que afectan al SGSSS actual, se destacan los siguientes, así como la manera como el proyecto busca solucionarlos:

I. Barreras para el acceso.

En el SGSSS se han venido anteponiendo una serie de barreras de acceso a los servicios de salud de tipo administrativo como las autorizaciones, barreras económicas o geográficas con deterioro de la atención oportuna a la población, especialmente aquella residente en zonas apartadas.

La Organización Panamericana de la Salud – OPS, encontró que en Colombia la principal razón de insatisfacción y barrera de acceso al Sistema de Salud está relacionada con las largas esperas y el exceso de trámites para la asignación de citas médicas, específicamente de citas especializadas.

Así mismo, las autorizaciones administrativas por la falta de comunicación entre las EPS y los prestadores generan retrasos en la gestión de los trámites y en la asignación de citas⁶. Explican los tiempos de espera prolongados y el exceso de trámites por los incentivos a la contención de costos.

Igualmente consideran que las tarifas de negociación de los servicios de salud entre las EPS y las IPS, de no ser adecuada, ponen en aprietos financieros a las IPS y generan un detrimento de la oferta de servicios de salud, lo que sumado a la restricción de la oferta de recursos humanos, prolonga los tiempos de espera.

Recientemente, el Ministerio publicó (por unas horas) un borrador de decreto con el cual se modificaría el Manual del Régimen Tarifario vigente, lo que provocó un gran malestar en el sector por sus serias implicaciones al hacer, sin previa concertación, una reducción general de tarifas, lo que traería graves consecuencias, completamente en contravía de lo que se pretende con la reforma a la salud, entre las más importantes serían:

- Disminución en la oportunidad y calidad de la atención a los usuarios.
- Cierre de servicios, clínicas y hospitales.
- Reducción en el ingreso del talento humano en salud.

⁶ Organización Panamericana de la Salud. Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327562>

- Falta de actualización tecnológica.
- Sería un mecanismo de desestimulo en el tratamiento de enfermedades raras o huérfanas o de alto costo.
- Disminuiría, aún más, la atención en zonas apartadas.
- Promoción de la competencia basada en precios, no en calidad (competencia desleal).
- Implicaciones constitucionales y legales por la falta de progresividad de las tarifas (al contrario, habría regresividad), falta de concertación especialmente con las sociedades científicas como históricamente se ha hecho y el desconocimiento del Consejo Nacional del Talento Humano en Salud creado en la Ley 1164 de 2007 como organismo de consulta permanente para la definición de políticas encaminadas al desarrollo del talento humano en salud-THS.

Soluciones.

El objeto del Sistema de Salud es mejorar la salud pública y el bienestar de toda la población garantizando el goce efectivo de este derecho fundamental, lo cual se mide a través de indicadores básicos de salud estandarizados por la comunidad científica.

En ese sentido, el proyecto de ley que se propone crea el Consejo Nacional de salud como un organismo adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, con las competencias necesarias para adoptar las políticas públicas dirigidas a desarrollar los principios y directrices trazados por la Ley 1751 de 2015 y la presente Ley.

Dentro de sus funciones están las de promover políticas públicas orientadas al mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida, encaminadas a favorecer la presencia de la salud en todas las políticas de manera que consideren las implicaciones sanitarias de las decisiones en todos los sectores, buscando sinergias económicas y programáticas, evitando los efectos nocivos para la salud de las políticas fuera del sector, promoviendo la estrategia de Atención Primaria en Salud como base del modelo de atención preventivo, predictivo y resolutivo.

Así mismo, el Consejo Nacional de Salud -CNS deberá adoptar una metodología de seguimiento y evaluación de las metas del Plan Decenal de Salud Pública, realizar seguimiento a la implementación y reglamentación de la presente Ley, hacer recomendaciones y presentar en marzo de cada año un informe a las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes del Congreso de la República.

El modelo de atención en salud preventivo, predictivo y resolutivo propuesto trata de raíz las barreras de acceso, primero afectando positivamente los determinantes sociales que facilitan la enfermedad y patologías prevenibles que no dependen directamente del sector salud a través de un trabajo interinstitucional e intersectorial buscando sinergias con otros sectores, con apoyo de la comunidad, la presencia de la salud en todas las políticas y con directrices definidas en materia de salud pública.

Para vencer las barreras geográficas el modelo incentiva a través de los CAPS y de los Equipos Básicos de Salud la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la caracterización de la población, la detección temprana, el inicio de actividades resolutivas

y la canalización a los centros de atención pertinentes. Estos equipos igualmente orientarán la participación de la comunidad en la identificación temprana de riesgos que puedan afectar la salud pública o la identificación de determinantes sociales, económicos, ambientales para informar oportunamente a la dirección de salud territorial correspondiente.

Para vencer las barreras de acceso administrativas, a través del respeto e impulso a la autonomía de los profesionales de la salud, no se requerirán autorizaciones administrativas dentro de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud -RIISS, la orden médica se constituye en el único requisito necesario para la prestación del servicio.

Dada la importancia de las tarifas y las formas de pago en el sector, buscando mejorar la calidad de la oferta de la prestación de los servicios de salud, la idoneidad del Talento Humano, la actualización y modernización de las IPS, se propone un Sistema de Tarifas y formas de pago que responda de manera razonable, justa y concertada con las necesidades del sector, que tome en cuenta las características de los servicios, los costos de talento humano, los insumos, variables y particularidades dadas por la ubicación geográfica, la diferencia los servicios dependiendo de la región, diferencias por acreditación, actualización tecnológica, estabilidad de talento humano, resultados superiores en calidad y seguridad, por mejores indicadores sanitarios, y por prestación de servicios sensibles para la sociedad como pediatría, ginecobstetricia y salud mental, entre otros factores.

II. Inequidad en la oferta de servicios en salud.

La inequidad en la oferta afecta el acceso a los servicios en zonas apartadas con población pobre, vulnerable y dispersa. En Colombia, las desigualdades en salud se generan por diferencias en las condiciones sociales, económicas, geográficas y culturales, lo cual influye en el riesgo de enfermar y la forma de afrontar la enfermedad.

Hilarión Gaitán y colaboradores⁷, en un estudio de análisis descriptivo y retrospectivo calcularon las tasas específicas de incidencia, ajustadas por edad y sexo, para eventos de notificación obligatoria, utilizando el régimen de afiliación (subsidiado o contributivo) como variable representativa del nivel socioeconómico.

Los resultados evidenciaron desigualdades sociales en la ocurrencia de eventos de notificación obligatoria, las cuales desfavorecen a la población afiliada al régimen subsidiado. En esta población, se reportaron 82,31 casos más de malaria por 100.000 afiliados, que los notificados en el régimen contributivo.

Igualmente encontraron un aumento de 31,74 veces mayor del riesgo de morir por desnutrición en menores de cinco años.

Otros eventos también presentaron profundas desigualdades, como los relacionados con la salud sexual y reproductiva (mortalidad materna, sífilis gestacional y sífilis congénita), las

⁷ Hilarión Gaitán, Liliana. Desigualdades en salud según régimen de afiliación y eventos notificados al Sistema de Vigilancia

(Sivigila) en Colombia, 2015. Biomédica. 2019 diciembre; 39 (4): 737–747.

enfermedades infecciosas y las enfermedades transmisibles relacionadas con la pobreza (lepra y tuberculosis, por ejemplo).

El estudio concluye que el tipo de afiliación al SGSSS en Colombia es un buen indicador del nivel socioeconómico, y es un factor predictor de mayor morbilidad y mortalidad prematura asociado con los factores determinantes sociales de la salud. Desafortunadamente, en Colombia persisten las desigualdades en salud, con énfasis en las poblaciones con más necesidades básicas insatisfechas, en las que se han encontrado las tasas más altas de desnutrición, bajo peso al nacer, mortalidad por enfermedad diarreica aguda y mortalidad por infección respiratoria aguda⁸.

Soluciones.

Las inequidades en salud son discriminatorias e injustas y ante todo, evitables, para proteger con mayor esfuerzo a la población pobre y vulnerable. El proyecto propone para superar progresivamente las desigualdades sociales primero su identificación, la definición de sus causas, el debido seguimiento a las acciones para afectar positivamente sobre los determinantes sociales de la salud bajo la estrategia de la Atención Primaria en Salud y el modelo de atención preventivo, predictivo y resolutivo.

La Atención Primaria en Salud se concibe como una estrategia orientada a garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud, se encuentra constituida de manera integrada e interdependiente por la acción transectorial, la participación social, comunitaria y ciudadana y las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud -RIISS. Tiene carácter universal, territorial, sistemática, permanente y resolutiva e integra las acciones de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y al final de la vida.

El modelo de atención en salud como lo propone el proyecto de ley estará centrado en las personas, las familias y las comunidades, integrará como principios la promoción de la salud, la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, la recuperación del estado de salud, y los cuidados paliativos cuando se requieran; incluye la intersectorialidad, la participación comunitaria, la interculturalidad, la dignidad, la igualdad, la no discriminación, el enfoque diferencial y de género, articulado a la prestación de los servicios de conformidad con lo dispuesto en la Ley 1751 de 2015.

La brecha entre el régimen contributivo y subsidiado en cuanto a cobertura de prestaciones en salud está perfectamente igualada, salvo en prestaciones económicas. Las condiciones socioeconómicas dependen del desarrollo mismo de la Nación. Para avanzar, el proyecto propone que las gestantes no cotizantes reciban una prestación económica equivalente a medio salario mínimo mensual legal vigente, durante los tres (3) meses siguientes al parto o cesárea con fruto de la gestación vivo; con el propósito de igualar en cinco (5) años, el número de semanas estipulado para las licencias de maternidad de la población cotizante.

III. Progresivo deterioro de la red pública de servicios de salud.

⁸ Observatorio Nacional de Salud. *Desigualdades sociales en salud en Colombia. Informe Nacional Técnico*. Bogotá, DC: Instituto Nacional de Salud; 2015. [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

Lo evidencian los cierres continuos de centros de salud y hospitales, generalmente por su baja ocupación, lo que los hace inviables financieramente. Una de las principales causas ha sido la transformación de los subsidios de oferta a subsidios de demanda y la consecuente exigencia a los hospitales públicos de garantizar sus ingresos con base en venta de servicios. La rentabilidad económica por encima de la necesidad social.

Según datos de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, 3.439 sedes de servicios de salud públicas han sido cerradas en el territorio nacional durante las últimas décadas, con mayor concentración en Nariño, Cauca, Valle del Cauca y Bogotá⁹.

Según la información reportada en el Sistema de Información Hospitalaria –SIHO, la cartera para los hospitales públicos a 31 de diciembre de 2022 era de \$11.8 billones; siendo los principales deudores las EPS, con el 72,7% del total de la cartera.

Soluciones.

La red pública de servicios de salud será fortalecida y modernizada en toda la extensión del territorio nacional, estructurada como columna del modelo de atención, financiada con recursos de oferta y de demanda del orden nacional, distrital, departamental y municipal, recaudados en la Administradora de Recursos del Sistema de Salud -ADRES, de manera que se garantice la sostenibilidad fiscal para cubrir los presupuestos de promoción, prevención, atención integral e inversión en infraestructura hospitalaria, con énfasis en el primer nivel, necesarios para el cuidado de toda la población, con criterios de eficiencia y rentabilidad social.

Para garantizar su operación, los Centros de Primer Nivel de Atención en Salud -CAPS, así como los Equipos Básicos de Salud serán financiados con recursos de oferta, sin importar si son públicos o son privados, con base en presupuestos estándar definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Para superar la crisis financiera de los hospitales públicos de mediana y alta complejidad, serán financiados por presupuestos mixtos, que obedecerán a la estandarización de los servicios ofrecidos según las tipologías para la gestión en salud. Con esta medida, se superará un gran escollo hoy existente: Las Empresas Sociales del Estado -ESE, como se les denomina a los hospitales públicos (en adelante Instituciones de Salud del Estado -ISE), podrán recibir transferencias directas de los presupuestos de la Nación o de las entidades territoriales.

En relación con la inversión, el presupuesto de las ISE incluirá los planes de ampliación de servicios en lo relacionado con construcción, ampliación o dotación, previamente presentados a la dirección territorial respectiva, en concordancia con el plan territorial de salud.

El proyecto prevé un plan de saneamiento de pasivos con las EPS que deseen continuar en el Sistema (que en adelante se denominarán Entidades Gestoras de Salud -EGS), con

⁹ MSPS, Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria – Aplicativo SIHO.

el cual asumen la obligación de, en 36 meses, garantizar el paz y salvo de todas las deudas, dando prelación al pago del THS.

A la par se dispone que las acreencias que las EPS liquidadas han dejado con los hospitales públicos deberán ser pagadas gradualmente, con apropiaciones del Presupuesto General de la Nación acordadas entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público; y que las deudas que a la fecha se tengan con el THS se clasifiquen como créditos de primer orden, independiente del origen contractual que tengan.

El Ministerio de Salud y Protección Social elaborará en un término no mayor a un (1) año, una vez sea aprobada la presente Ley, un plan integral de fortalecimiento y modernización de la red pública nacional de servicios de salud proyectado a diez (10) años, precisando fuentes, usos y metas anuales.

IV. Integración vertical.

La integración vertical se produce cuando las EPS son a su vez aseguradoras y prestadoras de servicios de salud, fenómeno generalizado a pesar de la restricción establecida en la Ley 1122 de 2007 que la limitó, como máximo al 30%.

Esta integración asegurador – prestador, ha producido el debilitamiento de la red pública hospitalaria como consecuencia de la contratación privilegiada y prelación en el pago a los prestadores que hacen parte de la red propia.

Soluciones.

El proyecto de ley prohíbe la integración vertical en la mediana y alta complejidad y da un plazo máximo de dos (2) años para cumplir con la disposición.

Si bien las EGS podrán tener sus propios CAPS, estos sean públicos o privados recibirán recursos de oferta bajo un modelo estándar y deberán formar parte de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud -RIISS correspondiente.

V. Intermediación financiera.

La intermediación financiera que no agrega valor ha causado eternos problemas en el flujo de los recursos al interior del SGSSS. Las EPS actualmente realizan el recaudo de las cotizaciones por delegación de la ADRES para luego girar los excedentes entre los recaudos por cotización y cuotas moderadoras, y el valor de la UPC a dicho fondo, o cobrar la diferencia en caso de ser negativa; y pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato; lo que constituye el complejo proceso de giro y compensación. El paso de los recursos inicialmente a la ADRES, luego el giro a las EPS para que estas a su vez giren a las clínicas y hospitales, se ha considerado un factor de intermediación financiera que rezaga el flujo de los recursos.

Los efectos negativos de esta intermediación, que no son de ahora, se han venido agravando. El informe de la Contraloría General de la República¹⁰ sobre la situación de la cartera de 26 EPS que, con corte a octubre de 2023, acumulaban unas cuentas por pagar de \$25 billones con las IPS y proveedores, además de lo correspondiente a reservas técnicas y pasivos administrativos. Según el ente de control, 16 de estas EPS (el 61,5%), cuentan con indicadores de margen de solvencia no satisfactorios y, lo más grave, no cumplen con la provisión ni con el Régimen de Inversión de las Reservas Técnicas, incumpliendo así los tres Requisitos para Operar.

Según los estados financieros reportados a la Contraloría Delegada para el Sector Salud por las 26 EPS, con corte a octubre de 2023, se evidencian también otras situaciones:

- La deuda total de las 26 EPS, sólo con las IPS, alcanza la suma de \$11.3 billones.
- Para 21 EPS, se observa que, del pasivo de Reservas Técnicas de \$13,7 billones, solo están respaldados \$1.3 billones en inversiones (Bonos de deuda pública, títulos a la vista de alta liquidez y otros), evidenciando un faltante de \$12.4 billones, lo cual constituye un incumplimiento al Régimen de Inversiones de Reservas Técnicas que exige la inversión del 100% de los recursos (Decreto 780 de 2016).
- Sólo 5 EPS cumplen con la provisión y con la inversión de sus reservas técnicas: Salud Total EPS, Sura EPS, COMFACHOCÓ, CAPRESOCA y EPM Salud.
- 21 EPS, equivalentes al 80,7 %, no cumplen con la provisión ni con la inversión de sus reservas técnicas, lo que demuestra una grave falta contra la norma y un riesgo para el sistema por cuanto, al no constituir las reservas, no apalancan sus obligaciones para atender los gastos en salud.
- La constitución y la inversión de las reservas técnicas son una obligación que tienen las EPS para apalancar y atender sus obligaciones en salud, así como para poder operar en el territorio colombiano, pues estas reservas constituyen uno de los tres requisitos exigidos por la norma, al lado del capital mínimo y del patrimonio adecuado que deben demostrar las aseguradoras.
- Sólo 10 EPS, equivalentes al 38,4 %, tienen sus indicadores de liquidez y de margen de solvencia satisfactorios, lo que permite concluir que su situación financiera es satisfactoria y les posibilita garantizar la prestación de servicios de salud a sus afiliados.

Soluciones.

Un tema central del presente proyecto de Ley es la Unidad de Pago por Capitación -UPC- que, para garantizar su suficiencia, se dispone que le corresponde al Consejo Nacional de Salud establecer la metodología de cálculo del valor de la UPC con base en un estudio técnico independiente que incluya el costo administrativo y todas las variables que la afectan, de manera que se garantice el cubrimiento de la totalidad del costo del Plan de Beneficios en Salud -PBS.

¹⁰ Consultado en: <https://consultorsalud.com/contraloria-sistema-de-salud-26-eps-25-billones/#:~:text=La%20Contralor%C3%ADa%20General%20de%20la,con%20las%20IPS%20y%20pr%20oveedores.>

Adicionalmente, el Consejo Nacional de Salud, aplicando la metodología previamente definida, establecerá cada año el valor de la UPC, incluido el correspondiente costo de administración.

Así mismo, para superar el riesgo de pérdida del equilibrio financiero del Sistema, la ADRES asumirá el riesgo financiero y aplicará el giro directo; es decir, las EGS no tendrán situación de fondos, pero recibirán el valor del costo administrativo que defina el Consejo Nacional de Salud, previo el estudio técnico independiente arriba señalado.

VI. Suficiencia de recursos e impacto fiscal de la reforma.

a. CONTEXTO

Para cuando se promulgó la Ley 100, en 1993, la salud, de acuerdo con la Constitución de 1991 era considerada un servicio que debía garantizarse mediante un listado de procedimientos, medicamentos e insumos limitado. Adicionalmente, una vez creado el régimen contributivo y el régimen subsidiado, el paquete de servicios era menor para el segundo, así como el reconocimiento económico (valor de la UPC). Los cambios y exigencias sociales fueron crecientes, de manera tal que, mediante reclamaciones vía acciones de tutela, la Corte Constitucional termina por reconocer a la salud como derecho fundamental autónomo con la inclusión de todos los servicios y tecnologías, salvo líneas de excepción claramente definidas, lo cual se traduce en que todo queda incluido para garantizar el derecho a la salud, excepto aquello que sea expresamente excluido.

A lo anterior se suma el cambio en los patrones demográficos con el consecuente aumento del envejecimiento que conlleva al aumento de las Enfermedades crónicas no transmisibles. Se suma a lo anterior el incremento en gasto por el ingreso de nuevas tecnologías y medicamentos; en Colombia el gasto público por medicamentos pasó de 11,5% en 2015 a 19,1% en 2020, según estudios de Bloomberg et al., lo cual es una tendencia mundial que presiona financieramente los recursos destinados a la UPC y aquellos de nuevas tecnologías financiados como presupuestos máximos que van en ascenso.

Por todo lo anterior, para garantizar la sostenibilidad del Sistema de Salud se requieren recursos crecientes, suficiencia de la UPC y de los presupuestos máximos, que se incorporan a la UPC, que respondan por la financiación del Plan de Beneficios al tenor de lo dispuesto en el Artículo 15 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015. **Para ello es necesario, definir nuevas fuentes que garanticen la capacidad del sistema para asumir una tendencia de gasto creciente, y, al mismo tiempo, financien el fortalecimiento de aquellas áreas donde aún se presentan debilidades; particularmente en el fortalecimiento de la atención primaria en salud y la puesta en funcionamiento de los equipos básicos de salud.**

Hay muchos factores que marcan el crecimiento del gasto en salud y las posibles causas de la pérdida del equilibrio financiero en el Sistema de Salud, mencionaremos solamente las más relevantes:

La Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional por la cual se declaró la salud como un derecho fundamental, ordenó la igualación del POS subsidiado con el POS del régimen contributivo, pero no así, con la UPC de los dos regímenes.

1. La Ley 1607 de 2012, **por la cual se expiden normas en materia tributaria, estableció que a partir de julio de 2013**, las personas naturales empleadoras estarán exoneradas de la obligación de pago de los aportes parafiscales al SENA, al ICBF y al Sistema de Seguridad Social en Salud por los empleados que devenguen menos de diez (10) salarios mínimos legales mensuales vigentes; lo cual incidió en los ingresos al Sistema por cotizaciones.
2. La ampliación de la cobertura sanitaria a los migrantes.
3. Las mayores necesidades de gasto en salud que surgieron con la pandemia, especialmente en la atención de pacientes en estado crítico, y el aplazamiento de atenciones no prestadas durante los años 2020 y 2021 principalmente.
4. El [envejecimiento de la población](#) que conlleva aumento de enfermedades crónicas, mayor frecuencia de uso de los servicios y tratamientos más prolongados.
5. El incremento del gasto por atención de pacientes de alto costo (cáncer, diabetes, enfermedad cardiovascular, enfermedad crónica espiratoria y enfermedad renal crónica), pasando de 1.5 billones de pesos en 2016 a 6 billones de pesos en 2021[1].
6. Las innovaciones tecnológicas que demandan mayores costos, lo mismo que los medicamentos que se ven afectados por la tasa representativa del mercado del dólar.
7. Las prestaciones implícitas en salud establecidas en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 constituyen un plan de beneficios amplio y generoso, cuyo costo debe estar garantizado en la UPC.

De allí la importancia de actualizar la metodología de cálculo **con base en la cual se define el valor de la UPC**, para incluir todas y cada una de las variables que la afectan, como lo propone el presente proyecto de Ley.

b. SITUACIÓN FINANCIERA DE LAS EPS.

El análisis del contexto financiero de las EPS, tomando como fuente los estados financieros publicados por la Superintendencia Nacional de Salud con corte a diciembre de 2023[2] para ambos regímenes, evidencian que para el año 2023, el patrimonio del Sistema es negativo en \$5 billones, siendo el más negativo el del régimen subsidiado que asciende a menos \$4.2 billones.

A nivel operacional se evidencia una pérdida que equivale a los \$4.6 billones en el régimen contributivo. Las pérdidas en 2023 corresponden a \$2.1 billones, mientras que para el año anterior, (2022), las pérdidas alcanzaron los \$4.2 billones.

Respecto a la siniestralidad en 2023, representada por los costos médicos sobre los ingresos, el porcentaje es del 99.4%, más el 6.1% correspondiente a gastos de administración.

1. En el régimen contributivo, la siniestralidad se ubicó en el 99.1%. Al hacer la medición con las otras funciones de las aseguradoras, el porcentaje asciende a 105.3%: 99.1% por

costos médicos y 6.2% por gastos de administración.

2. En el régimen subsidiado, la siniestralidad fue del 101.6%. Si se hace la medición con costos médicos y gastos, el porcentaje se incrementa hasta el 111.6%, pues se suma el 10% por gastos administrativos.
3. En las EPS que operan en los dos regímenes, la siniestralidad se ubica en el 98.5%. Pero, si se analizan los costos médicos y los gastos vs. los ingresos operacionales, asciende hasta el 100.2%.

c. BALANCE FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, mediante documento radicado ante el Congreso de la República el 29 de noviembre de 2023, denominado “escenario de factibilidad – proyecto 339 de 2023”, presentó un balance del sector salud sin reforma para los años 2024 a 2033, soportado en las siguientes cifras:

Con base en lo anterior es claro que el sistema de salud, sin reforma presentará, según las cifras presentadas, un déficit de 2,3 billones de pesos para el año 2023, y un superávit de los años 2025 en adelante hasta el año 2033.

De la tabla anterior se considera relevante destacar que el gasto como porcentaje del PIB se mantiene prácticamente estable hasta el 2033, teniendo una variación del 0,4% en estos años, y que el ingreso tiene una variación como porcentaje del PIB de 0,7%, lo que supone que en un escenario sin reforma no se tomarán acciones con la finalidad de igualar la UPC de ambos regímenes, ni mejorar significativamente el acceso a los servicios de salud, por lo que el superávit proyectado es sólo resultado de mantener un sistema inequitativo incapaz de garantizar la cobertura universal y/o la suficiencia para atender los crecientes gastos en salud ya mencionados. En ese sentido es razonable considerar que el aumento en los gastos en salud por los factores epidemiológicos y la introducción de nuevas tecnologías, cambian negativamente esta proyección que no tiene en cuenta esas variables.

A lo anterior se suma el hecho de que, si el sistema quisiera implementar políticas de mejoras con cargo a las fuentes que en la actualidad financian el sistema de salud, el déficit sería sostenido en el tiempo, haciendo que en algún punto se torne inviable su funcionamiento poniendo en riesgo la materialización del derecho fundamental a la salud de los colombianos.

En reconocimiento de estas premisas, el mismo Ministerio de Hacienda y Crédito Público, cuando proyectó el balance del sistema de salud en un escenario con reforma, con la implementación de las mejoras que ello implica, estimó un déficit hasta el año 2030, precisamente porque el mejoramiento del sistema en sus condiciones de cobertura y acceso demandan un esfuerzo adicional por recursos que no puede ser desconocido.

Esta realidad es reiterada posteriormente por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en documento radicado ante el Congreso de la República el 20 de marzo de 2024, donde destaca que, con base en la estimación de los ingresos y gastos en un escenario con reforma, es

esperable que se presente un déficit sostenido hasta el año 2033.

Estas consideraciones son relevantes para la propuesta presentada en la medida, en que si bien existen diferencias en algunos de los supuestos que fueron evaluados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en las estimaciones que se pusieron de presente, lo cierto es que, en lo fundamental, sigue requiriéndose un esfuerzo adicional para soportar las principales mejoras relacionadas con el fortalecimiento de la atención primaria, el mejoramiento significativo de acceso a los servicios, el Sistema Único de Información en Salud y la garantía de disponibilidad de los servicios y tecnologías de los que depende la materialización del derecho fundamental a la salud.

Sobre este punto destaca el Banco de la República que “Cuando no se considera el envejecimiento de la población, se requerirá 0,42 % del PIB, es decir, el cambio en la estructura de la pirámide poblacional genera una presión del 0,55 % del PIB en las finanzas públicas del Gobierno General. **Al mejorar el acceso a los servicios e igualar las UPC de los dos regímenes, las necesidades adicionales de recursos en 2030 serán del 1,91 % frente a su estado de 2022, y del 0,95 % frente al escenario básico a 2030 que no contempla estas políticas de mejora.** Por otro lado, si el sistema logra que la eficiencia promedio de las IPS alcance en promedio el 89 %, las dinámicas propias del sistema y las mejoras de política al final de la proyección representarán una reducción en la presión fiscal del GG en 1,08 % del PIB. Si, por el contrario, la eficiencia cae al 64 % al final de la proyección, el GG deberá destinar adicionalmente 1,31 % del PIB para garantizar la prestación de los servicios[3].(subraya intencional)

Considerando que cualquier propuesta de reforma al Sistema de Salud debe partir de la necesidad de mejorar el acceso a los servicios, igualar la UPC de ambos regímenes y hacer frente a las presiones de gasto asociados al envejecimiento poblacional, el aumento en la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas y de alto costo, la integración de las nuevas tecnologías entre otros factores, se considera razonable tener en cuenta que los ingresos del Sistema deban aumentar en la proporción propuesta por el Banco de la República, esto es, en 1,91%, lo cual se traduce, en cerca de 28,65 billones adicionales considerando un PIB nacional de 1.572.458 miles de millones de pesos, a precios corrientes del año 2023.[4]

Con lo anterior se destaca que en cualquier escenario donde la reforma pretenda corregir las falencias identificadas en el funcionamiento del Sistema actual, es imperiosa la necesidad de encontrar nuevas fuentes de recursos que garanticen la cobertura universal y el acceso real y efectivo a los servicios de salud en todas las regiones del país.

d. FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Uno de los aspectos principales que justifican la presentación de la reforma pasa por la necesidad de fortalecer la atención primaria como una estrategia transversal a todo el Sistema de Salud y todos los niveles de complejidad, por medio de la cual se pretende garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, mediante la coordinación intersectorial en salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación cuando se requiera.

En la actualidad, de conformidad con cifras presentadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público[5], el gasto en atención primaria en salud estimado para los próximos años en un escenario sin reforma es el siguiente:

*Cifras en millones de pesos.

Las valoraciones realizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluidas en la exposición de motivos del proyecto de ley 339 de 2023, indican que para el fortalecimiento de la atención primaria en salud se estima un per cápita que asciende a la suma de 508.232 pesos por afiliado al Sistema. Sobre estas consideraciones es necesario que el gasto en atención primaria alcance un total de 24.86 billones de pesos por lo que en la actualidad se requiere de un aumento del gasto por este concepto de aproximadamente 8 billones de pesos anuales, que se destinarían, principalmente, a la financiación de los Centro de Primer Nivel de Atención y los Equipos Básicos de Salud,

Se destaca este rubro dentro de los gastos en la medida en que parte del esfuerzo asociado a la implementación del modelo preventivo, resolutivo y predictivo pasa necesariamente por el fortalecimiento de la APS, y se requieren recursos en el corto plazo para financiar el esfuerzo asociado al fortalecimiento de la estrategia.

Prueba de lo anterior es la decisión reciente del Ministerio de Salud y Protección Social de destinar el 5% del valor de la UPC tanto del régimen contributivo como en el subsidiado para financiar los Equipos Básicos de Salud, aunque posteriormente la Corte Constitucional, en decisión del 10 de mayo de 2024, haya ordenado inaplicar los artículos 11 y 21 de la resolución 2364 de 2023 y 10 de la resolución 2366 de 2023, argumentando que los equipos básicos de atención no pueden ser financiados con cargo a la UPC, sino con los recursos de salud pública de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15 de la ley 1438 de 2011, aunque dichos recursos, al día de hoy resulten ser insuficientes. Razón por la cual el presente proyecto de Ley dispone que los recursos para estos equipos no serán de la UPC y propone nuevas fuentes.

e. SOLUCIONES

La necesidad del respaldo financiero para garantizar los costos de la reforma dependerá del aval del Ministerio de Hacienda y Crédito Público -MHCP y de los recursos recaudados por la ADRES.

En primer lugar está la definición de la UPC para cubrir los costos del Plan de Beneficios en Salud, como lo establece el Título IV del presente proyecto de Ley sobre gestión de los recursos financieros del Sistema, y su definición por el Consejo Nacional de Salud, con base en un estudio técnico independiente.

Los análisis para la proyección financiera tuvieron en cuenta los datos consignados en el oficio de la doctora María Fernanda Valdés Valencia, viceministra técnica del MHCP a la Comisión VII de Cámara, Radicado: 2-2024-014053.

Supuestos de estimación de ingresos. Para la estimación de los ingresos del Sistema de Salud se agruparon las fuentes con mayor participación:

1. **Cotizaciones:** A partir del rubro proyectado de ingresos del aforo inicial de la ejecución presupuestal de la ADRES, vigencia 2024. El supuesto utilizado para su proyección corresponde al crecimiento real proyectado consistente con la actualización del Plan Financiero 2024 y supuestos macroeconómicos preliminares establecidos para el Anteproyecto de Presupuesto General de la Nación -PGN 2025.
2. **Sistema General de Participaciones -SGP:** A partir de los recursos destinados al SGP estimados en el Marco de Gasto de Mediano Plazo; el monto es consistente con los ingresos proyectados en el aforo inicial de la ADRES, vigencia 2024.
3. **Aportes de la Nación:** A partir del aforo inicial presupuestado por la ADRES, que equivale a \$32.363 mm; teniendo en cuenta las decisiones tomadas en la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud en el mes de diciembre de 2023. Más lo considerado por otras fuentes de ingresos.

Costos.

En el análisis de los costos el MHCP tomó en consideración la información aportada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Las estimaciones se efectúan a partir del año 2025.

- **Atención Primaria en Salud.** Datos indexados a precios de 2024. Está referida a los gastos del primer nivel de atención, incluye mano de obra directa e indirecta, gastos de operación y prestación de servicios como medicamentos, material médico quirúrgico y de odontología, servicios de apoyo diagnóstico; así como otros gastos generales como celaduría, aseo, transporte y en general todos los bienes y servicios necesarios para que los CAPS cumplan con las funciones asignadas. Según la información suministrada, la proyección de costos incluye la formalización del talento humano en salud de los prestadores públicos que funcionarán como CAPS.
- **Mediana y alta complejidad.** IPS privadas será por venta de servicios.
- **Fortalecimiento de la red pública.** El proyecto dispone financiar el funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado –ISE, el saneamiento de las Empresas Sociales del Estado –ESE que se transforman en ISE, el fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria y su mantenimiento, el funcionamiento de la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado de departamentos y distritos, y el pago que se establezca por servicios de mediana y alta complejidad.
- **Infraestructura – CAPS.** Según el MHCP y de acuerdo con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social en documento del 15 de marzo de 2024 con radicado 202430000594961, *“para la vigencia 2024 se tiene un presupuesto estimado de \$1.4 billones para la ampliación o construcción de 220 sedes principales y satélites de CAPS, ampliación o construcción de 5 hospitales de nivel complementario y la construcción de infraestructura móvil – fluvial para el río Putumayo”*. Según reza en el documento de la referencia, *“el MSPS ha informado que los CAPS y la infraestructura que se requieran no son inherentes a los costos de la reforma para las vigencias futuras”*.
- **Sistema Único de información en Salud.** El capítulo IV del Título II del proyecto de ley se refiere al Sistema Único de Información en Salud que requiere financiación con recursos diferentes a los de UPC, destinados a la atención en salud.

- **Fortalecimiento Institucional.** El desarrollo de la ley que se apruebe implica el fortalecimiento institucional de entidades como el INVIMA, la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social y la ADRES.
- **Licencias de maternidad para no cotizantes.** Establecidas en el capítulo II del Título II del proyecto. Este costo crece en el tiempo producto de los nuevos nacimientos, consistente con las proyecciones de población estimadas por el DANE, y un supuesto de incremento anual del salario mínimo legal mensual vigente equivalente al 1% real.
- **Gastos administrativos de las Entidades Gestoras de Salud.** En el proyecto de ley que se presenta este cálculo queda pendiente a la definición del Consejo Nacional de Salud, con base en un estudio técnico independiente que ordenará dicho Consejo.

f. NUEVAS FUENTES Y MODIFICACIÓN EN LA DESTINACIÓN DE LOS RECURSOS.

Modificación de la destinación de los recursos del SGP

En razón a que en la propuesta de reforma presentada no se considera una financiación basada en regímenes (contributivo y subsidiado) se hace necesario en primer lugar modificar la destinación de los dineros del Sistema General De Participaciones -SGP en salud en la medida en que los mismos hoy se destinan en un 87% a la financiación del componente de aseguramiento del régimen subsidiado, en un 10% al componente de salud pública que es con cargo al cual hoy deben financiarse los Equipos Básicos, y el 3% al subsidio a la oferta. La propuesta en este punto, a fin de garantizar la financiación del nuevo modelo de salud es la siguiente:

1. El 65% para el componente de aseguramiento en salud que se financia con cargo a los recursos de la UPC de conformidad con lo previsto en la presente Ley.
2. El 25% para el componente de salud pública y la atención primaria de acuerdo a lo previsto en el numeral 42.1 de la Ley 1438 de 2011.
3. El 10% para el subsidio a la oferta.

La información utilizada para determinar la asignación de los recursos será suministrada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística; el Ministerio de Salud y Protección Social; el Departamento Nacional de Planeación, y el Instituto Geográfico Agustín Codazzi, conforme a la que generen en ejercicio de sus competencias y acorde con la reglamentación que se expida para el efecto.

Así mismo dispone que los recursos destinados a salud pública que no se comprometan al cierre de cada vigencia fiscal, se utilizarán para cofinanciar los programas de interés en salud pública de que trata el numeral 13 del Artículo [42](#) de la Ley 715 de 2001, o las normas que las sustituyan, modifiquen o adicionen.

Con base en lo anterior, y teniendo en cuenta que para el año 2025, se estiman ingresos del SGP para el sector salud por un valor de cerca de 18 billones de pesos, la anterior modificación implica que el componente de APS y salud pública pasará de financiarse con 1.8 billones de pesos a financiarse con 4.5 billones de pesos, esto es, con 2,7 billones de pesos adicionales y el

componente de subsidio a la oferta pasará de financiarse con un poco más de quinientos mil millones de pesos, a financiarse con 1,8 billones.

Nuevas fuentes de financiamiento:

A) Eliminación de la exención de pago de aportes patronales.

En el capítulo II de la ley 1607 de 2012 se recogieron un conjunto de normas relacionadas con lo que en su momento se conoció como “impuesto sobre la renta para la Equidad”, el cual, de conformidad con lo previsto, en el artículo 24 de la normatividad citada, tenía una destinación específica a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en inversión social, **“garantizando el monto equivalente al que aportaban los empleadores a título de contribución parafiscal para los mismos fines por cada empleado a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley.”**(resaltado Propio)

Esa destinación específica estaba justificada por la medida contemplada en el artículo 31 de la misma norma en la que se exoneraba a las sociedades y personas jurídicas de pagar la cotización al régimen contributivo en salud por los trabajadores que devenguen hasta 10 salarios mínimos.

Según algunos estudios, esto implicaría que para la época los empresarios dejarían de aportar al sistema por concepto de aportes parafiscales, cerca de 6.7 billones[6] de pesos, parte de los cuales, corresponderían a las cotizaciones que tendrían como finalidad la financiación del Sistema De Salud.

La idea original que respaldaba la exención de los aportes parafiscales de los empleadores era que esa disminución del ingreso se compensaría con el aumento en el recaudo de los tributos pagados por las empresas con la implementación del impuesto sobre la renta para la equidad, que, de conformidad, con lo previsto en el artículo 24 de la norma en cita, tendría como destinación específica para la financiación del Sistema de Seguridad Social en Salud en inversión social.

Finalmente, la normatividad relacionada con el impuesto sobre la renta para la equidad, incluyendo la destinación específica a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, fue derogado por la ley 1819 de 2016, pero la exención del pago de las cotizaciones por los trabajadores que devengan hasta 10 salarios previsto en el artículo 31 de la ley 1607 de 2012 se mantiene vigente.

Es por lo anterior que en la propuesta presentada se dispone derogar lo dispuesto en el artículo 31 citado, que corresponde al parágrafo cuarto del artículo 204 de la ley 100 de 1993, con la finalidad de que se recuperen los fondos que producto de las cotizaciones por parte de los empleadores, estaban destinados a financiar la inversión social en salud.

Aunque en la actualidad no se cuenta con estimaciones precisas sobre el **recaudo a** la fecha por ese concepto una indexación de la cifra reconocida para el año 2012, permitiría estimar un ingreso adicional ente los 7 y 10 billones de pesos que ingresarían para garantizar la puesta en

funcionamiento del nuevo modelo.

B) Destinación específica de los impuestos saludables previstos en el título V de la ley 2277/2022.

En el numeral 2 del artículo 28 del proyecto, se propone destinar “de manera específica a financiar la universalización del aseguramiento en salud, así como los servicios y tecnologías incorporados en los Planes de beneficios en salud, el recaudo de los impuestos saludables considerados en el Título V de la Ley 2277 de 2022 o la norma que la sustituya, modifique o derogue”.

Según la exposición de motivos de la ley 2277 de de 2022, “La propuesta de reforma resultaría en un recaudo estimado de \$25 billones (1,72% del PIB) en 2023, correspondiente a las medidas de personas naturales (0,56% del PIB), personas jurídicas (0,38% del PIB), recursos del uso del subsuelo (0,48% del PIB), **impuestos saludables y ambientales (0,18% del PIB)** y otras medidas (0,15% del PIB). Adicionalmente, entre 2024-2033, se espera un recaudo promedio anual de 1,39% del PIB, y hacia el mediano plazo, la gestión de la DIAN permitiría alcanzar, paulatinamente, un recaudo total de 50 billones (3,4% del PIB).

Considerando que para el año 2023, el PIB de Colombia fue de un poco más de 1.500 billones de pesos, las cifras de recaudo esperadas por concepto de impuestos saludables, sería del orden de 2,8 billones de pesos que estarían disponibles para financiar el aseguramiento universal en salud.

C) Aumento en términos reales del aporte del PGN al financiamiento del Sistema De Salud.

Considerando que aun con los ajustes que se presentan para encontrar nuevas fuentes de financiamiento dentro del sector salud, persisten condiciones de escasez de recursos de cara a la financiación del nuevo modelo, es imprescindible que el Estado Colombiano asuma la responsabilidad de garantizar los recursos que se requieren para garantizar el derecho fundamental a la salud, lo cual implica, que el crecimiento del aporte por parte del Gobierno Nacional, no pueda corresponder a una simple indexación de los valores, que implicaría el mantenimiento del valor del dinero en el tiempo, sino que requieren que progresivamente exista un aumento real del aporte que la nación dispone para financiar el sistema de salud.

Por lo anterior se propone que el Gobierno Nacional, asigne al sector salud un porcentaje creciente anual, en términos reales, del Presupuesto General de la Nación y se especifica que, en ningún caso, este porcentaje será inferior al mayor valor entre el IPC causado el año inmediatamente anterior y el del incremento del salario mínimo legal vigente para dicha anualidad.

D) Otras consideraciones del financiamiento.

En el Capítulo III del Título II, para la financiación de los Equipos Básicos en Salud en salud se dispone que concurrirán recursos de oferta nacionales, territoriales e interinstitucionales y de otros sectores que participan en la atención de los determinantes sociales de la salud, conforme a la reglamentación que determine el Gobierno Nacional.

En el Capítulo IV del Título II se dispone sobre el Sistema Único de Información en Salud, define que el Ministerio de Salud y Protección Social junto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público fijarán los montos, fuentes y usos de los recursos necesarios para el desarrollo de este Sistema, consignados en un plan que no deberá exceder de los cinco (5) años.

En el Capítulo VI del Título II, se dispone que el Ministerio de Salud y Protección Social elaborará en un término no mayor a un (1) año, una vez aprobada la presente Ley, un plan integral de fortalecimiento y modernización de la red pública nacional de servicios de salud proyectado a diez (10) años, precisando fuentes, usos y metas anuales.

En todo caso de recaudo de nuevas fuentes de recursos, provenientes bien sea por vía impuestos generales, impuestos saludables y regalías; impuestos a bienes y actividades de riesgo y generadores del daño a la salud, entre otros que se consideren procedentes, serán recaudados por la ADRES con destino al fortalecimiento de la financiación del Sistema de Salud.

[1] Realidad fiscal y financiera de las EPS. Consultorsalud. Consultado en: https://consultorsalud.com/realidad-fiscal-financiera-salud-mesa-tecnica/?utm_campaign=CONSULTORSALUD+BOLETINES&utm_content=Bolet%C3%ADn+1215+Fallo+de+responsabilidad+fiscal+contra+Medim%C3%A1s+-+EPS+Sura+y+Gobierno+-+Realidad+fiscal+del+sistema&utm_medium=email&utm_source=smartsol&utm_term=Bolet%C3%ADn+1215&gr_s=3R8sGRf&gr_m=3RU0Y9&gr_x=a62e

[2] Realidad Fiscal y financiera de las EPS. Ídem.

[3] Melo-Becerra, L (coordinadora); Arango-Thomas, L.; Ávila-Montealegre, Ó.; Ayala-García, J.; Bonilla-Mejía, L.; Botero-García, J.; Cardona-Badillo, M.; Crispin-Fory, C.; Gallo-Montaño, D.; Granger-Castaño, C.; Guzmán-Finol, K.; Iregui-Bohórquez, A.; Ospina-Tejeiro, J.; Pinilla-Alarcón, D.; Posso-Suárez, C.; Ramírez-Giraldo, M.; Ramos-Forero, J.; Ramos-Veloz, M.; Restrepo-Tobón, D.; Restrepo-Zea, J.; Silva-Samudio, G.; Vásquez-Escobar, D. (2023). Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia. Ensayos sobre Política Económica (ESPE), núm. 106, octubre, DOI: <https://doi.org/10.32468/espe106>.

[4] Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Boletín Técnico, 30 de mayo de 2024.

[5] Factibilidad fiscal ministerio.

[6] ¿bajar los impuestos genera empleo? Ley 1607 de 2012 de reforma tributaria en Colombia. **Universidad externado de Colombia, Departamento de Seguridad Social y Mercado de trabajo,**

VI. Ausencia de un Sistema Único e Integral de Información en Salud.

La carencia de un sistema único, integrado e interoperable de información en salud afecta la celeridad y oportunidad de los procesos administrativos y asistenciales, y favorece opacidad en las transacciones del Sistema.

Soluciones.

Para mitigar esta carencia, en cumplimiento de lo ordenado en el Artículo 19 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el presente proyecto de ley desarrolla en el Capítulo IV del Título II, el Sistema Único de Información en Salud que permitirá alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores, se implementará un sistema de información en salud, robusto, único, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros, confiable y oportuno para la toma de decisiones.

VII. Pérdida de credibilidad en el Sistema de Salud.

La pérdida de credibilidad se refleja con el incremento en peticiones, quejas, reclamos de todo tipo y en las acciones de tutela como lo han venido evidenciando los estudios de la Defensoría del Pueblo respecto a la garantía del derecho fundamental a la salud a través de estas acciones interpuestas por los ciudadanos. También contribuye con la pérdida de confianza en el Sistema los altos niveles de riesgo e investigaciones asociadas a hechos de corrupción.

Peticiones, quejas y reclamos de los ciudadanos. Las peticiones, quejas, reclamos y denuncias -PQRD se han ido incrementando en la Superintendencia Nacional de Salud¹³; para el año 2009 recibió, 7.434, y en el año 2021 sumaron 996.733 PQRD. Las principales causas son falta de acceso o falta de oportunidad a citas médicas especializadas, entrega de medicamentos incluidos o no en el PBS, falta de oportunidad o de acceso a servicios de apoyo diagnóstico como imagenología y laboratorio clínico. De 2014 a 2021 han pasado de 230.225 a 996.733.

Acciones de tutela. En la decimocuarta (14^a) edición del estudio, con resultados correspondientes al año 2019, la acción de tutela continúa siendo el mecanismo más utilizado por los ciudadanos para proteger sus derechos fundamentales. Durante 2019, año anterior al inicio de la pandemia, se interpusieron 620.257 acciones por presuntas violaciones a un derecho fundamental. Respecto al derecho fundamental a la salud, las cifras halladas en el estudio demuestran la violación sistemática y reiterativa por parte de las distintas entidades encargadas de garantizarlo. Durante ese año, se interpusieron un total de 207.368 acciones que buscaban la protección al derecho fundamental a la salud, con una participación del 33,43 % del total de las tutelas, lo que significa que cada 34 segundos un ciudadano interpuso una acción en búsqueda de la garantía de este derecho¹⁴.

¹³ Base de datos de PQRD SNS años 2014 -2022 enero-agosto (descargada el 06 de octubre de 2022) y respuesta de derecho de petición de 2014 a la Superintendencia de Salud.

¹⁴ Defensoría del Pueblo. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 14^o edición. 2020.

Las solicitudes de servicios de salud incluidos en el Plan de Beneficios en Salud presentaron un incremento del 85,32 %, cifras que evidencian la baja capacidad del Estado en el ejercicio de inspección, vigilancia y control de los actores del Sistema y de los regímenes especiales. Dicha situación, aunada a la falta de efectividad estatal para hacer cumplir los mandatos constitucionales y legales que garantizan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, ha hecho más evidente la necesidad introducir cambios legislativos en el Sistema de Salud.

Altos niveles de corrupción. Las investigaciones asociadas a hechos presuntamente corruptos generan continuos escándalos, hechos que desafortunadamente no son aislados y han causado enormes pérdidas en los recursos de la salud, los cuales han tenido amplio despliegue en los medios, y contribuyen en grado sumo en la pérdida de confianza en el Sistema de Salud y en sus instituciones.

En un pronunciamiento de este año (2024), Transparencia por Colombia en conjunto con Así Vamos en Salud, analizaron el impacto de la corrupción en el sector¹⁵. El pronunciamiento señala que a nivel global se ha identificado que los sistemas de salud son altamente susceptibles a la corrupción, ya sea en modelos públicos o privados.

Para el caso de Colombia, Transparencia por Colombia y Así Vamos en Salud resaltaron una serie de datos acerca de la corrupción en el Sistema de Salud, entre ellos:

La vulnerabilidad de los sistemas de salud a la corrupción se debe a la gran cantidad de recursos involucrados, la asimetría de la información, la diversidad de actores, la complejidad y fragmentación del sistema, y a la naturaleza globalizada de la cadena de suministro de medicamentos y dispositivos médicos.

Según el informe, entre 2016 y 2020 fueron registrados 67 hechos de corrupción relacionados directamente con el sector salud, por un costo estimado de \$1,63 billones. Estos casos fueron, mayoritariamente, de tipo administrativo (63%), privado (27%) y político (10%).

El 46,2 % de estos actos fueron perpetrados por servidores públicos.

En el 37,3 % de los casos registrados, participaron actores privados individuales, lo que evidencia que la perpetración de actos corruptos en el sector salud implica la participación tanto de miembros del sector público, como del privado.

Entre los delitos asociados con mayor frecuencia a la corrupción en salud está la celebración de contratos sin cumplimiento de requisitos legales y el prevaricato por omisión, lo que muestra las dificultades del sistema en temas de vigilancia y control.

Del total de hechos de corrupción registrados, el 25% se relacionaban con irregularidades en el suministro de medicamentos, como sobrecostos, beneficiarios fantasmas, cobros por medicamentos no entregados, tráfico y falsificación de medicamentos.

¹⁵ ¿La corrupción provocó la crisis del sistema de salud en Colombia? Transparencia por Colombia. Pronunciamiento 2-2024. <https://transparenciacolombia.org.co/riesgos-y-alertas-sobre-transparencia-en-la-reforma-a-la-salud/>

Desde Transparencia por Colombia se hace un llamado para que:

1. Los usuarios y pacientes sean prioridad en las medidas que se tomen frente a la crisis del Sistema de Salud. Medidas que requieren de información clara, objetiva y oportuna para abordar la situación de manera transparente, ágil y responsable, tal como lo han solicitado asociaciones de médicos y pacientes.
2. Se haga un uso responsable de las referencias a actos de corrupción en el Sistema y que estas estén sustentadas, lejos de sesgos ideológicos e intereses particulares. Para esto se requiere transparencia y claridad en las cifras que respaldan la toma de decisiones, especialmente en aquellas que liderará el gobierno para hacer frente a la crisis.
3. Recomiendan aspectos como poner en marcha una estrategia de transparencia presupuestaria que abarque la totalidad de fuentes de financiación del sistema y permita la trazabilidad en tiempo real del uso de los recursos públicos por parte de todos los actores involucrados, así como fortalecer los procesos de auditoría de los pagos que se generan dentro del sistema, especialmente bajo un modelo de giro directo, para garantizar que no existan sobrecostos y confirmar que los servicios sean prestados.

Soluciones

Todas las medidas planteadas a lo largo del proyecto de ley se encaminan a solucionar la mayoría de los problemas que aquejan al Sistema de Salud, mejorar la atención, elevar el nivel de vida de la población, de manera articulada con todos los sectores, lo que debe redundar en una mejora de la percepción y recuperación de la confianza en el Sistema. La creación del Consejo Nacional de Salud con participación del Gobierno Nacional y de todos los actores del Sistema es una medida para garantizar participación y concertación.

Para las organizaciones médicas y de profesiones de la salud es urgente la concertación y el diálogo social, y tomar medidas efectivas para investigar y sancionar los casos de corrupción, fortalecer los controles para prevenir futuros actos ilícitos, y una estrategia de transparencia presupuestal que permita la trazabilidad de los recursos públicos y fortalezca los procesos de auditoría a través del Sistema Único de Información en Salud.

El proyecto dispone el fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud en el ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema de Salud, de manera que el alcance de la función de inspección consistirá en solicitar, confirmar y analizar en detalle las evaluaciones generales, los análisis de los reportes generados por el Consejo Nacional de Salud y los Consejos Territoriales de Salud, los reportes generados por el Sistema Único de Información en Salud, las visitas, auditorías, la revisión de documentos, el seguimiento de peticiones de interés general o particular, la práctica de investigaciones administrativas y la auditoría a los estados financieros de las entidades que reciban recursos de la salud.

Para fortalecer su función, además de las competencias y facultades ya establecidas en las normas legales vigentes, se imponen nuevas competencias a la Superintendencia Nacional de Salud. Por ejemplo, cuando la Superintendencia Nacional de Salud en el marco de sus competencias tome la decisión de intervenir una entidad responsable del

riesgo en salud

para administrarla, no lo hará ella como organismo de control, sino que el Ministerio de Salud y Protección Social, previo concepto del Consejo Nacional de Salud, designará una entidad que cumpla con todos los requisitos financieros y administrativos como administradora mientras dure la intervención, sin perjuicio de las funciones de inspección, vigilancia y control que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud.

Igualmente se propone la posibilidad de que la Superintendencia Nacional de Salud desarrolle procesos de desconcentración de la inspección, vigilancia y control en los territorios. Para el efecto, podrá delegar funciones de inspección y vigilancia de las Entidades Gestoras de Salud a las entidades territoriales capacitadas para hacerlo según criterios que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. En este caso, la Superintendencia Nacional de Salud, obraría como segunda instancia.

VIII. Precarización laboral de los trabajadores del sector salud.

El antecedente de la precarización laboral en la salud es muy antiguo. Inició con las investigaciones acerca de la política nacional de empleo por la Misión SEERS en 1970, posteriormente la Misión de Empleo (Cheney) de 1985, las cuales concluyeron que el mercado del trabajo en Colombia padecía de rigidez en la legislación laboral que, según dichos estudios, impedía la generación de empleo.

Esos hechos indujeron a la expedición de la Ley 50 de 1990, por la cual se regularon modalidades de *outsourcing* como los contratos por misión que celebran las empresas de servicios temporales, contratos a término fijo inferior a un año y contratos de prestación de servicios profesionales, siendo este último regulado para el sector público por el Artículo 32 de la Ley 80 de 1993, el cual posibilita la contratación excepcional de personal a través de esta figura que se ha generalizado en el sector de la salud, tanto en lo público como en lo privado.

La flexibilización de las normas laborales ha propiciado la precarización del trabajo al convertir la excepción de contratación laboral en regla general, de manera que los contratos tercerizados constituyen el 71.37% de los puestos de trabajo en el sector salud y los servidores que están vinculados a las plantas de personal de las entidades del sector público solo constituyen el 28.63%, en 2020¹⁶.

En cuanto al sector público de salud, la Ley 100 de 1993 en el numeral 6° de su Artículo 195 referente al régimen jurídico de las Empresas Sociales del Estado, establece que “*en materia contractual se regirá por el derecho privado, pero podrá discrecionalmente utilizar las cláusulas exorbitantes previstas en el estatuto general de contratación de la administración pública*”; es decir, que en la contratación del personal de estas empresas, se debe aplicar lo dispuesto en el Código Sustantivo de Trabajo y, excepcionalmente, en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, Ley 80 de 1993.

¹⁶ Contreras Ruíz, Angy Paola. Cely Calderón, Daniela Alexandra. Precarización del Trabajo en el sector salud: Una consecuencia legal. Consultado en: Repositorio Institucional UNLibre <https://repository.unilibre.edu.co/handle/Prec>.

El contrato de prestación de servicios es una excepción a la regla general de contratación, para que se dé este tipo de vinculación se requiere que la labor a contratar no esté dentro de las actividades normales y habituales del hospital, que corresponda a actividades extraordinarias, accidentales o temporales que excedan la capacidad funcional y no puedan ser desempeñadas por los servidores de planta.

Lo anterior, teniendo en cuenta lo regulado en el Artículo 32, numeral 3 de la Ley 80 de 1993, el cual dispone: “...*Son contratos de prestación de servicios los que celebren las entidades estatales para desarrollar actividades relacionadas con la administración o funcionamiento de la entidad. Estos contratos sólo podrán celebrarse con personas naturales cuando dichas actividades no puedan realizarse con personal de planta o requieran conocimientos especializados. En ningún caso estos contratos generan relación laboral ni prestaciones sociales y se celebrarán por el término estrictamente indispensable*”.

El sector salud, particularmente el público, buscando contener costos laborales amparándose en lo previsto en las leyes citadas, ha acudido a diferentes modalidades de contratación de personal, las cuales han propiciado la precarización del trabajo, desconociéndose la garantía del derecho a un trabajo digno y decente.

Para ilustrar mejor la situación laboral de los trabajadores sanitarios, se hace alusión a la Encuesta Nacional de Situación Laboral de Profesionales de la Salud 2019 realizada por el Colegio Médico Colombiano en 2019 a 8.249 médicos y profesionales de la salud en todo el país para conocer la realidad de la situación laboral del Talento Humano en Salud.

- **THS.** La encuesta demostró que más de la mitad del Talento Humano en Salud no cuenta con un contrato laboral aun cuando cumplen labores de tipo misional. Uno de cada dos profesionales de la salud ha tenido problemas con el pago de su salario o remuneración en los últimos meses; este es el mayor inconveniente y el más frecuente, seguido del no aumento del valor de la hora o del salario anual y el detrimento de las condiciones laborales, como el no pago de las prestaciones sociales. El 75% de profesionales de la salud no médicos, se han visto afectados en el ámbito laboral; las principales causas han sido los cambios en las condiciones del trabajo, constricción del ejercicio profesional y acoso laboral.
- **Médicos rurales.** Se evidenció que el 15% de los médicos que están prestando el servicio social obligatorio no tienen un contrato legal y reglamentario, aun cuando por ley todos deberían estar contratados legalmente.

Según la encuesta, estos médicos están trabajando 264 o más horas al mes; es decir, unas 66 horas a la semana, cuando lo legal son 48 horas semanales. Un 15% no tiene un contrato legal y reglamentario, y el 40% ha recibido su salario de forma retardada.

- **Médicos generales.** El 54% de los médicos generales está bajo la modalidad de contrato de prestación de servicios. Según los datos de la encuesta, el 36% de los médicos generales en el país trabaja en dos o tres sitios. El 80% de los médicos generales se han visto afectados en el ámbito laboral.

- **Especialistas.** El 56% de los médicos especialistas está bajo la modalidad de orden de prestación de servicios. El 33% trabaja de 48 a 66 horas a la semana. Más de la mitad de los médicos especialistas no están siendo contratados para cumplir con la jornada laboral de 48 horas semanales, lo que explicaría la supuesta escasez de especialistas. Según la encuesta, el 30% de los especialistas labora en tres o más centros médicos.
- **Ingresos.** En cuanto a los ingresos, la encuesta revela que el 91% de los profesionales de la salud que no son médicos recibe menos de cinco salarios mínimos al mes. La tercera parte de los médicos generales (71%) devenga entre tres a cinco salarios mínimos y el 15% de los especialistas tiene ingresos inferiores a cinco salarios mínimos.
 - En ese orden de ideas, más del 77% de los profesionales de la salud se siente inconforme con su salario, piensa que está siendo explotado y no ve compensado el esfuerzo y la millonaria inversión que tuvo que hacer para costear sus estudios.
 - El 68% de los médicos especialistas que devengan menos de cinco salarios mínimos solo trabaja de 24 a 44 horas a la semana. Este dato plantea que más que escasez de médicos especialistas en el país, lo que ocurre es que muchos de ellos no están siendo contratados por las EPS ni por las IPS.
 - El sector privado es el que más adeuda al Talento Humano en Salud; para el 67% de los médicos especialistas, el 59% de los generales, el 18% de los rurales y el 65% de los demás profesionales de la salud el principal deudor son las IPS.
 - Las causas por las que las IPS no pagan obedecen mayoritariamente al no pago por parte de las aseguradoras y a la situación administrativa y financiera de la IPS. Únicamente el 10% de los casos obedece a la liquidación de las empresas.

Soluciones.

En cumplimiento de los artículos 25 y 53 de la Constitución Política y el Artículo 18 de la Ley estatutaria 1751 de 2015, en el Sistema de Salud, habrá condiciones laborales del personal sanitario que garanticen estabilidad, seguridad y continuidad laboral, así como actualización integral continua se creará el régimen laboral especial para el sector de la salud, que será concertado con representantes del sector.

Este régimen, entre otros aspectos, incluirá: la preservación de la Carrera Administrativa Especial del Sector Salud; el régimen salarial; la remuneración mínima vital y móvil; el pago Oportuno; la jornada ordinaria; medicina, higiene, salud y seguridad en el trabajo; teletrabajo o trabajo en casa; prima, gastos de representación, prima de riesgo en circunstancias especiales, prima por ubicación geográfica, quinquenios, vacaciones, licencias, permisos remunerados; estímulos salariales y no salariales para quienes laboren en zonas apartadas en materia de bienestar, vivienda, transporte, seguridad, educación y actualización continua, entre otros.

Aspectos relacionados con la relación Docencia – Servicio, sobre los médicos residentes y en servicio social obligatorio; la equivalencia de títulos; disposición para el caso de los

profesionales especialistas, cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta.

Instituir que en ningún nivel territorial, la remuneración del jefe de la administración operará como límite máximo para establecer los emolumentos del talento humano en salud, con el fin de facilitar la presencia de THS especializado en zonas apartadas.

Uno de los objetivos de la transformación de las actuales Empresas Sociales del Estado -ESE en Instituciones de Salud del Estado, aparte del plan general de fortalecimiento y modernización de la red pública hospitalaria nacional, es el mejoramiento de las condiciones laborales del sector público hospitalario, propiciando su incorporación progresiva a las plantas de personal, empezando por los trabajadores más antiguos, hoy vinculados mediante contratos de prestación de servicios.

Lo anterior conservando para los servidores públicos de la salud su vinculación laboral, sea de libre nombramiento y remoción, de carrera administrativa o de trabajadores oficiales. Así mismo, los servidores públicos de instituciones de salud mixtas con participación del Estado igual o superior al 90%, se regirán por la presente Ley.

IX. Pérdida de autonomía de los profesionales de la salud en el manejo de los pacientes puestos bajo su cuidado.

La Declaración de Madrid de la Asociación Médica Mundial -AMM- sobre la autonomía y autorregulación profesionales¹⁷ predica que la AMM, habiendo examinado la importancia que la autonomía y autorregulación profesionales tienen para el cuerpo médico del mundo, y reconociendo los problemas y las dificultades que actualmente se presentan en la autonomía y autorregulación profesionales, adopta los siguientes principios, dentro de los cuales resaltamos los tres primeros:

“1. El elemento principal de la autonomía profesional es la garantía de que el médico pueda emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes”.

“2. La Asociación Médica Mundial reafirma la importancia de la autonomía profesional como componente esencial de la atención médica de alta calidad y, por consiguiente, como un beneficio que se debe al paciente y que debe ser preservado. Por lo tanto, la Asociación Médica Mundial se compromete a mantener y garantizar ese principio esencial de ética médica, que es la autonomía profesional en la atención de los pacientes”.

“3. Paralelamente al derecho a la autonomía profesional, la profesión médica tiene una responsabilidad permanente de autorregulación y no obstante la existencia de otros reglamentos aplicables a los médicos, la profesión médica debe tomar a su cargo la tarea de regular la conducta y actividades profesionales del médico”.

Para efectos de la autorregulación profesional, se establece que las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas o las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud, constituirán comités de autorregulación profesional, cuya

¹⁷ Adoptada por la 399 Asamblea Médica Mundial de Madrid, España, en octubre de 1987. Revisada en su redacción por la 1709 Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, mayo de 2005.

función será velar por la aplicación de los criterios de autorregulación, racionalidad y evidencia científica, con pleno respeto de la autonomía profesional, del derecho a la objeción de conciencia y con la participación de pares profesionales. Igualmente, se prevé que el Gobierno Nacional fortalezca los tribunales profesionales ético-disciplinarios.

CONFLICTOS DE INTERÉS DE LOS CONGRESISTAS

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 291 de la Ley 5 de 1992, se considera que los siguientes eventos pueden dar lugar a la declaración de posibles conflictos de interés de los congresistas, en relación con el presente proyecto de ley:

a. Cuando el Congresista, su cónyuge, compañero o compañera permanente, o alguno de sus parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil sean socios, controlantes, administradores, representantes legales, revisores fiscales o empleados de entidades que hagan parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

b. Cuando el Congresista, su cónyuge, compañero o compañera permanente, o sus parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil sean acreedores de Entidades Promotoras de Salud o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Y

c. Cuando el congresista haya recibido aportes a su campaña electoral, por parte de sociedades o grupos empresariales que desarrollan su actividad económica en el marco de la prestación de los Servicios de Salud en el país.

En todo caso, cabe resaltar que en aplicación de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 286 de la Ley 5 de 1992, no habrá conflicto de interés:

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

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

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

d) Cuando el congresista participe, discuta o vote artículos de proyectos de ley o acto legislativo de carácter particular, que regula un sector económico en el cual el congresista

tiene un interés particular, actual y directo, siempre y cuando no genere beneficio particular, directo y actual”.

Adicionalmente, en cuanto al concepto del interés del congresista que puede entrar en conflicto con el interés público, se ha explicado que el mismo debe ser entendido como “una razón subjetiva que torna parcial al funcionario y que lo inhabilita para aproximarse al proceso de toma de decisiones con la ecuanimidad y la ponderación que la norma moral y la norma legal exigen” y como “el provecho, conveniencia o utilidad que, atendidas sus circunstancias, derivarían el congresista o los suyos de la decisión que pudiera tomarse en el asunto” (Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera, Radicado 66001-23-33-002-2016-00291-01(PI), sentencia del 30 de junio de 2017).

En tal sentido, la Sala Plena del Consejo de Estado en sentencia del 17 de octubre de 2000 afirmó:

“El interés consiste en el provecho, conveniencia o utilidad que, atendidas sus circunstancias, derivarían el congresista o los suyos de la decisión que pudiera tomarse en el asunto. Así, no se encuentra en situación de conflicto de intereses el congresista que apoye o patrocine el proyecto que, de alguna manera, redundaría en su perjuicio o haría más gravosa su situación o la de los suyos, o se oponga al proyecto que de algún modo les fuera provechoso. En ese sentido restringido ha de entenderse el artículo 286 de la ley 5.ª de 1991, pues nadie tendría interés en su propio perjuicio, y de lo que trata es de preservar la rectitud de la conducta de los congresistas, que deben actuar siempre consultando la justicia y el bien común, como manda el artículo 133 de la Constitución. Por eso, se repite, la situación de conflicto resulta de la conducta del congresista en cada caso, atendidas la materia de que se trate y las circunstancias del congresista y los suyos. [...]”.

Cordialmente,

