

PROYECTO DE LEY SALUD PARA LA VIDA No. _____ DE 2023
**“POR MEDIO DE LA CUAL SE DICTAN DISPOSICIONES SOBRE EL SISTEMA
GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)”**

Bogotá D.C., 16 de febrero de 2023

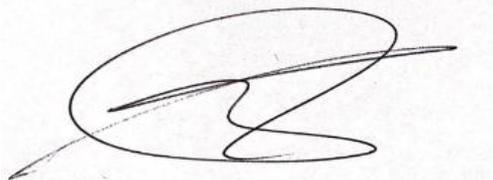
Doctor
JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA
Secretario General
H. Cámara de Representantes
Ciudad

Asunto: Radicación Proyecto de Ley Salud para la Vida “Por medio de la cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”

Respetado doctor:

De conformidad con lo establecido en los artículos 139 y 140 de la Ley 5ª de 1992, me permito presentar a consideración del Congreso de Colombia el Proyecto de ley “Por medio del cual se dictan disposiciones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”, para el correspondiente estudio y trámite legislativo, en los términos definidos en la Constitución y en la ley conforme a lo expresado en la exposición de motivos y articulado.

Del señor Secretario;



CARLOS ABRAHAM JIMENEZ LOPEZ
Senador de la República



ANDRES EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara

PROYECTO DE LEY SALUD PARA LA VIDA No. _____ DE 2023 “POR MEDIO DEL CUAL SE DICTAN DISPOSICIONES SOBRE EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)”

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

TÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1°. Objeto. La presente Ley tiene por objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), por medio del desarrollo de sus principios, enfoques, estructura organizativa y funcional, financiamiento y políticas para su buen desempeño, conforme a lo dispuesto por la Ley Estatutaria del derecho fundamental a la salud 1751 de 2015, además de ocuparse de sus principales interacciones con los determinantes sociales de la salud.

ARTÍCULO 2°. Definición del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones públicas, privadas y mixtas; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles, información y evaluación, que el Estado dispone para garantizar el acceso efectivo a servicios de salud. Este sistema deberá coordinarse con el resto de políticas públicas que afectan o intervienen los determinantes sociales de la salud para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud a toda la población.

ARTÍCULO 3°. Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Además de los principios consagrados en la Constitución, el bloque de constitucionalidad, los elementos y principios del derecho fundamental a la salud y los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, establecidos por la Ley Estatutaria de la Salud 1751 de 2015 y la Ley 1438 de 2011, respectivamente, serán principios del SGSSS:

- 3.1. Eficiencia. Es la mejor utilización social y económica de los recursos de talento humano, administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a los que

tienen derecho toda la población, sean prestados en forma adecuada, efectiva, oportuna y suficiente.

- 3.2. Universalidad. Es la garantía de la protección del goce efectivo del derecho a todas las personas, sin ninguna discriminación, en dignidad, en todas las etapas de la vida.
- 3.3. Solidaridad. Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las comunidades, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y la sociedad en su conjunto, para proteger y garantizar los derechos de los más vulnerables.
- Es deber del Estado garantizar y promover la solidaridad en Sistema General de Seguridad Social en Salud, por medio de su acción activa, a través de la dirección y control del mismo.
- Cada persona contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por la Ley Estatutaria de la Salud 1751 de 2015 y la presente Ley. Los recursos provenientes del erario en el Sistema de Seguridad Social en Salud deberán tener presente siempre a los grupos de la población más vulnerables.
- 3.4 Continuidad. Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido de manera intempestiva y arbitraria por razones administrativas o económicas.
- 3.5. Integralidad. Es la cobertura de todos los servicios y atenciones que se requieran para conservar, promover y mantener el más alto grado de salud posible y en general, las condiciones de vida en dignidad de toda la población. La prestación del servicio no será fragmentada, parcial o limitada en razón a la capacidad económica de la persona o consideraciones administrativas.
- 3.6 Unidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe articular armónicamente las políticas, planes, estrategias, instituciones, organizaciones, entidades, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social. Para toda persona el SGSSS es único.
- 3.7. Participación. La participación deberá garantizarse a lo largo de las distintas instancias y fases diseño, desarrollo, implementación y evaluación de las políticas públicas en materia de salud. Se debe garantizar la intervención temprana de las comunidades y las personas en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto, para lo cual se aseguran, al menos, las garantías de participación contempladas en la Constitución, la Ley Estatutaria del derecho fundamental a la Salud y el resto de leyes vigentes aplicables.
- 3.8. Progresividad y prohibición de regresividad. El Estado debe asegurar la correspondiente y adecuada ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación y

mejora de capacidad instalada del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la promoción y dignificación del talento humano. El SGSS, en conjunto con los demás sectores, debe eliminar gradual y continuamente las barreras que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en especial, las culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas.

- Toda decisión legal o político administrativa que limite irrazonablemente o restrinja derechos y libertades adquiridos en materia de salud, son contrarias a la Ley Estatutaria en Salud y a la presente Ley.
- 3.9. Principio Pro personae (Pro homine). Cualquier acción u omisión del Sistema General de Seguridad Social en Salud debe orientarse y justificarse, en primer término, en la garantía de la dignidad humana de toda persona. Cuando haya diferentes alternativas u opciones para el cuidado y protección de una persona, se debe asegurar la condición más beneficiosa, garantizando el acceso libre e informado a las mejores condiciones terapéuticas (Lex Artis) para mantener, recuperar o promover el más alto nivel de salud posible, en condiciones dignas.
- 3.10. Principio de autonomía personal. La autonomía y el consentimiento libre, pleno e informado de toda persona determinan las decisiones y acciones sobre su propia salud. La voluntad personal deberá tenerse en cuenta hasta donde sea posible, incluso, cuando pueda estar limitada la capacidad de expresarla. El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe definir estrategias e instrumentos para evitar la vulneración de la autonomía de las personas frente a decisiones de su cuerpo y su salud ante la necesidad de tratamientos, procedimientos o tecnologías en salud.
- 3.11. Principio de autonomía profesional y respeto a la libertad de conciencia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud respetará la libertad de conciencia de todo ser humano, por lo que no se le podrá obligar a actuar en contra de ella. De forma armónica e integral, el Sistema deberá asegurar el acceso al servicio de salud requerido, a la vez, que respetará la libertad y autonomía profesional en su ejercicio laboral, para que se apliquen sus conocimientos, teniendo en cuenta la mayor evidencia científica disponible (Lex Artis), la autorregulación y el equilibrio bioético en beneficio de la salud del paciente. En cualquier caso, cuando exista un conflicto irresoluble entre el derecho a la vida, a la salud, la integridad o la autonomía de un paciente con la libertad de conciencia de una persona, primarán aquellos derechos sobre esta libertad.
- 3.12. Principio de enfoque diferencial. Todas las acciones y omisiones del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben buscar la igualdad real y material, superando las exclusiones e inequidades en materia de necesidades y respuestas sociales e institucionales en salud. Se deben cerrar las brechas de género, etnia, grupos poblacionales, en condición de discapacidad, factores psicosociales o determinaciones económicas,

culturales o ambientales, en conjunto con los sectores implicados en estas dimensiones. Los saberes tradicionales y ancestrales deberán ser respetados, valorados e incorporados adecuadamente por el Sistema de Salud, bajo el marco de los demás principios y siempre buscando el beneficio de los usuarios y pacientes del sistema. En el contexto del Sistema de Salud, las personas diagnosticadas o en proceso de diagnóstico de enfermedades que afecten significativamente la salud, la integridad personal y la vida en dignidad, son sujetos de especial protección.

- 3.13. Principio de transparencia. Las acciones y omisiones del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben ser transparentes para lo cual, éstas han de ser debidamente registradas, documentadas, informadas y comunicadas. La transparencia busca asegurar un comportamiento ético y jurídico de todos los actores que integran el Sistema para asegurar su eficacia, eficiencia, oportunidad y sostenibilidad. Ninguna información del Sistema podrá ser oculta, salvo que sea para la protección del derecho a la salud de las personas y demás derechos fundamentales directamente involucrados, como el derecho de intimidad de los pacientes y que requieran estricta confidencialidad. Todos los actores del Sistema de Salud deben manifestar de forma pública, amplia y suficiente los conflictos de intereses que puedan tener lugar.
- 3.14. Principio de sostenibilidad y protección financiera. El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe contar con los recursos adecuados para asegurar progresivamente y, sin regresividad, el acceso efectivo a todos los servicios de salud conforme a la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 y, en conjunto con los demás sectores, el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de acuerdo con la Constitución. Los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben fluir de manera oportuna y suficiente. Una Política Pública insostenible económicamente, cuyos recursos no puedan garantizarse de forma equitativa y eficiente es contraria al orden constitucional vigente. Las políticas de salud no podrán afectar el mínimo vital en dignidad de las personas.

Parágrafo. El estado debe garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de las personas con enfermedades huérfanas, enfermedades discapacitantes y enfermedades de alto costo.

ARTÍCULO 4°. De los determinantes sociales en salud y su gestión intersectorial. El Consejo Nacional de Política Económica y Social Nacional, y los Consejos Departamental, Distrital y Municipal de Política Económica y Social adoptarán dentro de los tres meses siguientes a la expedición del correspondiente Plan de Desarrollo, la política de determinantes sociales en salud y gestión intersectorial para un periodo de cuatro (4) años, la cual en su estructuración deberá ser liderada por el Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Salud y Protección Social o quienes en el nivel territorial desarrollen funciones afines.

Dicha política será revisada y ajustada cada dos años, en los términos y lineamientos que para el efecto defina el Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Salud y Protección Social, que deberá incluir mecanismos de amplia divulgación de resultados, participación social e información pública.

TÍTULO II GOBERNANZA Y ESTRUCTURA DEL SGSSS

CAPÍTULO I.- RECTORÍA, GOBERNANZA Y PARTICIPACIÓN

ARTÍCULO 5°. Rectoría y Gobernanza del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La rectoría del Sistema General de Seguridad Social en Salud deberá estar en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social, el cual dictará las políticas, estrategias y planes, protocolos, lineamientos y demás instrumentos necesarios, bajo las condiciones de participación prevista en el art 12 de la ley estatutaria 1751 de 2015 y aquellas que lo complementen y desarrollen orientados a la garantía del acceso efectivo a los servicios de salud, al buen desempeño de todo el SGSSS y sus agentes, la transparencia y el buen uso de los recursos públicos y, en conjunto con los demás sectores, el goce efectivo del derecho fundamental a la Salud de toda la población.

ARTÍCULO 6°. Asamblea Nacional de la Salud. Cada dos años en el mes de marzo el Ministerio de Salud y Protección Social, convocará a una Asamblea Nacional de Salud, en la que deberán participar activamente entre otros las comunidades, los usuarios, los pacientes, los agentes del sector salud, los organismos de control y las autoridades locales de todos los Departamentos y Distritos del país, con el objetivo de analizar el desempeño del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el goce efectivo del derecho fundamental a la salud y proponer ajustes a la política pública nacional, regional y local para su mejoramiento.

Parágrafo: En los seis meses siguientes de la entrada en vigencia de la presente ley, el Ministerio de salud y protección social, definirá el mecanismo de selección de cada uno de los representantes

ARTÍCULO 7°. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Créase el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud-CNSSS, como órgano de dirección, verificación, participación y concertación del sector salud. Estará conformado por 15 miembros con voz y voto, la conformación será la siguiente:

1. El Ministro(a) de Salud y Protección Social, quien lo presidirá.
2. El Ministro(a) de Hacienda y Crédito Público o el viceministro que delegue.
3. El Ministro(a) de la Igualdad y Equidad.
4. El Director(a) del Departamento Nacional de Planeación.
5. Un representante de la academia, escogida por ASCOFAME.
6. Un representante de las sociedades científicas y escogidos en asamblea pública.

7. Un representante de las asociaciones de pacientes debidamente conformados y escogido en asamblea pública
8. Un representante de las asociaciones de usuarios del SGSSS escogido en asamblea pública
9. Un representante de secretarías de salud departamentales, escogido de forma pública y que se rotará anualmente entre los secretarios de salud propuestos por las agremiaciones de entidades territoriales.
10. Un representante de secretarios de salud municipales, escogido de forma pública y que se rotará anualmente entre los secretarios de salud propuestos por las agremiaciones de entidades territoriales.
11. Un delegado de los prestadores de servicios de salud del sector privado.
12. Un delegado de los prestadores de servicios de salud del sector público.
13. Un representante de los Agentes gestores.
14. Un representante de los trabajadores de la salud, escogido de forma pública, que se rotará anualmente según postulación de las diferentes disciplinas-gremios que participan en el sector.
15. Un delegado de los gremios, que se rotará anualmente, entre los diferentes gremios.

Artículo 8. Funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud-CNSSS. El CNSSS tendrá las siguientes funciones:

1. Recomendar y proponer al Gobierno Nacional y a los gobiernos territoriales, las políticas y estrategias a partir del análisis de situación de salud que anualmente presente el Ministerio de Salud y Protección Social.
2. Recomendar los contenidos del Programa Ampliado de Inmunizaciones- PAI.
3. Aprobar el valor anual de la UPC.
4. Aprobar el valor anual de los recursos destinados a promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
5. Aprobar el porcentaje de los recursos de la UPC que se reconocerá a los Agentes gestores para ejercer las funciones a su cargo y el componente variable de pago por desempeño.
6. Aprobar el Plan de Beneficios y el mecanismo de pago de los servicios No PBS, conforme a las recomendaciones del Ministerio de Salud y Protección Social y el IETS.
7. Excluir los servicios o tecnologías en el marco de los criterios establecidos por la Ley Estatutaria de Salud, previo el procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente allí definido.
8. Recomendar al Gobierno Nacional criterios para la definición de tarifas en la prestación de servicios de salud derivadas del SOAT.
9. Reglamentar los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.
10. Presentar ante las Comisiones Séptima de Senado y Cámara un informe anual de la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
11. Darse su propio reglamento.

Parágrafo # 1. Los representantes del gobierno nacional lo serán en virtud del ejercicio de sus cargos. Los representantes no gubernamentales tendrán un período de dos años con posibilidad de postulación para reelección por un periodo.

Parágrafo # 2. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá extender invitación a otros actores según su experticia técnica y/o social dependiendo del tema a tratar, quienes podrán participar con voz, pero sin voto.

Parágrafo # 3. El Ministerio de Salud y Protección Social presidirá el Consejo Nacional de Seguridad Salud y reglamentará su conformación y funcionamiento en los siguientes 6 meses a la sanción de la presente Ley.

CAPÍTULO II ESTRUCTURA GENERAL Y FUNCIONAL DEL SGSSS

ARTÍCULO 9°. Estructura operativa y funcional para la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS). Para la garantía del goce efectivo del derecho fundamental a la salud, el Sistema General de Seguridad Social en Salud operará el aseguramiento, definido por la Ley 1122 de 2007, a través de una estructura operativa y funcional encargada de la gestión integral del riesgo en salud de los individuos y la población, que cuente con los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos oportunos, suficientes y eficientes, aborde las diferencias territoriales, sociales y culturales, y permita el acceso efectivo a servicios de salud en todo el continuo de la atención, desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad o eventos en salud, el tratamiento y la restauración de estados saludables, la rehabilitación, la paliación y el buen morir para toda la población.

La Gestión Integral del Riesgo en Salud se implica la administración de los riesgos mediante actividades como:

La identificación, evaluación, medición, tratamiento, seguimiento y monitoreo de los riesgos que comprometan la salud de los individuos, comunidades y poblaciones, a efecto de suministrar los servicios y tecnologías de salud de manera integral,

Articulación de los agentes gestores con las entidades territoriales para garantizar el acceso efectivo y la suficiencia de la red de prestación de servicios;

La garantía efectiva de representación de los afiliados con la eliminación de barreras de acceso y el trabajo con asociaciones de usuarios y de pacientes de acuerdo con la Política de Participación Social en Salud.

Construcción, entre agente gestor y prestadores, de flujos operativos de atención que permitan recabar información para la GIRS y la eficiencia de la atención, de tal forma que el afiliado no tenga cargas administrativas para su oportuna atención, conforme lo dispuesto en el literal P del artículo 10 de la ley 1751 de 2015.

Parágrafo # 1. La gestión integral del riesgo deberá contar con agentes gestores públicos, privados o mixtos a su interior que, en ningún caso, fragmentará o interrumpirá el proceso de atención de los pacientes, en especial aquellos de

especial protección, de acuerdo con lo establecido por la Ley Estatutaria de la Salud 1751 de 2015.

Parágrafo # 2. Gestión integral del riesgo deberá contar con mecanismos de integración del proceso de atención individual y demanda inducida, generados a partir de intervenciones colectivas o individuales de promoción de la salud y prevención primaria de la enfermedad, de las que trata el artículo 11° de la presente Ley. Estos mecanismos, deberán contar como mínimo con la identificación de las personas intervenidas y su trazabilidad a lo largo del continuo de la atención.

ARTÍCULO 10°. Eliminación de la Integración Vertical y Giro Directo en la Gestión Integral del Riesgo. Para la operación del aseguramiento de que trata la Ley 1122 de 2002, los agentes gestores no podrán implementar mecanismos de integración vertical y se implementará el giro directo para la gestión eficiente de los recursos.

Los agentes gestores efectuarán el pago de las atenciones y tecnologías en salud a través del giro directo desde la Administradora de Recursos de Salud - ADRES. En el SGSSS queda proscrita cualquier forma de intermediación financiera entre agentes gestores y prestadores de servicios en salud u otros actores que cumplan funciones similares al materializar servicios de salud de los usuarios y/o pacientes.

ARTÍCULO 11. Monitoreo y evaluación de la estructura para la Gestión Integral del Riesgo en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social monitoreará, de forma constante, y evaluará la adecuada implementación de la estructura operativa y funcional para la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS, El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará dentro de los seis (6) meses siguientes a la sanción de la presente Ley los lineamientos, mecanismos y demás instrumentos necesarios, los cuales deberán contar con un sistema de información interoperable con los agentes gestores, con enfoque en grupos de riesgo, predicción de riesgos y detección de alertas tempranas sobre posibles desviaciones, interrupciones o fragmentaciones en la atención.

Parágrafo. En caso de detección de violaciones al derecho fundamental a la salud, en consideración de las responsabilidades de los distintos agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la estructura operativa y funcional para la Gestión Integral del Riesgo en Salud, el Ministerio contará con un mecanismo expedito y oportuno para referir dichas situaciones a la Superintendencia Nacional de Salud para lo pertinente, en el marco de las competencias legales de esta última.

ARTÍCULO 12°. Coordinación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud. Las Entidades Territoriales de Salud, harán seguimiento a los agentes gestores del área bajo su jurisdicción, para lo cual, contarán con un sistema local de información interoperable con los agentes gestores, con enfoque en grupos de riesgo y detección de alertas tempranas.

Este seguimiento implica la articulación con los agentes gestores, el seguimiento conjunto de cohortes de riesgo, la oportuna detección de alertas tempranas sobre posibles desviaciones, interrupciones o fragmentaciones en la atención y su integración con las atenciones individuales de las que trata el parágrafo 2 del artículo 9° de la presente Ley.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo dispuesto en este artículo, dentro de los seis (6) meses posteriores a la sanción de la presente Ley.

ARTÍCULO 13°. Intervenciones de promoción de la salud y prevención primaria de la enfermedad. Las atenciones en materia de promoción de la salud y la prevención primaria de la enfermedad, serán gestionadas y articuladas por las Entidades Territoriales de Salud, de orden Departamental y Distrital, con los agentes gestores, en el marco de sus competencias, para la población de su jurisdicción. Para esto, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá un paquete de dichas intervenciones, a través de actividades específicas, en el marco de rutas integrales de atención en salud, y reglamentará los lineamientos técnicos para su gestión e indicadores de proceso y resultado, dentro de los doce (12) meses posteriores a la sanción de la presente Ley.

Parágrafo # 1. A efectos de seguimiento y especial validación del cumplimiento de las actividades de promoción y prevención definidas en el presente artículo, se realizarán dos (2) auditorías anuales por un agente externo.

Parágrafo # 2. El Ministerio de Salud y Protección Social analizará, cada dos años, los indicadores de gestión y resultado de la gestión de las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de las Entidades Territoriales de Salud Departamentales y Distritales.

Parágrafo #3. Las Entidades Territoriales de Salud, de orden Departamental y Distrital podrán desarrollar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad complementarias al paquete del presente artículo con recursos propios.

ARTÍCULO 14°. Recursos para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los agentes gestores. Los recursos para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad se reconocerán a los agentes gestores, por cada persona afiliada, de acuerdo con un valor per cápita que defina el CNSSS, o el Ministerio de Salud y Protección Social hasta que aquel entre en operación, y que podrá ser ajustado de acuerdo con las metas de salud pública de cada territorio. Estos recursos deberán ejecutarse por los agentes gestores, cumpliendo las metas en salud definidas por el Ministerio de Salud.

Los recursos no ejecutados durante la vigencia serán reintegrados en la vigencia siguiente a la ADRES en las condiciones y dentro del plazo que defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Estos recursos se destinarán al PAI.

ARTÍCULO 15°. *Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud.* Se entenderá por redes integrales e integradas, los prestadores de servicios de salud que sin necesidad de fusionarse actúan de manera coordinada, articulada y en red para la prestación de servicios de salud.

Las Entidades Territoriales de Salud, en el marco de sus competencias de dirección y coordinación, según lo establecido en la Ley 715 de 2001, definirán las necesidades y gestionarán suficiencia de red dentro de su jurisdicción, en el continuo de la atención desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento y la recuperación de la salud, la rehabilitación, la paliación y el buen morir, identificadas por medio del Análisis de Situación de Salud y el perfil epidemiológico del territorio, para lo cual formularán un Plan Estratégico Territorial de Servicios Integrales de Salud (PETIS) cada 4 años, cuya ejecución deberá ser revisada cada 2 años.

Los agentes gestores conformarán la Red de Prestación de Servicios de Salud (REPSS) para satisfacer las necesidades identificadas por el Plan Estratégico Territorial de Servicios Integrales de Salud (PETIS) de sus afiliados, articulando los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud, de manera que se garantice el acceso y el flujo de los pacientes a través de los servicios primarios y complementarios habilitados. Las redes serán conformadas y gestionadas por los agentes gestores con criterios de racionalidad de los servicios y oportunidad de la atención, bajo los principios de accesibilidad, calidad, equidad y eficiencia buscando una atención continua, integral, y resolutiva articulación con la red territorial.

Cada agente gestor celebrará un contrato anual con la ADRES, mediante el cual esta le transferirá los recursos necesarios para para la prestación de los servicios de salud a sus afiliados, y las demás obligaciones que se establecen en esta Ley.

Los recursos asignados para administrar a cada agente gestor serán definidos de acuerdo con el perfil de riesgo en salud de su población afiliada y se establecerán mecanismos de ajuste de riesgo ex ante y ex post. El giro de los recursos se realizará directamente desde la ADRES a los prestadores de la red que atienda los usuarios de cada gestor.

Parágrafo # 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, aprobará el Plan Estratégico Territorial de Servicios Integrales de Salud de cada Entidad Territorial de Salud de cada Entidad Territorial de Salud de orden Departamental y Distrital.

Parágrafo # 2. Se podrán establecer programas especializados por enfermedades o grupos de riesgo, que integren el continuo de atención y cuya estructura y procesos responderán de manera integral a las necesidades de su población a cargo. Estos programas podrán tener cobertura regional o nacional y podrán ser independientes de las REPSS.

ARTÍCULO 16°. Plan Estratégico Territorial de Servicios Integrales de Salud (PETIS). El Plan Estratégico Territorial de Servicios de Salud que diseñen, implementen y monitoreen las Entidades Territoriales de Salud, de orden Departamental y Distrital, deberá cumplir con lo dispuesto en el artículo 61° de la Ley 1438 de 2011 y cumplir, como mínimo, con lo siguiente:

- 16.1. Garantizar la suficiencia de servicios de salud para las necesidades de toda la población del área de su jurisdicción, en todo el continuo de la atención, desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento y la recuperación de estados saludables, la rehabilitación, la paliación y el buen morir. Para esto, deberá contener un análisis de la capacidad máxima de atención de las instituciones prestadoras de salud públicas, privadas o mixtas habilitadas para funcionar en el territorio, en especial, aquellas de mayor nivel de complejidad.
- 16.2. Garantizar la participación comunitaria eficiente para su formulación y revisión, de acuerdo a lo dispuesto por el principio 3.6 del artículo 3° de la presente Ley.
- 16.3. Contar con un enfoque diferencial, territorial, étnico y cultural para adaptarse a las condiciones sociales de las comunidades.
- 16.4. Considerar el uso eficiente de los recursos disponibles por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando el acceso efectivo a servicios de salud de la población rural y rural dispersa con intervenciones costo-efectivas y con la mejor evidencia, las cuales pueden ser intra o extramurales, según sea el caso.
- 16.5. Considerar el uso de tecnologías de la información e innovación social en salud, especialmente para zonas rurales o rurales dispersas, grupos vulnerables u otras condiciones diferenciales existentes.

Parágrafo # 1. En caso de que los agentes gestores que hacen presencia en un departamento o distrito no suplan las necesidades de servicios de salud de su población determinadas en el Plan Estratégico Territorial de Servicios Integrales de Salud (PETIS), a través de su Red de Prestación de Servicios de Salud (REPSS), no podrán operar en dicho territorio, para lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo pertinente para que garantice la continuidad del servicio, no interrupción de los tratamientos y la libertad de elección posterior.

Parágrafo # 2. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará lo concerniente al diseño, formulación, implementación y monitoreo de los Planes Estratégico Territoriales de Servicios Integrales de Salud (PETIS) y las Redes de Prestación de Servicios de Salud (REPSS) en un plazo no mayor a 12 meses, a partir de la sanción de la presente Ley.

ARTÍCULO 17°. Acuerdos de voluntades dentro de los PETIS y las REPSS. Todos los agentes gestores, en el marco de la estructura de Gestión Integral del Riesgo en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberán garantizar un porcentaje de servicios de salud requeridos para su población a cargo con prestadores de servicios de salud de naturaleza pública, por medio de acuerdos de voluntades, el cual será reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social en los siguientes seis (6) meses a la sanción de la presente Ley, de acuerdo a la oferta de los mismos en el territorio.

Parágrafo. La suscripción y mantenimiento de estos acuerdos de voluntades con prestadores de servicios de salud de naturaleza pública estará sujeta al cumplimiento de indicadores, estándares mínimos de calidad y eficiencia por parte de estos, los cuales serán reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social en un plazo de seis (6) meses posteriores a la sanción de la presente Ley.

ARTÍCULO 18°. Incentivos basados en resultados en salud. Los acuerdos de voluntades entre los agentes gestores y las instituciones prestadoras de servicios de salud, ya sean públicas, privadas o mixtas, deberán incorporar un esquema de incentivos a resultados en salud, garantizando siempre y sin afectar la financiación de los servicios que se presten con necesidad a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

CAPÍTULO III AFILIACIÓN, AGENTES Y PRESTACIONES DE SALUD

ARTÍCULO 19°. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Estado garantizará la afiliación universal al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un mecanismo de afiliación único, sin discriminación alguna y que cuente con un canal con mecanismos WEB interoperables que controle el Sistema de Información del SGSSS y otros presenciales expeditos cuyos servicios mínimos definirá el Ministerio de Salud y Protección Social y que los Gestores tendrán que financiar y garantizar la interconexión en tiempo real con el Sistema de Afiliación Transaccional.

Parágrafo. El Estado podrá apoyarse en agentes públicos, privados o mixtos para el proceso de afiliación de la población al SGSSS.

ARTÍCULO 20°. Libre escogencia de agentes gestores. Aunque la afiliación al SGSSS es única, se garantizará la libre escogencia de los usuarios del sistema

sobre los agentes gestores y la red de prestación dentro de la estructura de Gestión Integral del Riesgo en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social permitirá la identificación y selección del agente gestor al momento de la afiliación.

Parágrafo # 1. Los usuarios del SGSSS podrán cambiar de agente gestor en cualquier momento, una vez transcurridos 12 meses de su afiliación al agente gestor, a través del mismo canal digital o los canales presenciales para la afiliación.

Parágrafo # 2. En caso de evidenciarse fallas sistemáticas de los agentes gestores en prestación del servicio que impide el acceso oportuno a los servicios requeridos por el usuario, el usuario podrá cambiar de agente gestor aún si no han transcurrido 12 meses desde su afiliación al mismo.

ARTÍCULO 21°. Régimen General de Salud. Elimínense los Regímenes Contributivo y Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y créese el Régimen General de Seguridad Social en Salud, el cual agrupará a toda la población afiliada al SGSSS, diferenciando a cada afiliado en su calidad de contribuyente directo, de acuerdo a las disposiciones vigentes para tal caso o no-contribuyente.

ARTÍCULO 22°. Administración del riesgo. Los agentes gestores serán los encargados de identificar, analizar, planear intervenciones, intervenir, y monitorizar el riesgo en salud de los individuos, así como de administrar los recursos para esta gestión, bajo la rectoría y coordinación del Ministerio de Salud y Protección Social y las Entidades Territoriales de Salud, de orden Departamental y Distrital, respectivamente, de acuerdo con lo establecido en el Título II, Capítulo II y III; y Títulos IV y V de la presente Ley.

ARTÍCULO 23°. Prestaciones en Salud. El Régimen General de Salud gozará de un paquete único de servicios y tecnologías en salud, acorde con lo establecido en el artículo 15° de la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015. El Ministerio de Salud Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, determinará una Unidad de Pago por Capitación única para este régimen, sin perjuicio de mecanismos y factores de ajuste del riesgo financiero por distintos criterios técnicos a su interior, incluyendo subpoblaciones y territorios específicos.

TÍTULO III MODELO DE SALUD

CAPÍTULO I MODELO DE SALUD Y VIDA

ARTÍCULO 24°. Modelo de Salud y Vida. El Modelo de Salud es el proceso organizado y articulado que orienta el accionar de los integrantes del Sistema de Salud y la operación del aseguramiento que cuenta con la participación activa de agentes de distinta naturaleza, conforme a lo establecido por la Ley Estatutaria de la Salud 1751 de 2015. Este modelo busca que los individuos y las comunidades

desarrollen su mayor potencial de salud, modificando de manera positiva sus condiciones sociales y entornos, a través de ellos mismos, las organizaciones, instituciones, actores de la comunidad entre otros. Se desarrolla en los ámbitos colectivo e individual y en los distintos entornos de las personas y comunidades. El modelo de salud y vida está centrado en las personas, familias y comunidades y tiene como finalidad abordar las necesidades de salud de la población con enfoque de derecho, diferencial, territorial, intersectorial, progresivo, de riesgo; considerando el continuo de la atención dentro del curso de vida, el cual abarca desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico oportuno, tratamiento integral y recuperación de estados saludables, rehabilitación, cuidados paliativos, hasta el buen morir.

Este modelo será de base comunitaria, estará basado en la mejor evidencia científica disponible o conocimiento ancestral protegido, apoyará la Gestión Integral del Riesgo en Salud, desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud y los demás sectores incidentes en el derecho fundamental a la salud y contará con innovación social. Promoverá la articulación con y entre los otros sectores relevantes para incidir en los Determinantes Sociales de la Salud y garantizar el derecho fundamental a la salud.

El Modelo de Salud y Vida deberá ser dinámico, adaptativo a los cambios de los individuos, las comunidades y la sociedad, además de los contextos territoriales, nacionales y globales.

Parágrafo # 1. El Modelo de Salud y Vida se articulará con el sistema de cuidado y protección social.

Parágrafo # 2. La reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección social hará especial énfasis en la garantía y seguimiento continuo a la efectividad de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los ámbitos individual y colectivo.

ARTÍCULO 25°. Características del Modelo de Salud y Vida. El Modelo de Salud y Vida, contendrá como mínimo los siguientes elementos:

- 25.1. Gestión del conocimiento e innovación social en salud, que contemple el análisis de la situación de salud de la población, identificación de factores protectores y generadores de riesgo. Apoyado en la utilización de tecnologías de información. Deberá fomentar soluciones innovadoras con los agentes y la comunidad.
- 25.2. Calidad, la cual estará fundamentada en los siguientes atributos mínimos: accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad, efectividad, continuidad y satisfacción de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- 25.3. Humanización de la gestión y atención del sistema de salud en todo el continuo de la atención.
- 25.4. Infraestructura y recursos suficientes y eficientes para atender las necesidades en salud de la población.
- 25.5 Estrategias de acceso efectivo a la población tales como APS y otras que demuestren su costo/efectividad
- 25.6. Eficiencia y buen desempeño de las estructuras, los agentes y los procesos del Sistema de Salud para la garantía del derecho fundamental a la salud.

ARTÍCULO 26°. Sistema Integral para la Calidad en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará un Sistema Integral para la Calidad en Salud, en reemplazo del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), el cual promoverá la competencia por calidad de los distintos agentes, la eficiencia, la innovación social en salud, el mejoramiento continuo progresivo y escalable, los resultados en salud de proceso y resultado, entre otros elementos.

Parágrafo. El Gobierno Nacional dispondrá de una fuente de recursos financieros específica para el mejoramiento de la calidad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTÍCULO 27°. Monitoreo y evaluación del Modelo de Salud y Vida. El Ministerio de Salud y Protección Social, monitoreará la implementación del modelo de salud y vida, de forma articulada con las disposiciones en el título II de la presente Ley, a través de indicadores del desempeño del sistema de salud y sus agentes y de indicadores de resultados en salud.

Parágrafo. El incumplimiento de los indicadores de resultado por parte de los gestores constituyen causal de condición resolutoria de su habilitación en los términos del artículo 91 de la Ley 1437 de 2011.

ARTÍCULO 28°. Innovación social para la salud. La implementación del modelo deberá promover la innovación social para la salud y la introducción de adaptaciones y cambios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y sus agentes, con el propósito de mejorar la efectividad de sus intervenciones, la eficiencia en el uso de los recursos, el acceso efectivo a servicios de salud para toda la población, conforme a la evolución de los contextos y la evidencia científica.

CAPÍTULO II POLÍTICA FARMACÉUTICA E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA

ARTÍCULO 29°. Política de innovación en salud y reconocimiento de tecnologías en salud. El Gobierno Nacional reglamentará e implementará una política de adopción

de la innovación de tecnologías en salud, liderada desde el Ministerio de Salud de Salud y Protección Social, la cual deberá contener:

- 29.1 La regulación de la puerta de entrada, incluyendo los diálogos tempranos entre los titulares de tecnologías innovadoras
- 29.2 Los criterios de evaluación de las tecnologías bajo criterios de costo eficiencia y análisis multicriterio
- 29.3 Los mecanismos de financiación de tecnologías innovadoras que contemplen los modelos de acceso innovadores y acuerdo de riesgo compartido.

ARTÍCULO 30. Tasa a favor del Instituto de Evaluación tecnológica en salud (IETS). Créase una tasa a favor del IETS equivalente a 3.500 UVTs la cual será pagada por las entidades que soliciten la expedición del registro sanitario de una tecnología en salud ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), la cual será pagada en el momento de la solicitud.

ARTICULO 31. Regulación de precios de medicamentos: La regulación de precios de medicamentos en el país regida por la Circular 03 de 2013 se aplicará a toda la cadena. El Ministerio de Salud regulará los márgenes por gestión administrativa y logística que serán objeto de inspección, vigilancia y control por la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo. Corresponde a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM) fijar el precio de todas las tecnologías que sean declaradas como Vitales No disponibles, para lo cual la Comisión deberá pronunciarse en un plazo no mayor a 72 horas.

ARTÍCULO 32. Publicidad de precios de medicamentos y disponibilidad de tecnologías en salud. Los actores del sistema deberán reportar la información sobre los precios de venta en el canal institucional y comercial y los problemas de abastecimiento o escasez de los canales institucional y comercial. El Ministerio de Salud y Protección definirá las condiciones y periodicidad para el reporte, y publicará esta información actualizada en su página web de manera mensual.

ARTÍCULO 33. Política Industrial. El Gobierno Nacional expedirá la política industrial farmacéutica para la promoción de la investigación y desarrollo y la producción de medicamentos y dispositivos médicos en el país. Dicha política deberá establecer los incentivos para la producción de tecnologías en el país, que incluyen las condiciones y beneficios por inversión en bienes de capital, transferencia de tecnología, importación de insumos y la formación del Talento Humano en Salud requerida para el fortalecimiento de esta industria en el país. El componente de producción nacional deberá considerarse en los procesos de compra agregada de medicamentos financiados con recursos públicos.

ARTÍCULO 34°. Sistema de información para la trazabilidad de las prescripciones en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social buscará la eficiencia y transparencia en el gasto público de tecnologías en salud financiadas con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para lo cual, implementará un sistema de información que garantice la trazabilidad nominal de las prescripciones por parte de los profesionales de la salud.

Este sistema de información privilegiará la interoperabilidad de subsistemas de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas o mixtas. Será financiado por los recursos para la administración del Sistema de General de Seguridad Social en Salud y podrá ser operado por agentes especializados en la materia.

ARTÍCULO 35°. Política de investigación y desarrollo de tecnologías en salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud promoverá, en el marco de la autonomía médica, el uso de las tecnologías en salud con la mejor evidencia científica disponible, el mayor perfil de seguridad posible para los pacientes, reconociendo el valor terapéutico de éstas y buscando el mayor beneficio para los pacientes. Para el caso de las tecnologías innovadoras, se evaluará la evidencia de manera diferencial atendiendo las directrices de la Organización Mundial de la Salud y organismos de referencia internacional, de acuerdo también a lo dispuesto en el en los Título I y II de la presente Ley.

ARTÍCULO 36. Fortalecimiento del INVIMA. El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA – mejorará la capacidad instalada para reducir los tiempos en la asignación de registros sanitarios la capacidad instalada de recurso humano y tecnológico para optimizar los tiempos de revisión y aprobación de registros sanitarios y modificaciones a los mismos protegiendo el acceso y continuidad de los tratamientos. Es responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social, presentar ante el Consejo Nacional de Salud:

- 36.1 Los criterios del proceso de evaluación de trámites de una manera técnica y eficiente, facilitando las transacciones e interacciones de los ciudadanos con la entidad y garantizando el cumplimiento de estándares sanitarios de agencias sanitarias homólogas de referencia.
- 36.2 Un plan de mejoramiento, renovación y eficiencia administrativa de la entidad en los siguientes seis (6) meses después de sancionada la presente ley, que refleje una mejor gobernanza de la entidad.
- 36.3 Un plan de reestructuración de los Organismos de Asesoría y Coordinación del Invima como lo son la Comisión Revisora, Comité de Dirección, Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno y Comisión de Personal, en donde se definen unas funciones, planta de personal idónea

y procesos de eficiencia administrativa, canales de participación ciudadana y de asociaciones de pacientes, de conformidad con la legislación vigente y las y los estándares de la Organización Mundial de Salud.

ARTÍCULO 37. Fortalecimiento del IETS. El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud -IETS- continuará siendo un organismo independiente de evaluación científico-técnica y económica de las tecnologías de salud, garantizando su financiación con recursos públicos como del sector privado a través de sus actividades misionales. Los procesos de evaluación desarrollados por el IETS se harán de manera independiente y autónoma de las evaluaciones de calidad y seguridad desarrolladas por el INVIMA. Los principios que regirán estas evaluaciones serán el rigor técnico, acceso equitativo, eficiente y sostenible a tecnologías de alta calidad con independencia y eficiencia administrativa y participación ciudadana y de las asociaciones de pacientes, teniendo en cuenta los estándares de la organización mundial de salud y agencias de evaluación terapéutica homólogas de referencia.

CAPÍTULO III TALENTO HUMANO PARA LA SALUD

ARTÍCULO 38°. Autonomía Profesional. Se debe garantizar la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad, el escalonamiento terapéutico con base en la evidencia científica. La garantía de autonomía debe darse a los profesionales y trabajadores de la salud, en todo el territorio nacional, en concordancia con el Artículo 17° de la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015.

ARTÍCULO 39°. Dignificación Laboral. Se dará énfasis a modelos de contratación, garantías de trabajo justas, pagos justos dependiendo del contexto geográfico y diferencial, garantía de pagos oportunos, a través de formas de contratación directas y con las debidas prestaciones de Ley, además del descanso adecuado para los trabajadores de la salud. De igual manera, el Gobierno Nacional buscará reducir los riesgos laborales, de forma progresiva, sostenida y constante.

Parágrafo. La formalización laboral de los trabajadores de la salud, deberá iniciar en el 2023 en la red pública y en el 2024 debería estar implementada en toda la red del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTÍCULO 40°. Formación de trabajadores de la salud. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Consejo Nacional de Seguridad Social, serán los encargados de determinar las necesidades y las competencias del talento humano en salud necesarias para garantizar el desarrollo del enfoque de Atención Primaria en Salud y los servicios complementarios requeridos para la garantía del goce efectivo del derecho a la salud. Coordinará con el Ministerio de Educación la garantía de la

oferta educativa técnica, tecnológica y profesional, impulsando la formación dual en salud que permita adquirir la experiencia en paralelo a su formación.

Parágrafo # 1. Este plan deberá tener en cuenta aquel talento humano con mayor exposición a eventuales riesgos físicos o psicosociales y promover la gestión de los mismos.

Parágrafo # 2. El Ministerio de Salud y Protección Social fortalecerá el registro del talento humano en salud, permitiendo identificar los profesionales que se encuentran activos laboralmente y la ubicación de su desempeño profesional en el país.

Parágrafo # 3. El Gobierno Nacional propenderá por el fortalecimiento del médico que presta el Servicio Social Obligatorio y el Estado tiene el deber de asegurar la disponibilidad del talento humano en salud necesario para garantizar la atención en salud de toda la población en el territorio nacional.

ARTÍCULO 41°. Política de Talento Humano para la Salud. El Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional, deberá presentar en los siguientes doce (12) meses a la sanción de la Presente Ley ante Consejo Intersectorial, la Política de Talento Humano para la Salud con todos los componentes, para dar una discusión amplia y suficientes en los siguientes tres (3) meses y lograr tener una política de talento humano integral.

Parágrafo # 1. El Ministerio de Salud elaborará un estudio sobre el impacto fiscal de la formalización del talento humano y un plan progresivo, empezando por los prestadores públicos. Así mismo, desarrollará, en un término inferior a un año, un estudio de suficiencia de personal en salud desagregado por niveles de formación, especialidades y zonas geográficas, y establecer un plan para formar este recurso humano en un periodo de 10 años.

Parágrafo # 2. El Ministerio de Salud y Protección Social, mediante el ECAES, u otro instrumento que lo sustituya, seleccionará aquellos profesionales de la salud que acceden a residencias médicas, con beca del gobierno. Los cupos para becas no podrán ser inferiores a los ya existentes, por cada una de las especialidades médicas, y cada una de las universidades y se incrementarán paulatinamente. El reglamento establecerá la forma de asignación de los cupos para becas, teniendo en cuenta, además del ECAES, la distribución regional, la participación por universidades y los cupos por especialidades médicas necesarias para el país.

Las Universidades y las IPS universitarias y acreditadas podrán admitir nuevos residentes por fuera del listado que emita el Gobierno Nacional, sin el beneficio de la beca.

CAPÍTULO IV INFRAESTRUCTURA PARA LA SALUD

ARTÍCULO 42°. Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud Diferencial. En el marco del Sistema Integral para la Calidad en Salud del SGSSS, el Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará estándares y criterios diferenciales para la habilitación de prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos, en zonas rurales o rurales dispersas, privilegiando la seguridad de las atenciones en salud de una forma razonable.

ARTÍCULO 43°. Programa de mejoramiento en infraestructura, dotación y tecnología hospitalaria. El Ministerio de Salud y Protección Social expedirá el Plan maestro nacional de inversiones públicas en salud. Dicho plan contendrá los proyectos priorizados para la inversión pública, las zonas priorizadas para la inversión privada que, como incentivo, serán consideradas parte de la red pública para efectos de la contratación obligatoria por parte de los Agentes Gestores. Los proyectos deben incluir integralmente infraestructura física, dotación, tecnologías de la información y comunicación en salud, talento humano, operación en red y asistencia en telemedicina.

Para que las entidades territoriales realicen los proyectos priorizados no se requerirá concepto de viabilidad del orden Nacional. Los proyectos financiados con recursos de regalías seguirán para su viabilidad las reglas que apliquen del Sistema General de Regalías. La estructuración de los proyectos se realizará prioritariamente con la Banca de Segundo Piso. Los costos de la estructuración y diseño se incluirán en el proyecto.

Parágrafo. Este programa promoverá la conformación de alianzas público-privadas que apalanquen los recursos financieros necesarios para este propósito.

ARTÍCULO 44. Fondo para el Desarrollo de los Hospitales Públicos. Créase un Fondo Nacional para el desarrollo y mejoramiento de la infraestructura de prestación de servicios de salud, cuyo propósito será financiar y promover el plan maestro de inversiones públicas en salud. Este podrá ser administrado por Banca de Segundo piso o por la ADRES y será financiado con recursos del Presupuesto General de la Nación.

ARTÍCULO 45°. Subsidio a la oferta de servicios de salud para zonas rurales y dispersas. Para garantizar el acceso efectivo a servicios de salud, en el marco del goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en zonas rurales, rurales dispersas o de difícil acceso, el Gobierno Nacional reglamentará e implementará un programa financiero de subsidio a la oferta de servicios de salud, intra o extramurales, dentro de los dos años siguientes a la sanción de la presente Ley, para atender con suficiencia, oportunidad y calidad las necesidades en salud de la población, bajo criterios de eficiencia en el uso de los recursos públicos.

Parágrafo # 1. Los recursos asignados en el presente artículo deberán ser administrados en cuentas maestras en instituciones financieras vigiladas por la Superintendencia Financiera.

Parágrafo # 2. Este subsidio a la oferta estará condicionado al cumplimiento de indicadores de calidad, gestión administrativa, eficiencia, cobertura, entre otros, definidos por el Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de salud y Seguridad Social. El cumplimiento estos indicadores será objeto de auditoría y verificación, por lo cual se autoriza a la ADRES a contratar una auditoría de cuentas especiales.

CAPÍTULO V INFORMACIÓN EN SALUD

ARTÍCULO 46°. Actualización del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO). El Ministerio de Salud y Protección Social actualizará el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), mediante el desarrollo interoperabilidad de sistemas con todos los agentes involucrados en la Gestión Integral del Riesgo en Salud, que permita gestionar de manera eficiente, confiable y oportuna la información para la toma de decisiones.

Esta actualización incluirá los criterios requeridos que permitan la unificación de estándares para la interoperabilidad, además del cumplimiento de lo establecido en el Título II; los Capítulos I, II y III del Título III; el Título IV y la Ley 1966 de 2019, y deberá hacerse dentro de los dos (2) años siguientes a la sanción de la presente Ley.

ARTÍCULO 47°. Uso de la información en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social dispondrá de un mecanismo expedito, sin barreras administrativas y en línea de acceso y consulta a toda la información y los micro-datos del Sistema Integrado de Información de la Protección Social, anonimizada y de acuerdo con la Ley de Habeas Data. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá garantizar dicho acceso sin que sean necesarios procedimientos administrativos de solicitud de información dentro de los dos (2) años luego de la sanción de la presente Ley.

ARTÍCULO 48: Sistema integrado de información digital en salud – SIIS: El SGSSS contará con un sistema integrado de información en salud SIIS, que permita la gestión de la salud de la población, la GIRS, apoye la rectoría en salud y la trazabilidad de la operación y los recursos financieros del sistema de salud. El SIIS será un sistema de salud que permita el flujo de la información pertinente y adecuada, desde y hacia, cada una de las entidades que conforman el SGSSS, en forma segura e integra.

La información generada en el desarrollo de actividades por cualquiera de las entidades que conforman el SGSSS se entiende amparada por la Ley de Habeas

Data, se constituye en información del mismo, independientemente de la naturaleza pública, privada o mixta de las entidades que participen en el mismo. El SIIS se fundamentará en datos abiertos, sostenibles, interoperables, unificando fuentes de información y empleando tecnologías que demuestren su costo-efectividad. El SIIS se articulará con las políticas de Gobierno Digital y otras de sectores diferentes a salud, como un componente estratégico para la intersectorialidad.

ARTÍCULO 49°. Seguridad de la información. La actualización e interoperabilidad de sistemas de información y el Sistema Integrado de Información de la Protección Social permitirá el uso de información nominal y datos sensibles en salud de los pacientes y usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por parte de las Entidades concurrentes en la Gestión Integral del Riesgo en Salud, sin perjuicio del resto de disposiciones de la Ley de Habeas Data. El Ministerio de Salud y Protección Social y las demás Entidades del Gobierno Nacional involucradas, determinarán los estándares de interoperabilidad y custodia de la información para preservar la seguridad de la información y el uso adecuado de los datos sensibles con el único propósito de gestionar el riesgo en salud de las personas.

TÍTULO IV FINANCIACIÓN SOSTENIBLE DEL SGSSS

CAPÍTULO I CÁLCULO Y FLUJO DE LOS RECURSOS

ARTÍCULO 50°. Del crecimiento progresivo del gasto en salud en Colombia. El Gobierno Nacional, con la participación del Consejo Nacional de Salud, en los términos de lo dispuesto en el artículo 7° de la presente Ley, definirá un plan de mediano y largo plazo para el crecimiento progresivo de la proporción del Producto Interno Bruto (PIB) que la sociedad colombiana, a través del Estado, destinará al financiamiento de la garantía del derecho fundamental a la salud, considerando la transición demográfica, epidemiológica y el acceso a la innovación tecnológica.

ARTÍCULO 51°. Metodología para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). El Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará una metodología de cálculo de la UPC de manera que tenga en cuenta mecanismos de ajustes de riesgos, condiciones geográficas y demográficas, adicionando indicadores que evalúen la suficiencia y la equidad de los recursos para la garantía del derecho de la salud.

Parágrafo # 1. Esta metodología se discutirá previo a su reglamentación con el Consejo Nacional de salud, considerando especialmente indicadores del gasto del SGSSS y se explicarán los efectos de las decisiones de ajuste.

Parágrafo # 2. El CNSSS, en coordinación con el Ministerio de Salud y protección Social y el Ministerio de Hacienda y crédito Público, deberá implementar los

mecanismos operativos y de planeación presupuestal y financiera para garantizar el giro oportuno a cada uno de los agentes del SGSSS.

ARTÍCULO 52°. Fondo para para la atención en salud zonas especiales y otras contingencias. En los Departamentos cuyas condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, desigualdad y difícil acceso, constituyan barreras de acceso para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, el Gobierno Nacional realizará asignaciones de recursos especiales que tendrán como objeto la financiación de servicios complementarios diferentes a servicios de salud, requeridos para garantizar el goce efectivo del derecho y en consonancia con los objetivos del Plan Decenal de Salud Pública.

Dichos recursos se recaudarán y administrarán en la ADRES, quien manejará e informará de su ejecución sobre el Fondo Nacional de Compensación que se financiará *pari passu* con un 0,05% del recaudo de cotizaciones en Salud y con aporte de la nación del 0.05%. El Fondo Nacional de Compensación incluirá un sub-Fondo o seguro para apoyar a los territorios en situaciones de catástrofes, eventos catastróficos y desastres.

También constituirá un sub-Fondo para garantizar el tratamiento de enfermedades raras de pacientes de todos los territorios en entidades especializadas, con recursos del presupuesto general. La ejecución de dichos recursos será conforme lineamientos desarrollados por el Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

ARTÍCULO 53°. Mecanismos y estrategias de compra de tecnologías en el marco de eficiencias en el uso de recursos. El Gobierno Nacional definirá un Plan de Compra Estratégica en Salud, con el propósito de incrementar la eficiencia en la administración de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual contendrá instrumentos y elementos como el control de precios, compra centralizada, negociación centralizada, acuerdos de acceso administrado, mecanismos de agregación de demanda, entre otros. El plan estratégico, como mínimo, definirá los criterios que agrupen y priorice tecnologías de acuerdo con condiciones de oferta y demanda de manera que se ordenen y prioricen los mecanismos de compra estratégica más apropiada para el grupo de tecnologías.

Parágrafo # 1. Los hospitales públicos se acogerán a los mecanismos de compra estratégica que defina el gobierno de acuerdo con la reglamentación que para tal fin defina el gobierno nacional.

Parágrafo # 2. El Gobierno Nacional deberá fijar un proceso de evaluación de efectos de la implementación de los mecanismos de compra estratégica de manera que se corrijan continuamente los posibles efectos en la disponibilidad de las tecnologías en el mercado interno.

TÍTULO V DISPOSICIONES FINALES Y RÉGIMEN DE TRANSICIÓN

ARTÍCULO 54°. Inspección, Vigilancia y Control. La Superintendencia Nacional de Salud seguirá siendo el ente rector del Sistema Integrado de Inspección, Vigilancia y Control en salud. Estas funciones aunadas a las de conciliación y jurisdiccionales, así como sus procedimientos administrativos, no podrán estar sometidas a interpretaciones normativas que generen nuevas barreras de acceso a los usuarios del sistema de seguridad social en salud y las mismas deben garantizar la efectividad de los derechos de los usuarios y actores del sistema. En ningún caso, las investigaciones y/o sanciones a los actores del sistema (jurídicos o naturales) pueden obstaculizar la prestación de los servicios de salud, para lo cual, el Gobierno Nacional deberá reglamentar los mecanismos expeditos que permitan la continuidad en el proceso de atención, sin perjuicio de las sanciones correspondientes a los agentes del sistema de salud que violen el derecho a la salud.

ARTÍCULO 55°. Fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud. La capacidad de resolución y respuesta en el SGSSS de los procesos adelantados por la Superintendencia Delegada en la protección del usuario, deberá mejorarse y aumentarse a través de la definición de equipos interdisciplinarios, los cuales además de conocimientos jurídicos, administrativos y técnicos en salud estén preparados para resolver solicitudes, controversias, necesidades y dar respuestas oportunas, eficaces y dignas a los actores del sistema. En la misma medida, la resolutivez debe ser integral pudiendo articular las acciones administrativas, legales y judiciales relacionadas con una misma causa. Este sistema debe contemplar actividad de atención y respuesta 24/7 con canales diversos y efectivos, que contemplen la diversidad territorial y los determinantes sociales que puedan limitar el acceso.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social, en conjunto con la Superintendencia Nacional de Salud definirán un sistema de atención a peticiones, quejas y reclamos basado en el principio *pro personae* y de atención inmediata a la dignidad humana, que pueda dimensionar que los conflictos que suscitan en salud requieren definición de términos perentorios fundados en el principio de celeridad.

Parágrafo 2. Del parágrafo anterior, deberá consolidarse un cuerpo especial de atención y respuesta, a requerimientos de personas consideradas constitucionalmente sujetos de especial protección cuyas necesidades se amparan en el enfoque diferencial y donde el factor tiempo puede vulnerar o no la garantía no solo del goce efectivo al derecho fundamental a la salud sino el derecho fundamental a la vida.

Parágrafo 3. El sistema debe contemplar mecanismos que permitan la trazabilidad de los usuarios a través de diferentes mecanismos u oferta de opciones conforme a los determinantes sociales en salud.

ARTÍCULO 56°. Garantía de la participación. La Superintendencia Nacional de Salud, como garante de los derechos de que goza la sociedad civil y en pro de la garantía de los derechos de los usuarios, deberá materializar en efectividad las funciones de inspección, vigilancia y control que puede ejercerse desde las veedurías comunitarias y demás organizaciones de naturaleza civil y/o agrupaciones que propenden por la salud de las personas que habitan en el territorio nacional.

Se hace necesario formalizar la participación de la sociedad civil y al efecto deberá definirse la creación de una Superintendencia Delegada (comité/consejo/ u otro cuerpo colegiado) de vigilancia y control para la gestión en salud integrada por líderes de organizaciones de pacientes, usuarios, y diferentes agrupaciones que puedan entre otras funciones:

1. Dar traslado inmediato para investigación de asuntos priorizados en salud, de los pacientes que hacen parte de sus organizaciones y de casos que lleguen a su conocimiento.
2. Hacer seguimiento de casos ya presentados al sistema integrado de IVC para poder cooperar y en caso de requerirse intervenir ante autoridad competente.
3. Conocer informes e investigaciones oportunamente del seguimiento y control a los recursos de la salud para poder presentar objeciones.
4. Integrar otros órganos colegiados donde tenga voz y voto para las decisiones nacionales en salud.
- 5.

ARTÍCULO 57°. Régimen de Transición. Paralelo al trámite de aprobación de cualquier proyecto de reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social debe presentar un plan de transición del esquema vigente a aquel planteado en el proyecto de reforma, que incluya acciones, responsables y cronograma de implementación, junto con un plan de mitigación de riesgos y de impacto a los usuarios del Sistema de Salud y a los pacientes, en particular los de especial protección.

Para el presente proyecto de Ley, el Gobierno Nacional deberá gestionar los recursos necesarios para el fortalecimiento y aumento de capacidades institucionales de las Entidades Territoriales de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social realizará acompañamiento técnico constante a las mismas

Entre tanto se aprueban debidamente los Planes Estratégicos Territoriales de Servicios Integrales de Salud (PETIS) y las Redes de Prestación de Servicios de Salud (REPSS), la prestación de servicios de salud seguirá a cargo de las actuales

redes conformadas por las Empresas Promotoras de Salud y demás Entidades a Cargo del Aseguramiento, sin fragmentación, interrupción de tratamientos o procesos de atención. Ninguna disposición de la presente Ley se deberá ejecutar sin la debida reglamentación, en los términos de los títulos, capítulos y artículos correspondientes.

Parágrafo. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades a Cargo del Aseguramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, podrán transformar sus razones sociales para cumplir con la presente Ley y las reglamentaciones que de ella se deriven incluyendo los criterios de habilitación que se definan por el gobierno nacional, sin desafiliación de ninguno de sus usuarios. Ningún usuario o paciente del Sistema General de Seguridad Social en Salud prescindirá en ningún momento de contar con una Empresa Promotora de Salud, Entidad a Cargo del Aseguramiento o agente gestor.

La movilidad entre Agentes responsables del Aseguramiento podrá hacerse efectiva desde el día uno, de entrada en vigencia de la presente ley. En caso de no autorizarse la operación de un agente gestor en un Departamento o Distrito, los usuarios que hacían parte del mismo o EPS o Entidad a Cargo del Aseguramiento en transformación, deberán ser asignados a otro agente gestor autorizado a operar, de acuerdo con la reglamentación que, para tal fin, expida el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la sanción de esta Ley.

ARTÍCULO 58°. Vigencia. La presente ley rige a partir de su promulgación y modifica todas aquellas que le sean contrarias, sin perjuicio del régimen de transición antes establecido.

De los Honorables Congresistas,



CARLOS ABRAHAM JIMENEZ LOPEZ
Senador de la República



ANDRES EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Contenido

I.	ARTICULADO PROPUESTO AL PROYECTO DE LEY	
II.	EXPOSICIÓN DE MOTIVOS	27
1.	Contexto del sistema de salud colombiano	28
2.	Desempeño del sistema de salud colombiano	31
3.	Equidad en el sistema de salud colombiano	45
4.	Problemas del SGSSS, justificación y objetivo del proyecto de ley	57
5.	Limitaciones del marco legislativo	51
III.	DECLARACION SOBRE CONFLICTO DE INTERESES	68
IV.	REFERENCIA DE FIGURAS	
	Figura 1. Modelo de evaluación del desempeño de los sistemas de salud OMS	
	5	
	Figura 2. Gasto en Salud como porcentaje del PIB en el mundo	6
	Figura 3. Gasto de bolsillo en salud comparativo por países	6
	Figura 4. Incidencia de Dengue en Colombia por 100.000 hab. en riesgo	7
	Figura 5. Tasa de incidencia de Leptospirosis en Colombia 2008-2018	8
	Figura 6. Incidencia de Dengue en Colombia por 100.000 hab. en riesgo	8
	Figura 7. Tasa de mortalidad prematura de las ENT (Neoplasias, Enfermedad Cardiocerebrovascular, Diabetes Mellitus y Enfermedad de las vías respiratorias inferiores) en personas entre 30 a 70 años, entre 2005 y 2018	9
	Figura 8. Prevalencia de Hipertensión Arterial en Colombia, 2012-2019	9
	Figura 9. Prevalencia por Diabetes Mellitus en Colombia, 2005-2018	9
	Figura 10. Tasa de mortalidad por Cáncer de Mama de la mujer en Colombia, 2005- 2018	10
	Figura 11. Tasa de mortalidad por Cáncer de Próstata en Colombia, 2005-2018 (por 100.000 hombres entre 30 a 70 años)	10
	Figura 12. Tasa de mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino en Colombia, 2005- 2018 (por 100.000 mujeres entre 30-70 años)	10
	Figura 13. Tasa de mortalidad por Cáncer de Estómago en Colombia, 2005-2018 (por 100.000 personas entre 30-70 años)	10
	Figura 14. Razón de mortalidad materna en Colombia, 2007-2021	11
	Figura 15. Prevalencia de desnutrición crónica. Colombia, 2005 – 2015	11
	Figura 16. Prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años. Colombia, 2005 – 2015	12
	Figura 17. Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer. Colombia, 2005 - 2018	12



Figura 18. Percepción de la satisfacción global y acceso por parte de los usuarios del SGSSS entre 2014 -2022 13

Figura 19. Tutelas como proporción del número total de personas atendidas por el SGSSS, 2015-2021 14

Figura 20. Listas de espera en los distintos niveles de atención comparativas entre Colombia y Brasil 15

Figura 21. Reducción de inequidades en atención prenatal adecuada entre 1990 y 2020 en el SGSSS. 16

V. LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Comportamiento de las tutelas en salud en Colombia 2000-2021

Contexto del sistema de salud colombiano

Como lo expresa la OECD en su revisión del sistema de salud de nuestro país, Colombia ofrece un ejemplo notable de un progreso rápido hacia la cobertura universal en salud que merece mayor reconocimiento internacional. Ha alcanzado protección financiera contra gastos excesivos en salud para casi todos los ciudadanos, como también un paquete de beneficios igualitario para aquellos dentro y fuera del empleo formal” [1]. En este sentido, se han alcanzado dos de los principales logros trazados con la formulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), establecido por la Ley 100 de 1993, a saber: la cobertura en salud universal para todos los habitantes del país y la protección financiera contra los eventos en salud.

El alcance de tales objetivos hace parte de un contexto reformista del país, sus instituciones y el propio Estado, que se refleja principalmente en la Constitución Política de 1991 (y su proceso previo para su convocatoria) y las reformas que la acompañaron y se derivaron de ella, incluso, la literatura en ciencias políticas ha descrito a Colombia como un “país reformador” [2]. Tales reformas han hecho que el “país incrementó en 9 puntos del PIB el gasto del gobierno central durante los noventa y pasó de tener un Estado pequeño en América Latina a uno grande en el mundo” y, aunque la estructura del sistema de salud implica agentes privados, aproximadamente el 70,6% de su gasto total es gubernamental, para el período 2013 - 2018, lo que determina que Colombia sigue un modelo de financiamiento predominantemente público. (30)

De manera muy significativa, la expansión del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como expresión del alcance social del Estado colombiano, ha sido acelerada en las últimas tres décadas y con una visión profundamente redistributiva y de equidad, pues “las relaciones entre el incremento de la cobertura del seguro de salud y la distribución del ingreso, especialmente la pobreza, se expresan en aspectos relativamente bien documentados.

La afiliación al SGSSS se ha incrementado en todos los quintiles de ingreso, pero más intensamente en los quintiles de menor ingreso, en los cuales predomina el régimen subsidiado” [3].

Ahora bien, como muchas políticas de protección social y como casi todos los sistemas de salud en el mundo, el nuestro enfrenta retos mayores en términos de su sostenibilidad fiscal, calidad y eficiencia, que se traducen en vulneraciones inaceptables del derecho fundamental a la salud. En ese sentido, la presente exposición de motivos, analiza el desempeño del Sistema General de Seguridad Social en Salud, hace énfasis en los elementos y puntos más críticos que lo

disminuyen y limitan y, consecuentemente, permite el planteamiento de soluciones técnicamente soportadas, a través del actual proyecto de Ley.

Desempeño del sistema de salud colombiano

Para poder hacer un análisis objetivo y basado en información relevante y, por tanto, plantear soluciones bien diseñadas de los problemas que el Sistema General de Seguridad Social en Salud presenta, es necesario entender tanto la naturaleza, conformación, como los determinantes del desempeño de los sistemas de salud. Son múltiples los marcos de desempeño para los sistemas de salud, sin embargo, posiblemente el más relevante es el diseñado e implementado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este marco de desempeño parte de varias premisas, a saber:

1. La salud “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹
2. Los sistemas de salud “abarcan todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud” [4].
3. Los sistemas de salud son insuficientes, por sí solos, para el goce pleno del estado de bienestar.

Específicamente, este marco de la OMS evalúa el nivel de alcance de tres objetivos fundamentales:

- i. Enfoque en las personas (experiencia de sus usuarios).
- ii. Mejoramiento de la salud y
- iii. Protección financiera.

A su vez, estos objetivos se logran mediante objetivos intermedios que, en el marco de la calidad en salud, promueven la accesibilidad, efectividad, seguridad, eficiencia y equidad de la atención en salud. Por último, todos estos objetivos, tanto fundamentales como intermedios, se consiguen gracias a unas funciones primarias, esto es, la gobernanza, la adecuada financiación y la prestación de servicios (con calidad) [5].

En este sentido, el análisis general que esta exposición de motivos realiza, se hace sobre el grado de cumplimiento del Sistema General de Seguridad Social de Salud de los tres objetivos fundamentales arriba enunciados. Claro está, este examen está inmerso en nuestro marco legal, jurisprudencial y de valoración social, de la

¹ Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946.

salud como un derecho fundamental, establecido así por la Ley Estatutaria de salud 1751 de 2015. En otras palabras, no se trata de un análisis desprovisto del contexto propio de nuestro país. Esquemáticamente, el marco de evaluación del desempeño de los sistemas de salud de la OMS, se representa así:

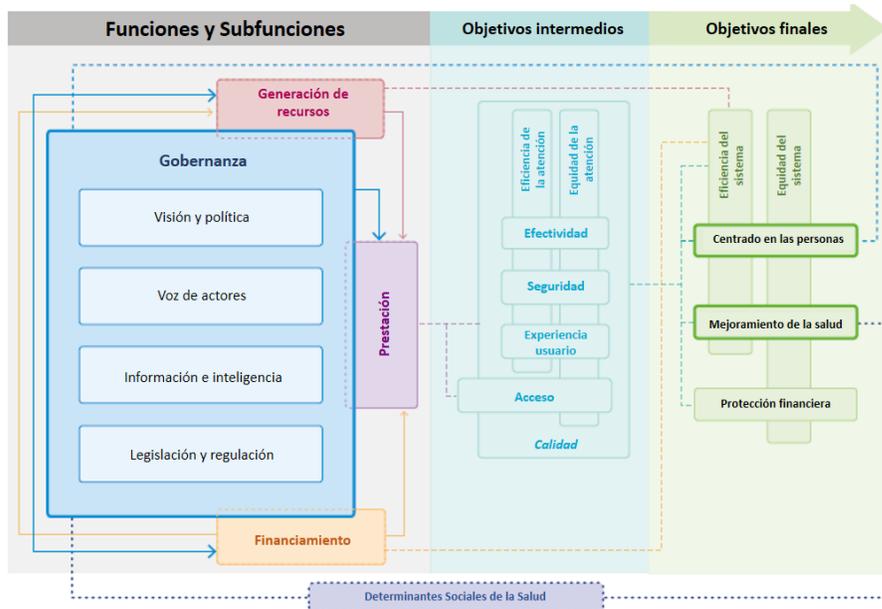


Figura 1. Modelo de evaluación del desempeño de los sistemas de salud OMS Fuente Traducido de Health system performance assessment: a framework for policy analysis, OMS. 2022.

Bajo este marco, entonces y, centrándose en el objetivo fundamental de la protección financiera, como se comentó en la primera sección, el sistema de salud colombiano ha logrado prácticamente la cobertura universal en salud y, ligada y derivada de ésta, presenta una buena protección financiera ante la enfermedad o eventos en salud para toda la población del país. Se puede afirmar que, mientras que la cobertura es una condición *sine qua non* para lograr acceso a servicios de salud de calidad, efectividad y oportunidad, la protección financiera es fundamental para el desarrollo social de cualquier país.

En este sentido y, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el aseguramiento en salud es un medio prometedor para lograr dicha cobertura [6]. En cuanto a la protección financiera, a diferencia de otros sectores, el de la salud presenta un gasto incremental sostenido desde hace más de tres décadas en el mundo, incluso cuando se ajusta por el Producto Interno Bruto de los países, como se puede observar en la figura 2, abajo. Como resultado de lo anterior, cuando los ciudadanos tienen que absorber esta carga financiera creciente, se generan consecuencias deletéreas, y en algunos casos devastadoras, para su poder adquisitivo, condiciones de vida e incluso sustento vital [7,8,9,10], de ahí la gran

importancia de que Colombia cuente con uno de los gastos de bolsillo más bajos del mundo (OECD, 2022), ver figura 3.

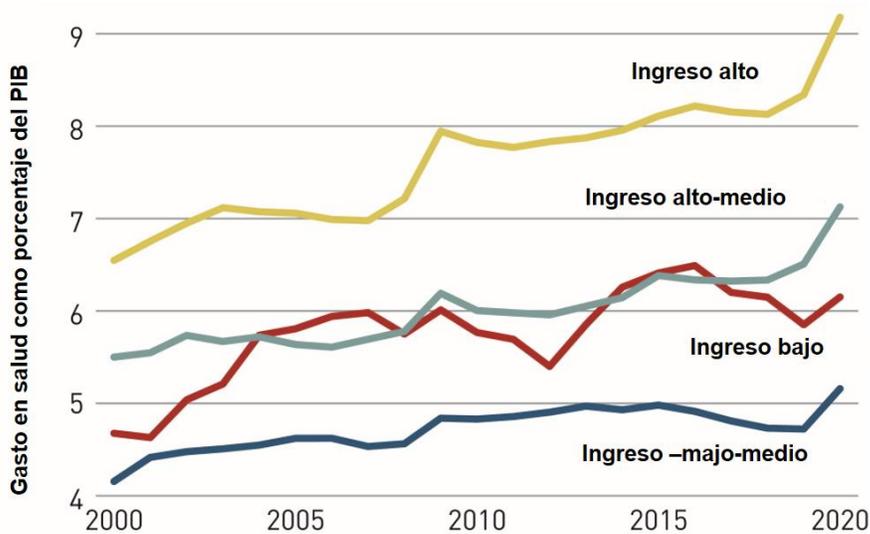


Figura 2. Gasto en Salud como porcentaje del PIB en el mundo
Fuente: The Global Health Expenditure Database (GHED), WHO.

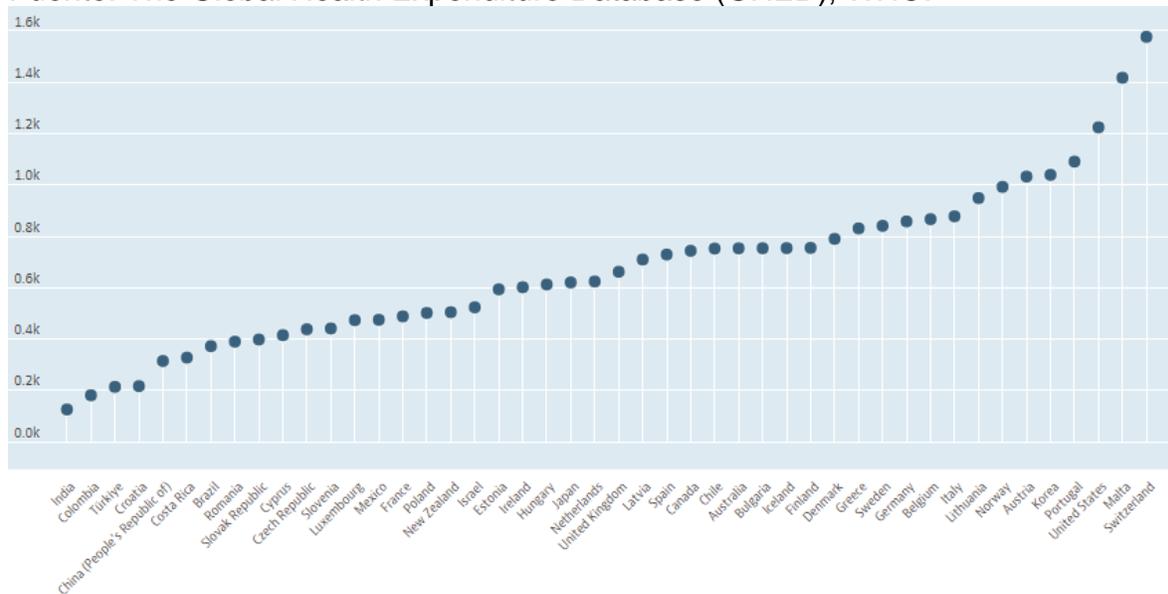


Figura 3. Gasto de bolsillo en salud comparativo por países
Fuente: OECD (2022), Health Spending Indicators.

Complementariamente, estos logros característicos del sistema de salud colombiano, han podido ser aún más determinantes para el progreso social del país pues, aunque “Colombia tiene una alta tasa de inequidad (con un coeficiente Gini de 53,5 en 2012, comparado con un promedio de la OCDE de 32,2), el acceso a servicios de salud es mucho más equitativo” [1]. Esto último ha sido debido a que

el SGSSS ha tenido una implementación en todo el territorio nacional y desde la misma Ley 100 de 1993, éste se ha fundamentado en los principios de solidaridad, universalidad, equidad, entre otros. Cabe mencionar también, que el sistema de salud se ha venido ampliando y perfeccionando de manera progresiva, gracias a la jurisprudencia de la Honorable Corte Constitucional y al propio desarrollo legislativo por la Ley 1438 de 2011, así como a la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, y a la exigibilidad del derecho por parte de los ciudadanos.

Como lo dice la evidencia, “[e]l avance hacia la universalidad del sistema de salud debe ser destacado ya que, en términos de la Organización Mundial de la Salud, este logro permite proteger a las personas de las consecuencias de la enfermedad y del pago de los servicios sanitarios. Así mismo, la universalización de la atención es un aspecto decisivo para seguir avanzando en la materialización del derecho a la salud. Pero, sigue siendo un reto el logro pleno de la universalidad” [3].

La evidencia respalda, entonces, el hecho de que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ha alcanzado un nivel de desempeño superior en los objetivos fundamentales de cobertura en el aseguramiento, y protección financiera de la población en el país, impulsada por la participación de todos los actores.

Pasando al objetivo fundamental de los resultados en salud, es relevante referirse nuevamente a la definición de salud, expuesta previamente. Considerándola como un estado de bienestar, más amplio que la ausencia de enfermedad y, retomada esta conceptualización por el alcance del derecho fundamental a la salud, establecido por la Ley Estatutaria de salud 1751 de 2015, su goce efectivo solo se puede dar por la interacción coordinada y enfocada de múltiples sectores sociales y económicos. Subsecuentemente, el resultado de esta amplia definición es que los sistemas de salud (sanitarios) son insuficientes para alcanzar dicho estado de bienestar y, por tanto, se requiere de la concurrencia de todo un sistema de protección, asistencia, desarrollo social y humano y, en definitiva, múltiples sectores articulados. Un ejemplo de esto es la problemática de mortalidad por desnutrición infantil, la cual es uno de los indicadores más sensibles para medir el grado de desarrollo de un país y una sociedad. Para alcanzar el objetivo de eliminarla, es necesario crear condiciones económicas, disponibilidad de alimentos, adaptaciones culturales a grupos vulnerables y étnicos, accesibilidad, oportunidad y calidad de servicios de salud, entre otros elementos que hacen parte de una gran política de seguridad alimentaria. Como se puede observar, los sistemas de salud, son solo un componente de dicha política y, por tanto, su desempeño por sí solo, aunque es importante, no determina exclusivamente el resultado final.

Es por lo anterior que, la medición de la mejora de la salud se hace con base en indicadores trazadores, algunos de los cuales están más estrechamente ligados a la provisión de servicios de salud y otros, a la dimensión de la salud pública con la necesidad de una participación de otros sectores.

Desde el punto de vista epidemiológico, Colombia enfrenta una doble carga de la enfermedad, producto de la transición demográfica y socioeconómica del país en las últimas décadas [11]. Esto quiere decir que, aún se presenta un impacto significativo por problemas de salud infecciosos, propio de los países y sociedades con bajos niveles de ingreso y un creciente impacto por enfermedades crónicas no transmisibles, más relacionadas con el perfil epidemiológico de países con altos niveles de ingreso.

En cuanto a la primera dimensión (enfermedades infecciosas), si se observa la situación epidemiológica de Dengue en el país, “la tasa de incidencia de dengue ha sido fluctuante desde 1978, con tendencia al incremento a través del tiempo. La tasa de letalidad por dengue grave se comporta de manera similar; pasando de 1,3 % en 1999 a 19 % en el 2016” [12], ver figura 4. Por otro lado, para Leptospirosis y Chagas, la situación es distinta, evidenciándose un descenso pronunciado en la última década (ver figuras 5 y 6).

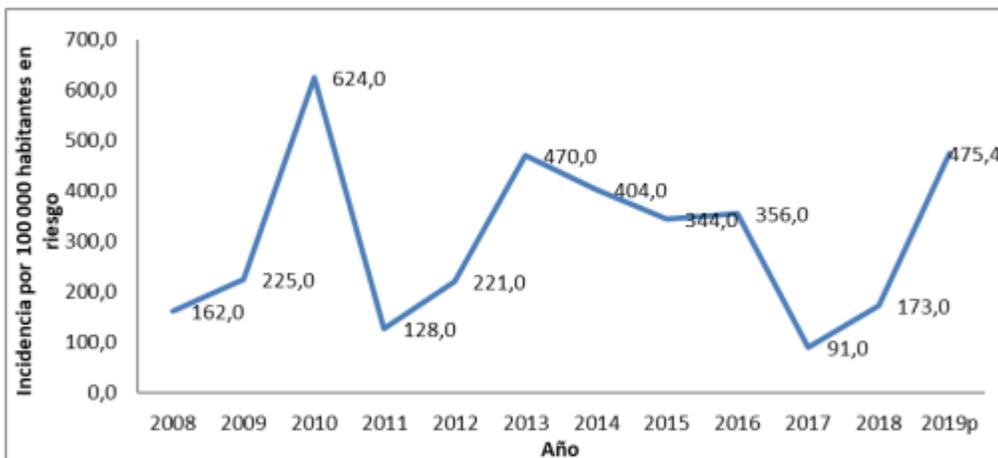


Figura 4. Incidencia de Dengue en Colombia por 100.000 hab. en riesgo
Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.



Figura 5. Tasa de incidencia de Leptospiriosis en Colombia 2008-2018
Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.



Figura 6. Incidencia de Dengue en Colombia por 100.000 hab. en riesgo
Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

Respecto a la situación de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), ésta muestra comportamientos disímiles entre sí. De manera agregada (Neoplasias, Enfermedad Cardio cerebrovascular, Diabetes Mellitus y Enfermedad de las vías respiratorias inferiores) estas enfermedades muestran una tendencia en “U” en el período comprendido entre 2005 y 2018, con un descenso sostenido de su tasa de mortalidad prematura hasta 2011 y un incremento posterior, a partir de ese año. Sin embargo, considerando todo el período de análisis, existe una reducción general, ver figura 7. Desafortunadamente, evaluando grupos de riesgo de especial interés en salud pública, como la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus, se evidencia un aumento de la prevalencia de la primera entre 2012 y 2019 y la mortalidad por la segunda entre 2005 y 2018 (ver figuras 8 y 9).

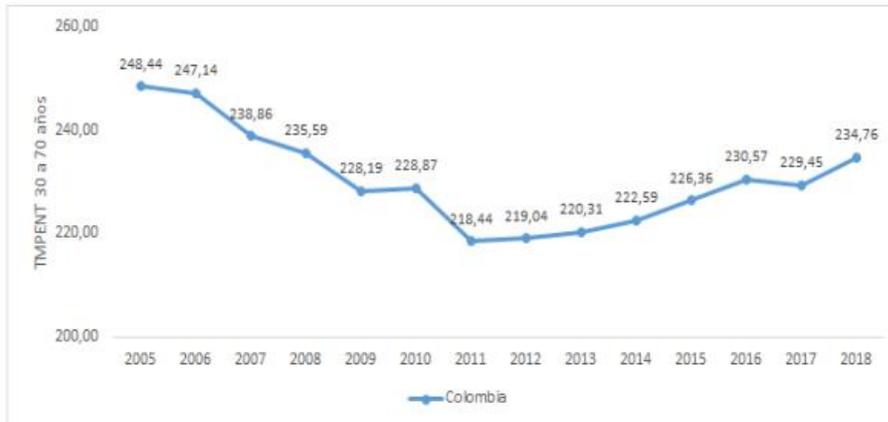


Figura 7. Tasa de mortalidad prematura de las ENT (Neoplasias, Enfermedad Cardio cerebrovascular, Diabetes Mellitus y Enfermedad de las vías respiratorias inferiores) en personas entre 30 a 70 años, entre 2005 y 2018

Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

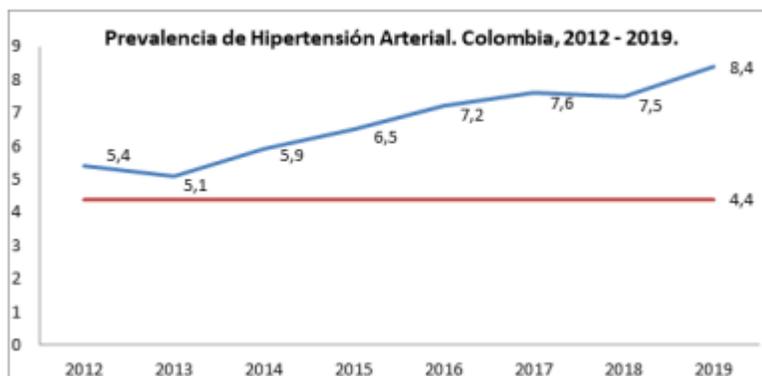


Figura 8. Prevalencia de Hipertensión Arterial en Colombia, 2012-2019

Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

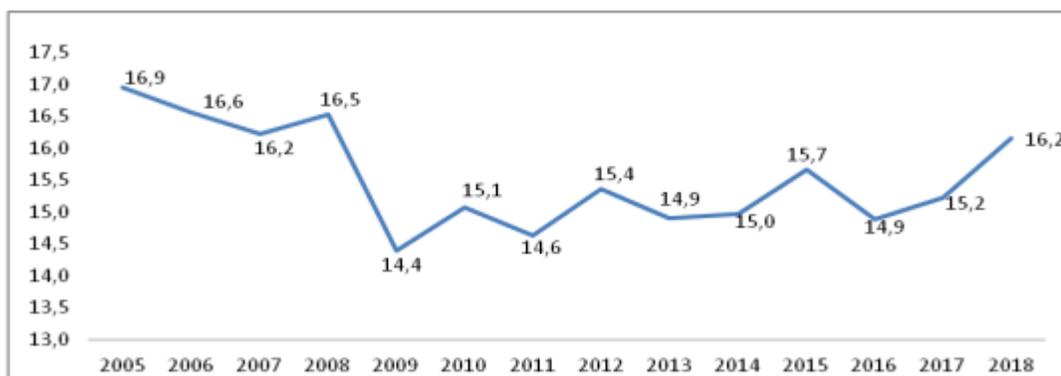


Figura 9. Mortalidad por Diabetes Mellitus en Colombia, 2005-2018

Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

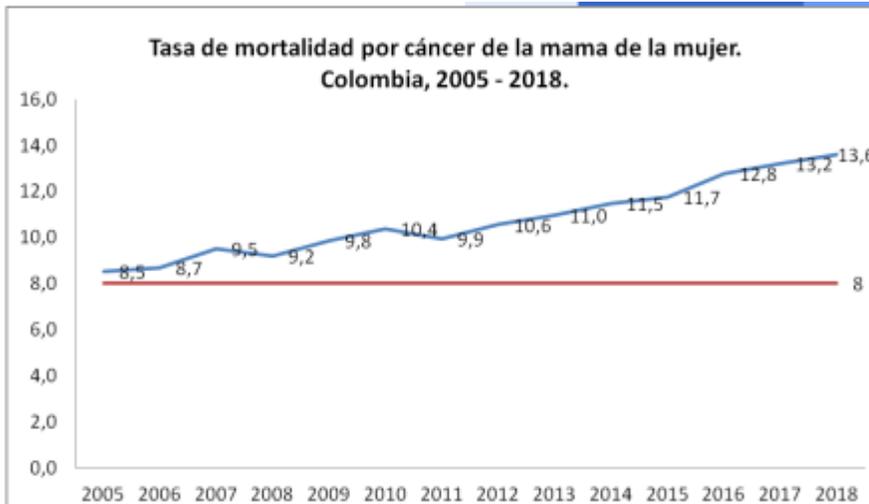


Figura 10. Tasa de mortalidad por Cáncer de Mama de la mujer en Colombia, 2005-2018

Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

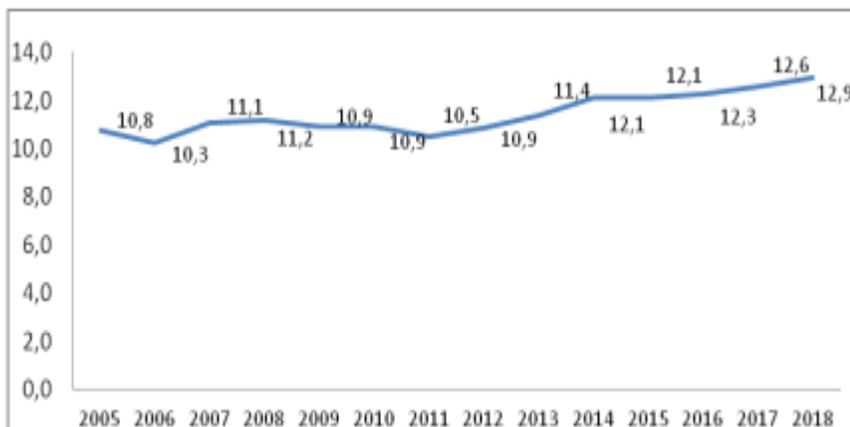


Figura 11. Tasa de mortalidad por Cáncer de Próstata en Colombia, 2005-2018 (por 100.000 hombres entre 30 a 70 años)

Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

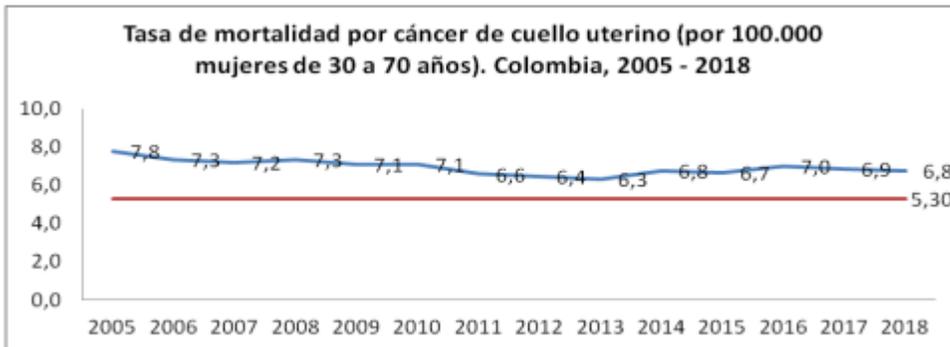


Figura 12. Tasa de mortalidad por Cáncer de Cuello Uterino en Colombia, 2005-2018 (por 100.000 mujeres entre 30-70 años)

Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

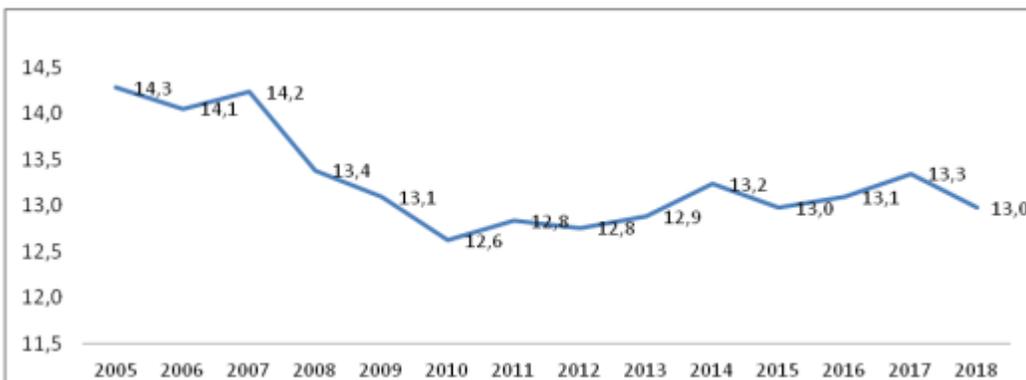


Figura 13. Tasa de mortalidad por Cáncer de Estómago en Colombia, 2005-2018 (por 100.000 personas entre 30-70 años)

Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

Merece una atención particular, la mortalidad materna, pues no solo representa una tragedia desde el punto de vista humano y familiar, sino que es también parte de los Objetivos del Desarrollo Sostenible. El comportamiento de este evento en Colombia muestra una disminución pronunciada entre 2010 a 2018, con un aumento significativo en 2020 y 2021. Este último incremento, tiene relación con el exceso de mortalidad producido por la pandemia y emergencia sanitaria por la Covid-19, y el fenómeno migratorio, además de sus consecuencias socioeconómicas.

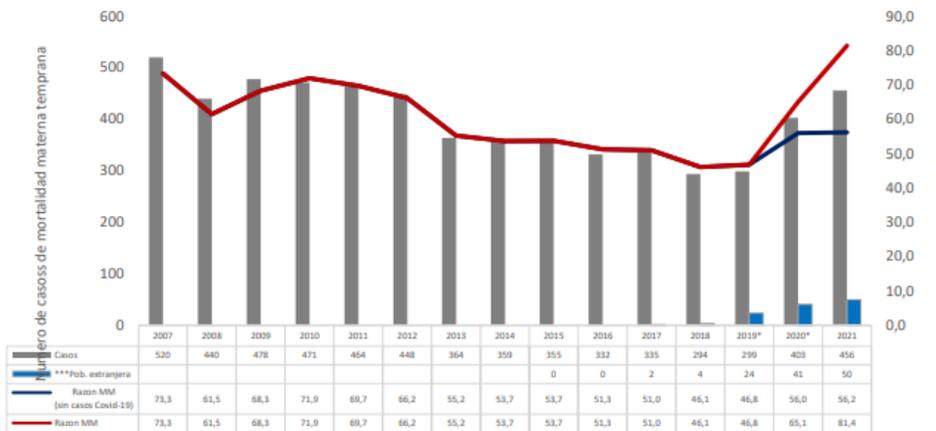


Figura 14. Razón de mortalidad materna en Colombia, 2007-2021

Fuente: Instituto Nacional de Salud (INS), disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20MATERNA%20PE%20XII%202021.pdf>

De forma relacionada, la Cobertura de Gestantes con Captación Temprana de Control Prenatal Muestra en el país muestra una evolución pasando de 19,87% en 2014 a 53,52% en 2019 y la Cobertura de Recién Nacidos Vivos con Sífilis Congénita y Tratamiento Terminado de 16,55% a 46,17% en el mismo periodo de tiempo; indicadores que deberían estar por encima del 90% para dar respuesta, no solo a las metas nacionales, sino también a los mencionados Objetivos del Desarrollo Sostenible en esta materia².

Ahora, tal y como se mencionó previamente, existen un conjunto de indicadores que están mucho más relacionados con el accionar de instituciones de distintos sectores, dentro de un sistema de protección social y bajo la perspectiva de salud pública amplia, entre las cuales, el sistema de salud, aunque importante, es un componente más. Por tanto, su análisis debe hacerse bajo esta lógica, sin embargo, es importante su consideración.

Por un lado, la tasa de prevalencia de desnutrición crónica y desnutrición global en Colombia ha disminuido entre 2005 y 2015, según las fuentes oficiales y mejor diseñadas para su medición, por el otro, el porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer ha aumentado en el periodo comprendido entre 2005 y 2018, ver figuras 15, 16 y 17.

² Fuente: reporte de seguimiento de Protección Específica y detección Temprana, Ministerio de Salud y Protección Social. Consultado el 25-10-2022 de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/gestion-riesgo-individual.aspx>

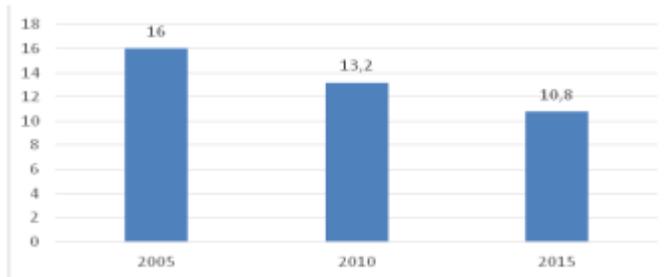


Figura 16. Prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años. Colombia, 2005 – 2015

Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

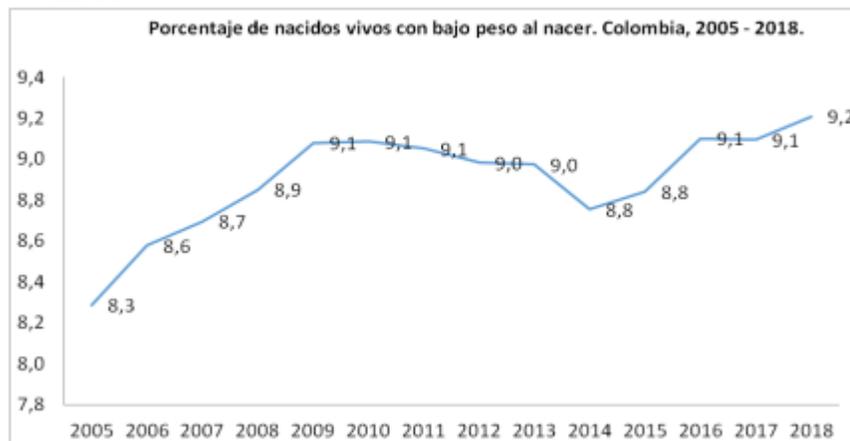


Figura 17. Porcentaje de nacidos vivos con bajo peso al nacer. Colombia, 2005 - 2018

Fuente: Informe Avance Metas Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021, Minsalud.

Como conclusión sobre el desempeño del Sistema General de Seguridad Social en Salud frente al objetivo de mejoramiento de la salud, puede percibirse un nivel discreto u intermedio, con resultados tanto positivos como negativos en varios indicadores trazadores. Como se analizará en la siguiente sección, este nivel de desempeño está asociado a los problemas de gobernanza, falta de coordinación de agentes y fragmentación de servicios y procesos de atención, que impactan negativamente la gestión integral de los riesgos de salud de los individuos y la población y, por tanto, terminan disminuyendo la efectividad de la entrega de dichos servicios.

Finalmente, y en relación al objetivo fundamental del enfoque en las personas y sus expectativas, el nivel de satisfacción global de los usuarios sobre su atención (gestionada por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios-EAPB), ésta ha presentado una tendencia relativamente estable entre 2014 y 2022, con una disminución notoria en la última medición; de forma contraria y, en términos

positivos, en el mismo período de tiempo, el acceso percibido a servicios de salud presenta una tendencia hacia el incremento, ver figura 18.

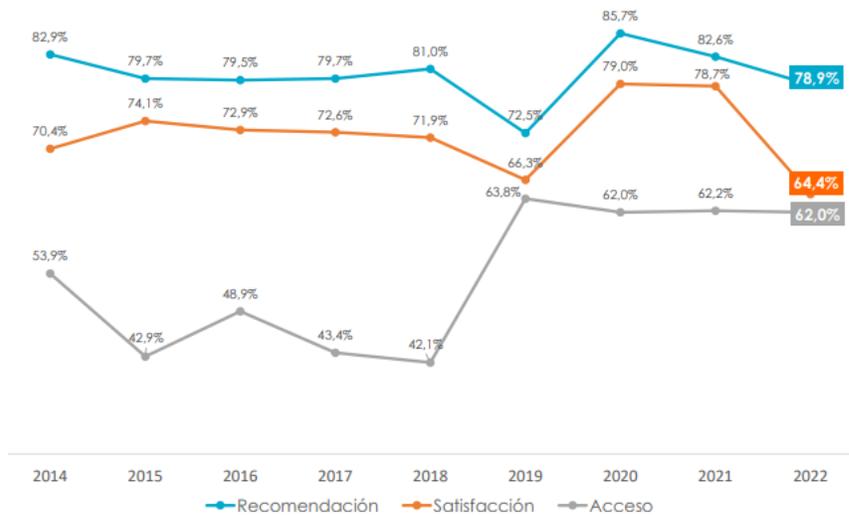


Figura 18. Percepción de la satisfacción global y acceso por parte de los usuarios del SGSSS entre 2014 -2022

Fuente: Estudio Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS-Régimen Contributivo y Subsidiado. Minsalud.

Vale la pena decir que el estudio fuente de la información sobre satisfacción de los usuarios tiene representatividad estadística nacional, departamental y por EPS, es decir, el tamaño y distribución de la muestra de encuestados permite, desde el punto de vista estadístico, que estas personas “hablen por el resto.”

Complementariamente a la medición de percepción y profundizando en la subdimensión de la accesibilidad, aunque desde el punto de vista de la garantía del derecho, en términos generales se evidencia un comportamiento ondulante en la interposición de tutelas en salud, en relación con su crecimiento o decrecimiento anual y un descenso franco, considerando su ajuste por la proporción de pacientes atendidos, ver tabla 1 y figura 19, respectivamente.

Tabla 1. Comportamiento de las tutelas en salud en Colombia 2000-2021

Año	Afiliados	Proyección poblacional	Total tutelas en salud	Crecimiento o tutelas en salud	Tasa-Afiliados por 1000	Tasa-Población
2000	23.017.680	40.295.563	24.843	16,60%	1,1	0,6
2001	23.806.139	40.813.541	34.319	38,10%	1,4	0,8

Año	Afiliados	Proyección poblacional	Total tutelas en salud	Crecimiento o tutelas en salud	Tasa-Afiliados por 1000	Tasa-Población
2002	24.194.854	41.328.824	42.734	24,50%	1,8	1,0
2003	25.413.865	41.848.959	51.944	21,60%	2,0	1,2
2004	30.040.650	42.368.489	72.033	38,70%	2,4	1,7
2005	33.881.988	42.888.592	81.017	12,50%	2,4	1,9
2006	36.461.003	43.405.956	96.226	18,80%	2,6	2,2
2007	38.655.698	43.926.929	107.238	11,40%	2,8	2,4
2008	39.561.521	44.451.147	142.957	33,30%	3,6	3,2
2009	38.681.796	44.978.832	100.490	-29,70%	2,6	2,2
2010	40.047.220	45.509.584	94.502	-6,00%	2,4	2,1
2011	41.899.763	46.044.601	105.947	12,10%	2,5	2,3
2012	42.854.862	46.581.823	114.313	7,90%	2,7	2,5
2013	42.879.901	47.121.089	115.147	0,70%	2,7	2,4
2014	43.515.870	47.661.787	117.746	2,30%	2,7	2,5
2015	44.633.177	48.203.405	150.728	28,00%	3,4	3,1
2016	46.404.041	48.747.708	164.274	9,00%	3,5	3,4
2017	46.161.893	49.291.609	197.655	20,30%	4,3	4,0
2018	46.623.525	49.834.240	207.734	5,10%	4,5	4,2
2019	47.764.493	50.374.478	207.368	-0,18%	4,3	4,1
2020	44.797.533	50.912.429	109.940	-46,98%	2,5	2,2

Año	Afiliados	Proyección poblacional	Total tutelas en salud	Crecimiento o tutelas en salud	Tasa-Afiliados por 1000	Tasa-Población
2021	48.231.850	51.049.498	80.325*	-36,87%	1,6	1,5

Fuente: Informe Anual Acciones de Tutela en Salud - Vigencia 2021, orden 30 de la sentencia T-760 de 2008. Minsalud. 2022

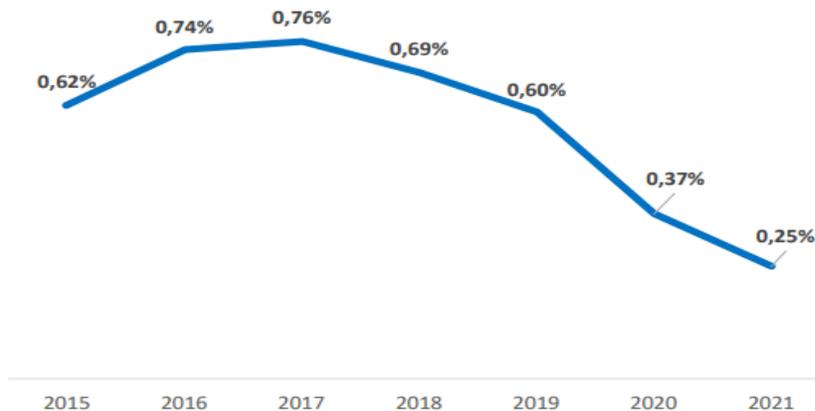


Figura 19. Tutelas como proporción del número total de personas atendidas por el SGSSS, 2015-2021

Fuente: Informe Anual Acciones de Tutela en Salud - Vigencia 2021, orden 30 de la sentencia T-760 de 2008. Minsalud. 2022

Analizando la motivación para la interposición de tutelas, el 74,3% de ellas se acciona por la postergación, falta de oportunidad o negación de servicios de salud, de las cuales, la mayor proporción corresponde a demoras en la autorización o realización de procedimientos quirúrgicos, seguido por demoras en la autorización de medicamentos o tecnologías en salud [13]. Es imperativo decir en este punto que, dentro de estas acciones de tutelas, se encuentran demoras que atentan directamente con la vida de las personas, su dignidad y el derecho fundamental a la salud.

Estas barreras de acceso efectivo a los servicios de salud, que han motivado la acción de tutela como mecanismo para proteger el derecho a la salud, generaron que, en el año 2008, la Corte Constitucional emitiera la Sentencia T-760, por la cual se reconoció la salud como derecho fundamental. Allí se establecieron medidas para garantizar el goce efectivo, así como para cumplir con la cobertura universal y con el acceso efectivo de la población a los servicios de salud. La Sentencia T-760 es un hito en la historia del sistema de salud colombiano, toda vez que constituye la salud como un derecho fundamental autónomo y no en conexidad con otros derechos como el derecho a la vida.

Como resultado, nuevamente, se observa un desempeño del SGSSS intermedio respecto al objetivo fundamental de enfoque sobre las expectativas de los usuarios. En definitiva, se puede decir que el sistema de salud colombiano presenta avances muy notables, respecto de algunos de sus objetivos fundamentales e intermedios y, al mismo tiempo, enfrenta retos de mejora, sobre todo en lo relativo a los resultados en salud de ciertos grupos de riesgo y su experiencia de la atención, respectiva.

Finalmente, resulta importante mencionar que, de forma muy significativa, la Organización Mundial de la Salud (OMS), bajo este mismo marco de evaluación del desempeño y con un cálculo exhaustivo y cuantitativo del alcance de los tres objetivos fundamentales, los objetivos intermedios y las funciones de los sistemas de salud, en su Reporte Mundial del año 2000, posicionó a Colombia en el puesto 22 dentro de sus más de 190 Estados Miembros [4].

Equidad en el Sistema de Salud Colombiano

Dentro del marco de desempeño de la OMS y la agenda global, tanto de esta organización, como todo el sistema de Naciones Unidas y cooperación internacional, es especialmente relevante el papel que la equidad tiene como imperativo de las políticas sociales de los países. Bien lo expone la Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS), “[s]i la misión de la salud pública consiste en satisfacer a plenitud los intereses de la sociedad en asegurar las condiciones por las cuales las personas pueden ser saludables, entonces tal misión -nuestra misión- debe orientarse primordialmente a mitigar las profundas y ubicuas inequidades sociales, económicas y ambientales que perpetúan un mundo de desigualdades arbitrarias e injustas en las oportunidades de los ciudadanos de realizar plenamente una vida saludable, digna y gratificante” [14].

El sistema de salud de nuestro país ha tenido un especial énfasis en la equidad, no solo como principio legal y regulatorio, sino como base de su expansión universal en todo el territorio nacional, especialmente en los más vulnerables. Céspedes et al., consideran que “las evidencias analizadas sugieren una mejora sustantiva en la equidad en los servicios de salud en Colombia, como resultado de la reforma en salud” [15].

La afiliación al sistema, como primer elemento de accesibilidad, ha sido un instrumento para que “los principales beneficiados de la ampliación de la cobertura en salud [hayan] sido las zonas rurales, las regiones menos desarrolladas y los quintiles más bajos de la población, lo cual ha cerrado las brechas de inequidad por zona de residencia, región geográfica y quintil de riqueza...la diferencia en la afiliación entre las áreas urbanas y rurales prácticamente desaparece” [16]. Más aún, el “aseguramiento en salud es el instrumento mediante el cual Colombia pretende superar la principal barrera de acceso a los servicios de salud para sus

ciudadanos más pobres: la imposibilidad de pago. Por ende, un incremento en la cobertura del aseguramiento, de ser eficaz, debe estar acompañado por un incremento concomitante en la prestación real de servicios para ellos” [17].

Precisamente, en relación a esto último, la evidencia sugiere avances importantes en accesibilidad de servicios de salud de manera equitativa por el SGSSS, De la Torre et al., estiman que “se ha hecho un progreso significativo, tanto en Brasil, como Colombia, en expandir el acceso general a intervenciones de salud materna, especialmente entre los segmentos más pobres de la población” [18]. En otra comparación de estos dos países, se observa como el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia presenta, sistemáticamente, menores listas de espera en todos los niveles de atención [19], como se puede observar en la siguiente gráfica:

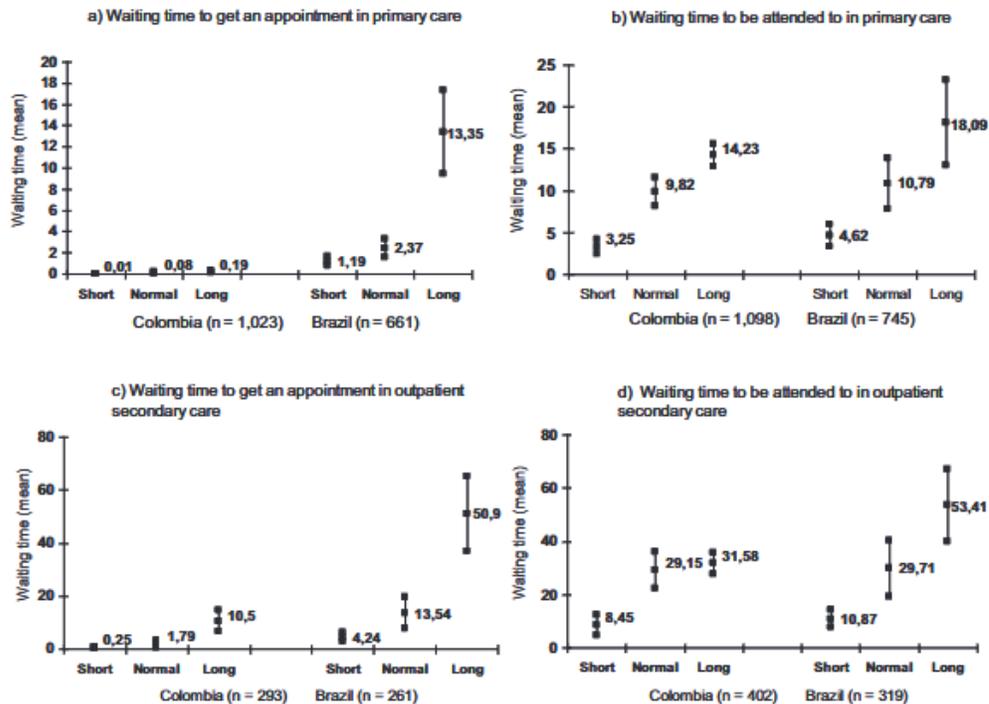


Figura 20. Listas de espera en los distintos niveles de atención comparativas entre Colombia y Brasil

Fuente: Tomado de Garcia-Subirats, I., Vargas, I., Mogollón-Pérez, A. S., De Paepe, P., da Silva, M. R. F., Unger, J. P., & Vázquez, M. L. Barriers in access to healthcare in countries with different health systems. A cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Social science & medicine*, 106, 204-213. 2014

Es relevante como, en términos generales, la evidencia también ha establecido que Colombia es uno de los países que “ha mostrado las mejoras más grandes en

acceso a servicios de diagnóstico en cáncer en América Latina, con niveles de utilización de servicios por encima del promedio regional y menor inequidad entre los grupos de distintos ingresos que la media regional” [20] o, que a pesar de que aproximadamente el 65% de los menores de 18 años en el país vive a más de dos (2) horas de distancia de una institución que provea servicios de cirugía cardíaca pediátrica, lo que constituye una barrera geográfica per se al acceso de servicios sanitarios, “el país parece tener la capacidad de brindar atención oportuna y de alta calidad a quienes la necesitan” [21].

En este orden de ideas, por ejemplo, durante la segunda década de implementación del actual SGSSS, “las brechas que se presentan al principio de esta década en términos de uso de atención profesional se han cerrado tanto en áreas rural y urbana, entre regiones, como entre quintiles de pobreza. Los grupos menos favorecidos socialmente — rurales, pobres y de regiones menos desarrolladas — mejoraron relativamente más en el uso de atención médica dada una necesidad.

Los avances en equidad se dan entre grupos socioeconómicos, en donde la brecha entre los más ricos y los más pobres baja de 1,56 a 1,15...claramente, el nivel promedio de atención profesional en salud dada una necesidad aumentó poco en la población, pero todas inequidades bajan, especialmente aquellas entre grupos por nivel de riqueza” [16].

Otro ejemplo de este aumento con enfoque de equidad de acceso del sistema de salud, desde sus primeros 20 años de implementación, está evaluado en la atención prenatal adecuada, en donde es “evidente el avance en nivel de incidencia, pero especialmente marcado es el descenso en las inequidades durante las dos décadas. Por región, prácticamente se eliminaron las inequidades” [16]. Esto se puede observar en la siguiente figura:

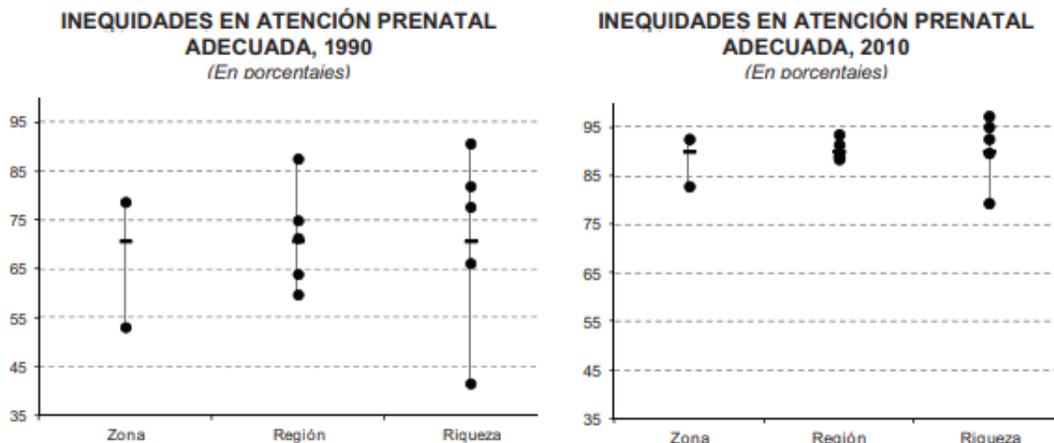


Figura 21. Reducción de inequidades en atención prenatal adecuada entre 1990 y 2010 en el SGSSS.

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

Se puede decir, entonces que, de manera agregada, el sistema de salud colombiano ha expandido, de forma muy considerable, el aseguramiento en salud y, de la mano de éste, se ha incrementado de manera universal el acceso a servicios de salud, con un enfoque en la población más pobre y vulnerable, que antes de 1993 no tenía aseguramiento y, cuya accesibilidad, estaba precarizada a una oferta fuertemente limitada.

Ahora bien, es igualmente cierto que este incremento de accesibilidad con cierre de brechas en equidad, no está exento de problemas y subgrupos de la población que siguen mostrando brechas de desigualdad en esta materia. La misma evidencia que ha soportado tan importantes avances, muestra que, en ciertos segmentos de usuarios o grupos de riesgo, existen aún condiciones de acceso diferencial y, por tanto, persisten retos y problemas de inequidad en salud.

Por ejemplo, en el grupo de riesgo de cáncer de mama (que ha tenido un pobre comportamiento en la dimensión de resultados en salud, en el marco del desempeño del SGSSS), “la condición de afiliación como factor facilitador del acceso real al tratamiento para cáncer de seno genera inequidades en contra de los grupos sociales más vulnerables, toda vez que deja de lado las características estructurales de la prestación de los servicios que determinan su disponibilidad” [22]. De igual manera, a pesar el aumento en cobertura general, aun se pueden apreciar “inequidades pro-riqueza a todas las cuatro intervenciones de salud materna claves” [18]. En la siguiente sección se analizarán las causas de estas desviaciones, que medidas como desigualdades en la accesibilidad de la atención, causan los resultados de desempeño más limitado en sus respectivos grupos de riesgo.

Por otro lado, el presente análisis de cierre de brechas de inequidad, como un punto muy relevante del desempeño del SGSSS, tiene mayor relevancia si se toma en cuenta que el gasto total en salud, como porcentaje del PIB en Colombia, ha venido creciendo hasta convertirse en alrededor del 7,7%, mientras que otros países con desempeños de sus sistemas de salud inferiores destinan recursos mucho más elevados, por ejemplo, Argentina (9,5%), Australia (9.9%), Brasil (9,5%), Estados Unidos (16,7%) [23]. Esto quiere decir, en otras palabras, que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), presenta un nivel de eficiencia muy superior al de otros países, algunos de ellos incluso, del grupo de renta alta e industrializados.

Problemas del SGSSS, justificación y objetivo del proyecto de ley

De acuerdo con la sección anterior, si bien es cierto el sistema de salud colombiano presenta un nivel de desempeño sobresaliente en cobertura, protección financiera

a la población y, en función de los recursos disponibles, por ejemplo, gasto en salud como porcentaje del PIB, también es cierto que existen indicadores trazadores en las dimensiones de resultados en salud y experiencia de la atención que preocupan sobremanera, por ejemplo, la mortalidad por cáncer de mama.

De acuerdo con la mejor evidencia de salud pública disponible, en gran medida, los problemas de atención del sistema de salud, evidenciados en la primera sección de esta exposición de motivos, son producto de la complejidad de la estructura del SGSSS. Esta estructura, con multiplicidad de agentes, desencadena una doble descentralización, a saber: la descentralización política y la descentralización corporativa [24]. A este respecto, es imperativo que los agentes se encuentren articulados y debidamente coordinados, pues “el adecuado funcionamiento del sistema de salud exige que los tres elementos (espacio de decisión, capacidad y rendición de cuentas) estén alineados. Por ejemplo, si se delegan funciones a entidades que carecen de la capacidad para ejercerlas, habrá problemas” [24].

La mencionada descentralización, que se traduce en una gobernanza y rectoría con profundas limitaciones, sumada a la presencia de fallas de mercado dentro de las relaciones transaccionales de los agentes al interior del SGSSS, ha afectado el desempeño nacional y local del mismo [25], lo que se ha reflejado en introducción de barreras de acceso a servicios de salud, por parte de los agentes del aseguramiento y la prestación; poca o nula planificación de las redes de atención, suficiencia de infraestructura y talento humano con visión de mediano y largo plazo; fragmentación de los procesos de atención; retos para la sostenibilidad fiscal a mediano y largo plazo; problemas de transparencia y rendición de cuentas; entre otros problemas [26].

Paradójicamente, es este mismo arreglo el responsable de la necesaria modulación de los crecientes gastos en salud, promoviendo el uso eficiente y pertinente de los recursos del SGSSS, dentro de la autonomía médica y profesional. Existe a lo largo de la cadena de valor del sistema, múltiples puntos de auditoría que, aunque no están exentos de subjetividades, controversias y dificultades, son necesarios en cualquier sistema de salud para evitar la sobreutilización de recursos y colocar en riesgo su sostenibilidad [27].

Esta compleja problemática se evidencia principalmente sobre i. los escenarios de las actividades de salud pública, a saber, la promoción de la salud y la prevención primaria y; ii. en la integralidad, oportunidad y calidad de la atención de grupos de riesgo con necesidades de articulación entre los niveles básicos y complementarios, como Cáncer.

En cuanto a la primera dimensión, salud pública, Guerrero, Prada S. & Chernichovsky, “[e]n salud pública y prevención se trazaron unas líneas horizontales para delimitar competencias entre EPS y entidades territoriales con

base en unos criterios abstractos. En la vida real las enfermedades atraviesan las líneas y se generan problemas de coordinación y conflictos” [24] y “la coordinación entre actores es un problema recurrente. Está asociado al número de actores presente en cada función, a la claridad de las reglas de juego, y a los incentivos que enfrentan los actores del sistema” [24].

Complementariamente, desde la visión del adecuado uso de los recursos y su transparencia, “[p]reocupa en mayor grado el comportamiento que ha tenido dentro del sistema el nivel municipal. A la fecha, más del 60% de los 1,079 municipios del país se encuentran bajo investigación por desviación y uso indebido de recursos. Este marcado fenómeno de pobre gestión y, en muchos casos, de corrupción, ha permitido que adquiera fuerza la recomendación de “centralizar” en el nivel departamental muchas de las atribuciones que en materia de financiación y contratación tiene hoy el municipio” [17].

De otra parte, en lo respectivo a la segunda dimensión de la gestión del riesgo de ciertos grupos poblacionales, la evidencia pone de manifiesto que “[e]n los municipios no se ha realizado vigilancia de las actividades de promoción y prevención del [paquete de beneficios] por instancias como la Superintendencia en Salud, el Ministerio de salud, las Secretarías Departamentales o Direcciones Locales en Salud sobre las aseguradoras en salud. El control, se limita a la intervención en casos puntuales originados en las quejas y reclamos. Además, no hay claridad en la institución responsable de esta función” [28].

A partir de esta evidencia, se puede concluir que los principales puntos críticos de la problemática del SGSSS, los siguientes:

1. La débil gobernanza y rectoría sobre los agentes del sistema de salud, tanto del Ministerio de Salud y Protección Social, como de las Entidades Territoriales de Salud.
2. La falla en los incentivos, dentro del complejo arreglo institucional del sistema de salud, para la coordinación de los agentes, en especial en lo relacionado con la salud pública y grupos de riesgo que requieren mayormente de ella.
3. La limitada o nula capacidad para planear, de forma agregada, la infraestructura, suficiencia y talento humano para la salud, tanto nacional, como regional y localmente.

En consecuencia, este proyecto de Ley tiene por objetivo, reorganizar la arquitectura del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las competencias y relaciones funcionales de y entre los agentes del mismo, además de otros sectores, enfocándose en: i.) fortalecer la gobernanza y rectoría de todo el sistema; ii). Proporcionar un nuevo arreglo institucional entre los agentes del sistema, donde más se necesita, para garantizar su coordinación, eficiencia y buen desempeño y, iii). Generar nuevas capacidades de planeación de los recursos físicos, financieros y de talento humano para el sistema de salud y sus agentes, y de esta manera

garantizar el acceso efectivo a servicios de salud para toda la población, en el marco del goce efectivo del derecho fundamental a la salud, dispuesto por la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015.

En este sentido, es importante decir que, uno de los instrumentos técnicos más poderosos para lograr la coordinación de agentes, en búsqueda de resultados en salud y eficiencias, es la Gestión Integral del Riesgo en Salud, tanto de los individuos como de la población, definida ésta como “una estrategia para anticiparse a los eventos de interés en salud pública, las enfermedades y los traumatismos para que no se presenten o si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para mitigar o acortar su evolución y sus consecuencias” [29].

Es por esto que, este proyecto de Ley, hace especial énfasis en la generación de capacidades institucionales y funcionales en todo el SGSSS de Gestión Integral del Riesgo, aportando así al desarrollo de los tres enfoques arriba descritos. Finalmente, y como se ha visto a lo largo de esta exposición de motivos, el presente proyecto de Ley busca implementar cambios sobre el SGSSS para abordar sus problemas, basados en la mejor evidencia disponible, pero al mismo tiempo, reconociendo sus logros y progresos, pues estos han representado mejoras en la salud y dignidad de millones de personas en Colombia. Bajo esta perspectiva, se atiende además a los posibles riesgos de traumatismos en la atención en salud en el país, producto de transformaciones poco sustentadas o apresuradas al sistema, entendiendo que las mejores reformas son aquellas que se construyen sobre avances previos.

Limitaciones del marco legislativo

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), como parte del Sistema de Seguridad Social Integral, fue creado por la Ley 100 de 1993. El arreglo institucional de esta Ley establece que “[e]l Sistema General de Seguridad Social en Salud está bajo la orientación, regulación, supervisión, vigilancia y control del Gobierno Nacional y del Ministerio de Salud y atenderá las políticas, planes, programas y prioridades del Gobierno en la lucha contra las enfermedades y en el mantenimiento y educación, información y fomento de la salud y la salud de conformidad con el plan de desarrollo económico y social y los planes territoriales”, mientras que “[l]as Entidades Promotoras de Salud [EPS] tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las instituciones prestadoras.

La consecuencia de esto es que, durante las casi tres décadas de implementación, las EPS han buscado cumplir con sus funciones de Ley sin una estructura propiamente de coordinación, con capacidad de injerencia administrativa, en caso de necesidad, que tenga por objetivo la corrección de desviaciones en los procesos

de atención, antes de materializarse una vulneración del derecho fundamental a la salud.

Por su parte, la Ley 715 de 2001, lista las competencias de la Nación en salud así:
“Artículo 42. Competencias en salud por parte de la Nación. Corresponde a la Nación la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional, de acuerdo con la diversidad regional y el ejercicio de las siguientes competencias, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:

42.1. Formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud y coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación.

42.2. Impulsar, coordinar, financiar, cofinanciar y evaluar programas, planes y proyectos de inversión en materia de salud, con recursos diferentes a los del Sistema General de Participaciones.

42.3 Expedir la regulación para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

42.4. Brindar asesoría y asistencia técnica a los departamentos, distritos y municipios para el desarrollo e implantación de las políticas, planes, programas y proyectos en salud.

42.5. Definir y aplicar sistemas de evaluación y control de gestión técnica, financiera y administrativa a las instituciones que participan en el sector y en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; así como divulgar sus resultados, con la participación de las entidades territoriales.

42.6. Definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el Sistema Integral de Información en Salud y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, con la participación de las entidades territoriales.

42.7. Reglamentar, distribuir, vigilar y controlar el manejo y la destinación de los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las competencias de las entidades territoriales en la materia.

42.8. Establecer los procedimientos y reglas para la intervención técnica y/o administrativa de las instituciones que manejan recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sea para su liquidación o administración a través de la Superintendencia Nacional de Salud en los términos que señale el reglamento. El Gobierno Nacional en un término máximo de un año deberá expedir la reglamentación respectiva.

42.9. Establecer las reglas y procedimientos para la liquidación de instituciones que manejan recursos del sector salud, que sean intervenidas para tal fin.

42.10. Definir en el primer año de vigencia de la presente ley el Sistema Único de Habilitación, el Sistema de Garantía de la Calidad y el Sistema Único de Acreditación de Instituciones Prestadoras de Salud, Entidades Promotoras de Salud y otras Instituciones que manejan recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

42.11. *Establecer mecanismos y estrategias de participación social y promover el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud.*

42.12. *Definir las prioridades de la Nación y de las entidades territoriales en materia de salud pública y las acciones de obligatorio cumplimiento del Plan de Atención Básica (PAB), así como dirigir y coordinar la red nacional de laboratorios de salud pública, con la participación de las entidades territoriales.*

42.13 *Adquirir, distribuir y garantizar el suministro oportuno de los biológicos del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), los insumos críticos para el control de vectores y los medicamentos para el manejo de los esquemas básicos de las enfermedades transmisibles y de control especial.*

42.14. *Definir, implantar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud. En ejercicio de esta facultad regulará la oferta pública y privada de servicios, estableciendo las normas para controlar su crecimiento, mecanismos para la libre elección de prestadores por parte de los usuarios y la garantía de la calidad; así como la promoción de la organización de redes de prestación de servicios de salud, entre otros.*

42.15. *Establecer, dentro del año siguiente a la vigencia de la presente ley, el régimen para la habilitación de las instituciones prestadoras de servicio de salud en lo relativo a la construcción, remodelación y la ampliación o creación de nuevos servicios en los ya existentes, de acuerdo con la red de prestación de servicios pública y privada existente en el ámbito del respectivo departamento o distrito, atendiendo criterios de eficiencia, calidad y suficiencia.*

42.16. *Prestar los servicios especializados a través de las instituciones adscritas: Instituto Nacional de Cancerología, el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta y los Sanatorios de Contratación y Agua de Dios, así como el reconocimiento y pago de los subsidios a la población enferma de Hansen, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. La Nación definirá los mecanismos y la organización de la red cancerológica nacional y podrá concurrir en su financiación. Los Sanatorios de Agua de Dios y Contratación prestarán los servicios médicos especializados a los enfermos de Hansen. Los departamentos de Cundinamarca y Santander podrán contratar la atención especializada para vinculados y lo no contemplado en el POS-Subsidiado con los Sanatorios de Agua de Dios y Contratación.*

42.17. *Expedir la reglamentación para el control de la evasión y la elusión de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y las demás rentas complementarias a la participación para salud que financian este servicio.*

42.18. *Reglamentar el uso de los recursos destinados por las entidades territoriales para financiar los tribunales seccionales de ética médica y odontológica;*

42.19. *Podrá concurrir en la financiación de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a su cargo.*

42.20. *Concurrir en la afiliación de la población pobre al régimen subsidiado mediante apropiaciones del presupuesto nacional, con un cuarto de punto (0.25) de lo aportado por los afiliados al régimen contributivo.”*

Así mismo, la precitada Ley establece las siguientes competencias para el mismo sector de los Departamentos y Distritos:

“Artículo 43. Competencias de los departamentos en salud. Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

43.1. De dirección del sector salud en el ámbito departamental.

43.1.1. Formular planes, programas y proyectos para el desarrollo del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en armonía con las disposiciones del orden nacional.

43.1.2. Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar, en el ámbito departamental las normas, políticas, estrategias, planes, programas y proyectos del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que formule y expida la Nación o en armonía con éstas.

43.1.3. Prestar asistencia técnica y asesoría a los municipios e instituciones públicas que prestan servicios de salud, en su jurisdicción.

43.1.4. Supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud, y administrar los recursos del Fondo Departamental de Salud.

43.1.5. Vigilar y controlar el cumplimiento de las políticas y normas técnicas, científicas y administrativas que expida el Ministerio de Salud, así como las actividades que desarrollan los municipios de su jurisdicción, para garantizar e l logro de las metas del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes.

43.1.6. Adoptar, implementar, administrar y coordinar la operación en su territorio del sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el Sistema.

43.1.7. Promover la participación social y la promoción del ejercicio pleno de los deberes y derechos de los ciudadanos en materia de salud y de seguridad social en salud.

43.1.8. Financiar los tribunales seccionales de ética médica y odontológica y vigilar la correcta utilización de los recursos.

43.1.9. Promover planes, programas, estrategias y proyectos en salud para su inclusión en los planes y programas nacionales.

43.1.10. Ejecutar las acciones inherentes a la atención en salud de las personas declaradas por vía judicial como inimputables por trastorno mental o inmadurez psicológica, con los recursos nacionales de destinación específica que para tal efecto transfiera la Nación.

43.2. De prestación de servicios de salud

43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la

demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

43.2.2. Financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental.

43.2.3. Adoptar, difundir, implantar, ejecutar y evaluar la Política de Prestación de Servicios de Salud, formulada por la Nación.

43.2.4. Organizar, dirigir, coordinar y administrar la red de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas en el departamento.

43.2.5. Concurrir en la financiación de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a su cargo.

43.2.6. Efectuar en su jurisdicción el registro de los prestadores públicos y privados de servicios de salud, recibir la declaración de requisitos esenciales para la prestación de los servicios y adelantar la vigilancia y el control correspondiente.

43.2.7. Preparar el plan bienal de inversiones públicas en salud, en el cual se incluirán las destinadas a infraestructura, dotación y equipos, de acuerdo con la Política de Prestación de Servicios de Salud.

43.2.8. Vigilar el cumplimiento de las normas técnicas dictadas por la Nación para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de los centros de bienestar de anciano.

43.3. De Salud Pública

43.3.1. Adoptar, difundir, implantar y ejecutar la política de salud pública formulada por la Nación.

43.3.2. Garantizar la financiación y la prestación de los servicios de laboratorio de salud pública directamente o por contratación.

43.3.3. Establecer la situación de salud en el departamento y propender por su mejoramiento.

43.3.4. Formular y ejecutar el Plan de Atención Básica departamental.

43.3.5. Monitorear y evaluar la ejecución de los planes y acciones en salud pública de los municipios de su jurisdicción.

43.3.6. Dirigir y controlar dentro de su jurisdicción el Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

43.3.7. Vigilar y controlar, en coordinación con el Instituto Nacional para la Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, y el Fondo Nacional de Estupefacientes, la producción, expendio, comercialización y distribución de medicamentos, incluyendo aquellos que causen dependencia o efectos psicoactivos potencialmente dañinos para la salud y sustancias potencialmente tóxicas.

43.3.8. Ejecutar las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente que afectan la salud humana, y de control de vectores y zoonosis de competencia del sector salud, en coordinación con las autoridades

ambientales, en los corregimientos departamentales y en los municipios de categorías 4ª, 5ª y 6ª de su jurisdicción.

43.3.9. Coordinar, supervisar y controlar las acciones de salud pública que realicen en su jurisdicción las Entidades Promotoras de Salud, las demás entidades que administran el régimen subsidiado, las entidades transformadas y adaptadas y aquellas que hacen parte de los regímenes especiales, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud e instituciones relacionadas.

43.4. De Aseguramiento de la Población al Sistema General de Seguridad Social en Salud

43.4.1. Ejercer en su jurisdicción la vigilancia y el control del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en los regímenes de excepción definidos en la Ley 100 de 1993.

43.4.2. En el caso de los nuevos departamentos creados por la Constitución de 1991, administrar los recursos financieros del Sistema General de Participaciones en Salud destinados a financiar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable de los corregimientos departamentales, así como identificar y seleccionar los beneficiarios del subsidio y contratar su aseguramiento.”

Nuevamente y, aunque reglamentariamente pudiera existir una oportunidad regulatoria, quedan ausentes competencias directas, tanto de la Nación, como de las Entidades Territoriales de Salud, para coordinar efectivamente a los agentes y, sobre todo, planear la infraestructura, suficiencia y talento humano para la salud de todo el SGSSS. En este sentido, se llama la atención que, aunque los Departamentos tienen la facultad de gestionar la red pública hospitalaria, a octubre de 2022, el 45,8% de la población del país pertenece (y por tanto, utiliza la red) al régimen contributivo.³

Por último, la Ley 1438 de 2011 no solo tampoco establece un mecanismo claro de coordinación, sino que refuerza la fragmentación de las intervenciones en salud pública entre las Entidades Territoriales de Salud y las Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), disponiendo:

“Los gobernadores y alcaldes contratarán las acciones colectivas de salud pública de su competencia con las redes conformadas en el espacio poblacional determinado por el municipio con base en la reglamentación establecida por el Ministerio de la Protección Social, para la prestación de servicios de salud, conforme a la estrategia de Atención Primaria en Salud. las Entidades Promotoras de Salud garantizarán la prestación de las intervenciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, vigilancia epidemiológica y atención de las enfermedades de interés en salud pública, del Plan de Beneficios con las redes definidas para una población y espacio determinados.”

³ Ministerio de Salud y Protección Social, datos SISPRO, disponibles en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

A partir de esta revisión legal, queda de manifiesto que las autoridades en salud, tanto de la Nación como territoriales, presentan serias limitaciones para coordinar y armonizar las acciones de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el plano de la implementación de la política pública y sus distintos instrumentos; planear de forma integral los recursos de infraestructura y talento humano del sistema y acompañar y ejercer la rectoría adecuada de la Gestión Integral del Riesgo por parte de los agentes, en especial los encargados del aseguramiento; lo que ha profundizado los problemas del SGSSS e impactado negativamente en su desempeño y, por tanto, en el acceso efectivo de servicios de salud por parte de toda la población, en el marco del goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Sumado a esto, vale la pena precisar que la obesidad normativa del país y la aplicación del marco legislativo sin considerar la jerarquía jurídica, han generado interpretaciones disímiles, que impiden lograr los resultados deseados.

Declaración sobre conflicto de intereses

Siguiendo lo establecido en el artículo 3 de la Ley 2003 de 2019, que modifica el art. 291 de la Ley 5 de 1992 que dispone incluir un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar un conflicto de interés para la discusión y votación de proyectos de ley, de acuerdo al artículo 286, los suscritos Congresistas de la república de Colombia declaran que:

Con esta iniciativa legislativa podrían verse beneficiados en forma particular y/o directa, en los términos de los literales a) y c) respectivamente del citado art. 286 de la Ley 5 de 1992, si los propios congresistas y/o su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, resultan cobijados por la excepción del art. 7 del presente proyecto Ley, al tener una participación directa o indirecta en Empresas Promotoras de Salud (EPS), Entidades a cargo del aseguramiento, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Empresas Sociales del Estado (ESE), u otros agentes específicos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que resulten eventualmente impactados positivamente de forma económica o comercialmente por lo dispuesto aquí, sin que los suscritos se encuentren en dicha situación que les genere un eventual conflicto de intereses.

Sin perjuicio de lo anterior, en todo caso los Honorables Congresistas podrán manifestar ante la Honorable Comisión cualesquiera otras razones que consideren como causales de impedimento.

De las y los Honorables Congresistas;



CARLOS ABRAHAM JIMENEZ LOPEZ
Senador de la República



ANDRES EDUARDO FORERO MOLINA
Representante a la Cámara