

Proyecto de Ley No. _____ de 2023

“Por la cual se adoptan medidas para mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud”

CAPITULO I. DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. Objeto. La presente Ley tiene por objeto el mejoramiento y fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, mejorar los resultados en salud hasta ahora alcanzados en la población, la experiencia de los usuarios respecto a la calidad de los servicios, la sostenibilidad financiera y el adecuado y transparente flujo de recursos, con fundamento en los principios, definiciones y reglas adoptadas en la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Para efectos de lo anterior, se establecen disposiciones tendientes a fortalecer la gobernanza del sistema y la coordinación intersectorial necesaria en la intervención de los determinantes sociales en salud, se redefinen las funciones y estructuras de algunos de los actores, se establecen nuevas reglas en materia de gestión de los servicios de salud de acuerdo con las necesidades de las personas y las particularidades geográficas, socioeconómicas y culturales del territorio nacional, así como de integración y contratación de servicios y tecnologías en salud, flujo de recursos, sistemas de información y fortalecimiento del sistema de inspección, vigilancia y control.

CAPITULO II. GOBERNANZA

Artículo 2. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Créese el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, como órgano asesor del Ministerio de Salud y Protección Social para analizar, deliberar y recomendar la adopción e implementación de políticas públicas en salud relacionadas entre otros temas de interés como: el modelo de atención y prestación de los servicios de salud, los indicadores de medición de los resultados en salud, la calidad en la prestación de los servicios, las exclusiones del Plan de Beneficios, la financiación y sostenibilidad del Sistema, el valor de la Unidad de Pago por Capitación, de los pagos moderadores y de los incentivos a las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios, entre otros.

Así mismo, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud tendrá a su cargo el seguimiento y evaluación de las políticas públicas en salud, en cuanto al desempeño de los modelos, avance y cumplimiento de metas y la sostenibilidad financiera del sistema, el acceso efectivo a los servicios de salud por toda la población, y en general la situación de salud del país.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud emitirá recomendaciones a la Comisión Intersectorial de Salud Pública sobre las necesidades de intervención de los determinantes sociales en salud.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud estará presidido por el Ministerio de Salud y Protección Social y estará conformado como mínimo por representantes de los siguientes sectores y Entidades:

1. Un representante designado por la Academia Nacional de Medicina.
2. Un representante designado por el máximo órgano de administración de la Asociación de Sociedades Científicas.

3. Un representante de las facultades de medicina, elegido por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.
4. Un representante designado por las Asociaciones de Pacientes.
5. Un representante designado por las Asociaciones de Usuarios.
6. Un representante de las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud designado entre ellos por el mecanismo que definan.
7. Un representante de las Direcciones Municipales de Salud, designado entre ellos mismos por el mecanismo que definan.
8. Un representante de los Prestadores y Proveedores de Servicios y Tecnologías de Salud públicos y mixtos, designado por las agremiaciones y asociaciones que los congreguen.
9. Un representante de los Prestadores y Proveedores de Servicios y Tecnologías de Salud privados, designado por las agremiaciones y asociaciones que los congreguen.
10. Un representante de las Entidades Promotoras de Salud públicas y mixtas designado por las agremiaciones y asociaciones que las congreguen.
11. Un representante de las Entidades Promotoras de Salud privadas designado por las agremiaciones y asociaciones que las congreguen.
12. Un representante de los trabajadores de la salud elegido por las organizaciones sindicales.
13. El Ministro de Salud y Protección Social o su delegado
14. El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado
15. El Director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado

Parágrafo 1. Podrán ser invitados de acuerdo con los temas a desarrollar en las sesiones del Consejo; el Instituto Nacional de Salud - INS, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA, la Superintendencia Nacional de Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud – IETS y terceros expertos.

Parágrafo 2. Para efectos de las discusiones relacionadas con las exclusiones del Plan de Beneficios, la financiación y sostenibilidad del Sistema, el valor de la Unidad de Pago por Capitación, de los pagos moderadores y de los incentivos a las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud deberá basarse en los estudios que presente Ministerio de Salud y Protección Social y el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud – IETS.

Parágrafo 3. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en su primera sesión adoptará su propio reglamento de funcionamiento, en el cual deberá definir, como mínimo, sus funciones, la periodicidad de las sesiones, designar la secretaría técnica y la forma de registro de las sesiones, así como el mecanismo de publicidad de las actas de sesión.

Artículo 3. Regiones para la gestión integral del riesgo en salud. La prestación y provisión de servicios y tecnologías de salud y el aseguramiento estará organizado por regiones para la gestión integral del

riesgo en salud. Corresponde al Gobierno Nacional determinar las regiones teniendo en cuenta los siguientes elementos: i) organización de tipologías de municipios y distritos usando variables socioeconómicas, ii) ajuste de modelos de territorialización basada en la cercanía entre municipios o distritos de distintas tipologías; y iii) validación de divisiones territoriales basadas en las diferencias de capacidades territoriales.

El ámbito territorial de la operación de las Entidades Promotoras de Salud será determinado de acuerdo con las regiones definidas por el Gobierno nacional, incluyendo la totalidad de municipios que las conforman.

Las redes integrales e integradas de prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud serán conformadas para atender las necesidades en salud de la población de cada una de las regiones.

Artículo 4. Consejos Regionales de Salud: Se crean los Consejos Regionales de Salud como órganos de concertación, coordinación y evaluación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud de los individuos, las familias y la comunidad que habitan en la Región para la Gestión Integral en Salud.

Los Consejos Regionales de Salud estarán conformados por:

1. Los Directores de Salud de los Departamentos y Distritos que conforman la Región.
2. Un representante de los Directores de Salud de los Municipios que conforman la Región.
3. Un representante designado por las organizaciones sindicales.
4. Un representante designado por las Entidades Promotoras de Salud que operan en la Región.
5. Un representante designado por los Prestadores y Proveedores de Servicios y Tecnologías de Salud de la Región.
6. Un representante designado por las Asociaciones de Pacientes de la Región.
7. Un representante designado por las Asociaciones de Usuarios de la Región.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá las reglas de organización y funcionamiento de los Consejos Regionales de Salud.

CAPITULO III. ASEGURAMIENTO

Artículo 5. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Todas las personas que residan legalmente en el territorio nacional, con excepción de quienes se encuentran afiliados a los regímenes de excepción establecidos en el artículo 273 de la Ley 100 de 1993, estarán afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se inscribirán en la Entidad Promotora de Salud de su elección que opere el aseguramiento en la Región donde habitan o en la Entidad Territorial en los casos previstos en el CAPITULO VI de la presente Ley.

Artículo 6. Regímenes de Afiliación. A partir de la expedición de la presente Ley, las particularidades del régimen contributivo y del régimen subsidiado serán aplicables para efectos de la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el acceso a los beneficios económicos por parte de los afiliados que cotizan al Sistema. La diferenciación entre el régimen contributivo y subsidiado no será aplicable para el acceso a la prestación y provisión de los servicios y tecnologías en salud garantizados mediante el Plan de Beneficios en Salud.

Independientemente de que los afiliados tengan o no capacidad de pago para cotizar al Sistema, tendrán derecho y acceso a los servicios del Plan de Beneficios en Salud, en los términos establecidos en la Ley 1751 de 2015.

Artículo 7. Afiliados al régimen subsidiado. La población sin capacidad de pago para cotizar sobre un salario mínimo mensual legal vigente estará afiliada al régimen subsidiado. El Gobierno nacional reglamentará los porcentajes de cotización de las personas cuyo ingreso sea inferior a un salario mínimo mensual legal vigente.

Artículo 8. En virtud de lo dispuesto en el Artículo 7 de la presente Ley, modifíquese el artículo 157 de la Ley 100 de 1993, el cuál quedará así:

“ARTÍCULO 157. TIPOS DE PARTICIPANTES EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. *A partir de la sanción de la presente Ley, todo colombiano participará en la prestación del derecho fundamental a la salud que permite el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos lo harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado. Existirán dos tipos de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud:*

1. Los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estas personas deberán afiliarse al Sistema mediante las normas del régimen contributivo de que trata el capítulo I del título III de la presente Ley.

2. Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado de que trata el Artículo 211 de la presente Ley son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Serán subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población sin capacidad de pago para cotizar en las áreas rural y urbana. Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y postparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, las personas en situación de discapacidad, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes cuyos ingresos mensuales sean inferiores a un salario mínimo mensual vigente, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago para cotizar.

PARÁGRAFO 1o. *El Gobierno Nacional establecerá un régimen de estímulos, términos, controles y sanciones para garantizar la universalidad de la afiliación.*

PARÁGRAFO 2o. *La afiliación podrá ser individual o colectiva, a través de las empresas, las agremiaciones, o por asentamientos geográficos, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto se expida. El carácter colectivo de la afiliación será voluntario, por lo cual el afiliado no perderá el derecho a elegir o trasladarse libremente entre Entidades Promotoras de Salud.*

PARÁGRAFO 3o. *Podrán establecerse alianzas o asociaciones de usuarios, las cuales serán promovidas y reglamentadas por el Gobierno Nacional con el fin de fortalecer la capacidad negociadora, la protección de los derechos y la participación comunitaria de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estas agrupaciones de usuarios podrán tener como referencia empresas, sociedades mutuales, ramas de actividad social y económica, sindicatos, ordenamientos territoriales u otros tipos de asociación, y podrán cobrar una cuota de afiliación.”*

Artículo 9. En virtud de lo dispuesto en el Artículo 7 de la presente Ley, modifíquese el artículo 212 de la Ley 100 de 1993, el cuál quedará así:

“ARTÍCULO 212. CREACIÓN DEL RÉGIMEN. *Créase el régimen subsidiado que tendrá como propósito financiar la atención en salud a las personas que no tengan capacidad de pago para cotizar y sus grupos familiares. La forma y las condiciones de operación de este régimen serán determinadas por el Gobierno nacional”*

Artículo 10. En virtud de lo dispuesto en el Artículo 7 de la presente Ley, modifíquese el artículo 213 de la Ley 100 de 1993, el cuál quedará así:

“ARTÍCULO 213. BENEFICIARIOS DEL RÉGIMEN. *Será beneficiaria del régimen subsidiado toda la población que no tenga capacidad de pago para cotizar, en los términos del artículo 157 de la presente ley.*

El Gobierno Nacional definirá los criterios generales para definir los beneficiarios del régimen subsidiado. En todo caso, el carácter del subsidio, que podrá ser una proporción variable de la Unidad de Pago por Capitación, se establecerá según la capacidad económica de las personas, medida en función de sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia y la situación sanitaria y geográfica de su vivienda.

Las personas que cumplan con los criterios establecidos por el Gobierno nacional como posibles beneficiarios del régimen de subsidios se inscribirán ante la Dirección de Salud correspondiente, la cual calificará su condición de beneficiario del subsidio, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.

PARÁGRAFO. El Gobierno Nacional establecerá un régimen de focalización de los subsidios entre la población sin capacidad de pago para cotizar, en el cual se establezcan los criterios de cofinanciación del subsidio por parte de las entidades territoriales.

El Gobierno Nacional reglamentará la proporción del subsidio de que trata el inciso anterior para aquellos casos particulares en los cuales los artistas y deportistas merezcan un reconocimiento especial.”

Artículo 11. Ámbito territorial de la operación del aseguramiento. Las Entidades Promotoras de Salud operarán el aseguramiento en salud en la totalidad de municipios que conforman la región para la Gestión Integral del Riesgo en Salud donde se encuentren autorizadas para operar.

Parágrafo. El Gobierno nacional, dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente Ley, reglamentará las condiciones de actualización del ámbito territorial de operación del aseguramiento en el que se encuentran autorizadas las Entidades Promotoras de Salud, las cuales deberán cumplir las condiciones financieras de habilitación y permanencia. En dicha reglamentación, deberá incluir un régimen de transición para la actualización de las autorizaciones para operar emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud y la redistribución de la asignación de afiliados entre las Entidades Promotoras de Salud que, conforme a la actualización del ámbito territorial, queden operando en cada región.

Parágrafo transitorio. Hasta tanto el Gobierno nacional no expida la reglamentación de actualización del ámbito territorial de operación del aseguramiento, las Entidades Promotoras de Salud continuarán operando en los territorios donde hayan sido autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud con anterioridad a la expedición de la presente Ley.

Artículo 12. Operación del aseguramiento en el régimen contributivo y en el régimen subsidiado. Todas las Entidades Promotoras de Salud legalmente constituidas y autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, se entenderán habilitadas para operar el aseguramiento en salud en los regímenes contributivo y subsidiado, sin posibilidad de operar solo en un régimen, y garantizarán la prestación y provisión de todos los servicios y tecnologías en salud que hacen parte del Plan de Beneficios en Salud a las personas a su cargo, independientemente de su capacidad de pago.

CAPITULO IV. GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD

Artículo 13. Gestión Integral del Riesgo en Salud. Adóptese la Gestión Integral del Riesgo en Salud como la estrategia por la cual se identifican, analizan y clasifican los riesgos para la salud de los individuos, familias y comunidades, con el fin de intervenirlos de forma integral, desde la prevención hasta la paliación, evitarlos o mitigar sus efectos.

Artículo 14. Actores de la Gestión Integral del Riesgo en Salud. La Nación, las Entidades Territoriales, las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los individuos son responsables de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, en aras de garantizar el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, en los términos establecidos en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, y lograr resultados en salud que contribuyan al bienestar de la población.

Artículo 15. Intervención en los determinantes sociales. La Nación y las Entidades Territoriales del orden departamental y distrital son las responsables de la intervención de los determinantes sociales con incidencia en los riesgos en salud del individuo, las familias y la comunidad, en articulación con los diferentes sectores responsables del manejo de dichos determinantes. Así mismo, deben gestionar los riesgos colectivos de salud, de forma armónica y coordinada con las intervenciones que realizan las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Equipos Básicos de Salud, los individuos y las familias.

La Comisión Intersectorial de Salud Pública deberá elaborar un plan anual de intervenciones en determinantes sociales de salud a partir de las recomendaciones que realice el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y las disposiciones que al respecto se establezcan en el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Decenal de Salud Pública y los Planes Territoriales. La financiación del plan anual por los diferentes sectores responsables debe ser incorporada en el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Artículo 16. Funciones y responsabilidades de las Entidades Territoriales en la Gestión Integral del Riesgo en Salud. En concordancia con lo dispuesto en los artículos 43 y 45 de la Ley 715 de 2001, las Entidades Territoriales del orden departamental y distrital tienen a su cargo la dirección, coordinación y vigilancia del Sistema General de Seguridad Social en Salud en la región; de acuerdo con esto, en el marco de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, les corresponde:

1. Establecer las necesidades y prioridades en salud de la población que habita en la región.
2. Coordinar la agenda sectorial e intersectorial requerida para dar respuesta a las necesidades y prioridades en salud de la población.
3. Articular, con los sectores que tienen incidencia en los determinantes sociales, las acciones de política pública que se requieran para mitigar y disminuir sus efectos negativos frente a los riesgos en salud de la población.

4. Responder por la intervención de los determinantes sociales con incidencia en los riesgos en salud del individuo, las familias y la comunidad que habita en el territorio de su jurisdicción.
5. Gestionar los riesgos colectivos de salud, de forma armónica y coordinada con las intervenciones que realizan las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los individuos, las familias y las comunidades frente a los riesgos individuales de salud.
6. Contar con un modelo de gestión que permita dar una respuesta integral a los riesgos identificados, de forma articulada y coordinada con las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los individuos, las familias y las comunidades.

Estas funciones deberán ser articuladas y coordinadas entre las entidades territoriales del orden departamental y distrital que hacen parte de la misma región, conforme a lo establecido en el Artículo 3, en el marco del Consejo Regional de Salud dispuesto en el Artículo 4 de la presente Ley.

Artículo 17. Funciones y responsabilidades de las Entidades Promotoras de Salud en la Gestión Integral del Riesgo en Salud. Las Entidades Promotoras de Salud son responsables de la Gestión del Riesgo Individual en Salud de la población a su cargo; para ello, además de las funciones propias del aseguramiento, le corresponde realizar, como mínimo, lo siguiente:

1. Caracterizar la población a su cargo, identificando los riesgos en salud de cada individuo.
2. Identificar, clasificar y agrupar los riesgos en salud de la población de acuerdo con su caracterización.
3. Determinar las acciones para el manejo integral de las necesidades en salud de la población a su cargo, minimizar la mayor incidencia y severidad no evitable de la enfermedad, así como minimizar los riesgos que se puedan derivar de la atención.
4. Responder por la implementación y monitoreo de las acciones determinadas conforme al numeral 3 de este artículo.
5. Contar con un modelo de atención que permita dar una respuesta integral a los riesgos identificados, de forma articulada y coordinada con las Entidades Territoriales del orden Departamental o Distrital, según corresponda; en este modelo se deben contemplar la redes integrales e integradas de prestación y provisión de servicios y tecnologías de salud.
6. Asumir los efectos positivos y negativos del riesgo financiero derivado del manejo integral de las necesidades en salud de la población a su cargo.

Artículo 18. Funciones y responsabilidades de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en la Gestión Integral del Riesgo en Salud. En el marco de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, además de las funciones propias de la prestación del servicio, le corresponde a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:

1. Garantizar la adecuada aplicación de las Rutas Integrales de Atención en Salud, guías y protocolos definidos y actualizados por el Ministerio de Salud y Protección Social.
2. Garantizar el diagnóstico y tratamiento adecuado de la población atendida, soportado en la evidencia científica y de acuerdo con el principio de pertinencia.

3. Realizar una adecuada gestión clínica que permita obtener resultados en salud para la población a su cargo.
4. Entregar la información necesaria para la adecuada Gestión Integral del Riesgo en Salud a las Entidades Promotoras de Salud y a las Entidades Territoriales.

Artículo 19. Funciones y responsabilidades de los individuos y las familias en la Gestión Integral del Riesgo en Salud. En el marco de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, corresponde a los individuos y a las familias el autocuidado, la adopción de hábitos saludables, el adecuado y oportuno uso de los servicios de la salud y la adherencia a los tratamientos ordenados por el médico tratante.

CAPITULO V. PRESTACIÓN Y PROVISIÓN DE SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS DE SALUD

Artículo 20. Redes integrales e integradas de prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá la capacidad de los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud, públicos, privados y mixtos, que operen en cada una de las Regiones, los cuales deberán ser contratados por las Entidades Promotoras de Salud al conformar las redes integrales e integradas de prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud para la gestión en salud de su población afiliada.

Para ello, el Ministerio de Salud y Protección Social debe atender los siguientes criterios:

1. Comportamiento epidemiológico en las regiones.
2. Las prioridades de los Planes Territoriales de Salud de las entidades territoriales que conforman las regiones para la gestión integral del riesgo en salud.
3. Racionalidad de los servicios y oportunidad de la atención, bajo los principios de accesibilidad, calidad, equidad y eficiencia.
4. Garantizar la atención continua, integral y resolutive de las personas que habitan en cada una de las regiones.
5. Incluir los Equipos Básicos de Salud que operan en cada uno de los territorios que hacen parte de las regiones para la gestión integral del riesgo en salud.
6. Incluir la totalidad de los servicios primarios y complementarios requeridos por la población que habita en las regiones.
7. Identificar los servicios y tecnologías que no son ofertados en cada región y definir con que prestadores y proveedores de otras Regiones con los que se pueden suplir, teniendo en cuenta la capacidad de oferta del servicio, cercanía, facilidad de acceso y transporte hacia la Región donde se encuentren y los tiempos de desplazamiento.

Contar con la oferta necesaria para garantizar la suficiencia de la red integral e integrada de prestadores y proveedores de servicios de salud en cada región y el ejercicio del derecho de libre elección de prestador o proveedor de servicios y tecnologías en salud.

Parágrafo 1. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá actualizar permanentemente el análisis de capacidad de los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud con las novedades que se presenten en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

Parágrafo 2. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá implementar en el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial dispuesto en la Ley 1966 de 2019, un módulo de redes y prescripción en el cual se publique el listado de prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud con sus capacidades para cada Región, de acuerdo con el análisis efectuado por el Ministerio.

En dicho módulo las Entidades Promotoras de Salud registrarán las redes que conformen y contraten, así como sus novedades y se prescribirán los servicios por parte de los prestadores.

Artículo 21. Contratación de las redes integrales e integradas de prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud. Las Entidades Promotoras de Salud conformarán y contratarán, en las regiones donde operen el aseguramiento, las redes integrales e integradas de prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud de conformidad con los prestadores, proveedores y capacidades determinadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. Para ello, celebrarán acuerdos de voluntades con los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud de la Región de acuerdo con las necesidades de su población.

Artículo 22. Supervisión de Redes. La Superintendencia Nacional de Salud debe ejercer acciones de inspección y vigilancia, evaluando permanentemente la suficiencia de la red contratada por las Entidades Promotoras de Salud en términos de acceso oportuno a los servicios y tecnologías por los usuarios. Para ello la Superintendencia Nacional de Salud debe acceder en línea y sin restricciones a toda la información que el Ministerio de Salud y Protección Social disponga en el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial.

Artículo 23. Atención Primaria en Salud. La Atención Primaria en Salud estará a cargo de los Equipos Básicos de Salud y los Centros de Atención Primaria en Salud, que forman parte de las redes integrales e integradas de servicios y tecnologías de salud y constituyen la puerta de entrada a los servicios.

Artículo 24. Equipos Básicos de Salud. Los Equipos Básicos de Salud de que trata el artículo 15 de la Ley 1438 de 2011, tendrán a su cargo la identificación de los riesgos individuales y de los riesgos sociales y ambientales que afectan la salud y deberán informarlos a las Entidades Promotoras de Salud y a las Entidades Territoriales, respectivamente, para que estas determinen los planes de intervención.

En los Consejos Regionales de Salud, de forma concertada, se determinará el número de Equipos Básicos de Salud que se requieren en la Región, estableciendo cuantos serán contratados por la Entidad Territorial y cuántos por cada una de las Entidades Promotoras de Salud que operan en la Región, y se asignarán los grupos familiares que atenderá cada uno de los Equipos Básicos de Salud independientemente de la Entidad Promotora de Salud a la que se encuentren afiliados.

Artículo 25. Centros de Atención Primaria en Salud. Los Centros de Atención Primaria en Salud son las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas, en las cuales se prestan los servicios de promoción y prevención, consulta de medicina general, odontología general, especialidades básicas y servicios de apoyo diagnóstico.

Para efectos de la adecuada Gestión Integral del Riesgo en Salud, las Entidades Promotoras de Salud podrán ser propietarias de los Centros de Atención Primaria en Salud, a través de un establecimiento o una persona jurídica diferente, caso en el cual deberán garantizar un porcentaje de la contratación de los servicios primarios con la red pública existente en la Región, el cual será determinado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los indicadores que permitan medir los resultados en salud, la calidad de los servicios y la eficiencia financiera en la contratación que se realice de este tipo de servicios, así como las metas que se deben alcanzar en cada uno de ellos. El cumplimiento de las metas establecidas dará lugar al reconocimiento de incentivos tanto a las Entidades Promotoras de Salud como a los Centros de Atención Primaria en Salud, de conformidad con la reglamentación que expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 26. Gestión de riesgos en salud por parte de los Centros de Atención Primaria en Salud. Corresponde a los Centros de Atención Primaria en Salud la coordinación de las actividades extramurales de atención de los Equipos Básicos de Salud, así como la relación con las Entidades Promotoras de Salud para la referencia a los niveles de mediana y alta complejidad cuando se requiera.

Artículo 27. Asociaciones público-privadas para la prestación de servicios de salud. El Gobierno nacional reglamentará las condiciones bajo las cuales se regirán las Asociaciones Público-Privadas para la construcción de infraestructura, dotación y prestación de los servicios de salud de conformidad con lo establecido en la Ley 1508 de 2012.

Artículo 28. Definición de Gestor Farmacéutico y Operador Logístico de Servicios y Tecnologías de Salud. Los Gestores Farmacéuticos y Operadores Logísticos de Servicios y Tecnologías de Salud forman parte de las redes integrales e integradas de prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud.

Se entiende por Gestor Farmacéutico toda persona natural o jurídica que realice a través de un establecimiento farmacéutico la dispensación de medicamentos o dispositivos médicos a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por vínculo contractual con la Nación, una Entidad Territorial, una Entidad Promotora de Salud o un Prestador de Servicios de Salud.

Se entiende por Operador Logístico de Tecnologías de Salud toda persona natural o jurídica que realice, directamente o en un establecimiento de comercio, cualquiera de los siguientes procesos: agencia de aduana, trámites de legalización y documentación, acondicionamiento secundario o terciario, almacenamiento, transporte, control de existencias o cualquier otra actividad relacionada con la cadena de abastecimiento de tecnologías de salud, así como la comercialización, distribución, control o aseguramiento de la calidad de tecnologías de salud, por vínculo contractual con la Nación, una Entidad Territorial, una Entidad Promotora de Salud, un Prestador de Servicios de Salud o un Gestor Farmacéutico.

Artículo 29. Servicios Sociales Complementarios. Los servicios sociales complementarios no podrán ser financiados con cargo a los recursos destinados a la salud, el Gobierno nacional con apoyo de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, en un término no superior a doce (12) meses, establecerá las fuentes y mecanismos de contratación y financiación de este tipo de servicios, considerando para ello el principio de intersectorialidad. Esta disposición es aplicable también al modelo diferencial establecido en el CAPITULO VI de la presente Ley.

Parágrafo: Hasta tanto se definan los mecanismos de contratación y fuentes de financiación específicas, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES contratará y financiará directamente la prestación de este tipo de servicios, de acuerdo con la reglamentación que al respecto expida el Gobierno nacional.

Artículo 30. Atención de enfermedades huérfanas y prestación de servicios de salud. La Nación tiene a su cargo y es la responsable de la prestación y provisión de los servicios y tecnologías en salud para la atención de las enfermedades huérfanas, para lo cual deberá establecer una fuente de financiación.

La prestación y provisión de los servicios y tecnologías en salud para la atención de las enfermedades huérfanas deberá realizarse en centros especializados y garantizar el tratamiento integrado, desde el diagnóstico hasta la paliación de la enfermedad. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, contratará directamente la prestación de estos servicios bajo la modalidad y reglas que establezca el Gobierno nacional para tal fin.

Artículo 31. Prestadores de Planes Voluntarios de Salud. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los Gestores Farmacéuticos que presten o provean servicios y tecnologías en salud a la población bajo las condiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y presten servicios de Planes Voluntarios de Salud, no podrán dar prelación a los usuarios de los Planes Voluntarios de Salud en cuanto a la oportunidad y disponibilidad para el acceso a los servicios y tecnologías en salud. El incumplimiento de esta obligación se entenderá como una vulneración directa a los elementos de disponibilidad, accesibilidad, equidad y oportunidad del derecho fundamental a la salud, en los términos de la Ley 1751 de 2015, y dará lugar a la imposición de las sanciones y medidas correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

CAPITULO VI. MODELO DE ATENCIÓN EN ZONAS MARGINADAS, DISPERSAS O DE BAJA DENSIDAD POBLACIONAL

Artículo 32. Modelo diferencial para la atención en zonas marginadas, dispersas o de baja densidad poblacional. El Gobierno nacional establecerá las Regiones para la gestión integral del riesgo en salud catalogadas como zonas marginadas, dispersas o de baja densidad poblacional, de conformidad con lo establecido en el Artículo 3 de la presente Ley.

En estas Regiones el aseguramiento de la población estará a cargo de las Entidades Territoriales del orden departamental y distrital, como función adicional a las establecidas en la Ley 715 de 2001 y de conformidad con el modelo que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo con: i) las necesidades en salud de la población; ii) la capacidad de oferta de los servicios; iii) las condiciones geográficas de acceso a los servicios; y, iv) las prácticas tradicionales de los grupos poblacionales que habitan en los territorios, reconociendo la interculturalidad.

En este Modelo se debe promover e incentivar el uso de servicios de telemedicina para mejorar la oportunidad y acceso a los servicios de salud en estas zonas y contribuir a la sostenibilidad financiera del modelo.

Artículo 33. Financiación del modelo de atención en zonas marginadas, dispersas o de baja densidad poblacional. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá el valor de la Unidad de Pago por Capitación diferencial para cada una de las zonas marginadas, dispersas o de baja densidad poblacional, considerando las características y condiciones de cada una de ellas. Las Entidades Territoriales responderán por la adecuada gestión y destinación de estos recursos.

Artículo 34. Canalización de recursos de cooperación internacional. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos que le permitan canalizar los recursos de cooperación internacional destinados a la cofinanciación del modelo de atención y de prestación de servicios de las zonas marginadas, dispersas o de baja densidad poblacional.

Artículo 35. Incentivos para el talento humano en salud que presta servicios en zonas marginadas, dispersas o de baja densidad poblacional. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los incentivos económicos y no económicos para el talento humano en salud que preste sus servicios en estas zonas marginadas, dispersas o de baja densidad poblacional.

Artículo 36. Asociaciones público-privadas para la infraestructura pública hospitalaria y la prestación de servicios de salud en zonas marginadas, dispersas o de baja densidad poblacional. La inversión en infraestructura, dotación u operación de los hospitales públicos en zonas marginadas, dispersas o de baja densidad poblacional se podrá realizar mediante Asociaciones Público-Privadas, en los términos establecidos en la Ley 1508 de 2012 y según la reglamentación que expida el Gobierno Nacional.

Artículo 37. Reportes de información. Las Entidades Territoriales que operen el aseguramiento en las zonas marginadas, dispersas o de baja densidad poblacional, reportarán al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud toda la información requerida en el Sistema de Información Financiera y Asistencial y el Registro de Contratación de Servicios y Tecnologías en Salud, establecidos en los artículos 3 y 4 de la Ley 1966 de 2019, y el módulo de cuentas en el Sector Salud, dispuesto en el Artículo 55 de la presente Ley, en los términos y condiciones establecidos en su reglamentación.

CAPITULO VII. FLUJO DE RECURSOS

Artículo 38. Giro directo de la Unidad de Pago por Capitación. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, en nombre de las Entidades Promotoras de Salud y demás Entidades Obligadas a Compensar, realizará el giro directo de los recursos de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) de los regímenes contributivo y subsidiado destinadas a la prestación de servicios de salud, a las instituciones y entidades que presten dichos servicios y que provean tecnologías incluidas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, conforme a los criterios establecidos en este artículo.

La Superintendencia Nacional de Salud determinará mensualmente el porcentaje de la Unidad de Pago por Capitación que se transferirá por giro directo, teniendo en cuenta la morosidad de las cuentas por pagar de la Entidad Promotora de Salud o Entidad Obligada a Compensar, según corresponda, y de acuerdo con el detalle de los Estados Financieros reportados por sus vigilados, conforme a las siguientes reglas:

1. Se tomará el valor total de la cartera vencida y no vencida a cargo de la Entidad Promotora de Salud o Entidad Obligada a Compensar, según corresponda, que se encuentre reportada ante la Superintendencia Nacional de Salud, la cual se deberá reflejar en el módulo de cuentas en el Sector Salud dispuesto en el Artículo 55 de la presente Ley.
2. El valor de la Unidad de Pago por Capitación que será objeto de giro directo se determinará de forma porcentual sobre el valor total de la cartera vencida y no vencida a cargo de la Entidad Promotora de Salud o Entidad Obligada a Compensar, conforme a lo siguiente:
 - a. El porcentaje de participación de la cartera con plazo vencido mayor a noventa (90) días calendario, contados a partir de la fecha límite de pago de la obligación, computará por el cien por ciento (100%) al cálculo del porcentaje de giro directo.
 - b. El porcentaje de participación de la cartera con plazo vencido entre sesenta (60) y noventa (90) días calendario, contados a partir de la fecha límite de pago de la obligación, computará por el cincuenta por ciento (50%) al cálculo del porcentaje de giro directo.
 - c. El porcentaje de participación de la cartera con plazo vencido entre treinta (30) y sesenta (60) días calendario, contados a partir de la fecha límite de pago de la obligación, computará por el veinticinco por ciento (25%) al cálculo del porcentaje de giro directo.
 - d. La cartera no vencida o con mora menor a treinta (30) días calendario no computará para el cálculo del porcentaje.

3. Realizado el cálculo anterior, el porcentaje de la Unidad de Pago por Capitación que será objeto de giro directo corresponderá a la sumatoria de los porcentajes definidos con base en los literales a), b) y c) del numeral 2 de este artículo.
4. La Superintendencia Nacional de Salud remitirá a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES un informe con el resultado del cálculo establecido en este artículo, clasificando las facturas vencidas de acuerdo con su plazo de mora, para que la ADRES realice el giro directo del valor porcentual de la Unidad de Pago por Capitación determinado por la Superintendencia Nacional de Salud.
5. El informe elaborado por la Superintendencia Nacional de Salud debe ser de conocimiento público, garantizando en todo caso la protección de datos personales, datos sensibles y de los secretos empresariales.
6. Para el pago de las facturas a través del mecanismo de giro directo, se priorizará la cartera con mayor plazo de vencimiento desde la fecha límite de pago de la obligación, conforme a la postulación de facturas a la que se refiere el Artículo 39 de la presente Ley.

Parágrafo 1. La información de este mecanismo será de consulta pública y deberá ser reportada en el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial que trata el artículo 3 de la Ley 1966 de 2019.

Parágrafo 2. Sin perjuicio de las funciones de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social realizará el seguimiento permanente a la oportunidad del giro de los recursos, así como a su programación, destinación y ejecución por las Entidades Promotoras de Salud, instituciones prestadoras y proveedores de tecnologías en salud, últimos responsables de estos procesos.

Parágrafo 4. La Superintendencia Nacional de Salud determinará el procedimiento y los plazos para realizar los cálculos establecidos en este artículo y presentar los correspondientes informes a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES.

Artículo 39. Postulación de cuentas para Giro directo de la Unidad de Pago por Capitación. Las Entidades Promotoras de Salud o Entidades Obligadas a Compensar, según corresponda, deberán presentar a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las facturas que serán objeto de giro directo, de acuerdo con las siguientes reglas:

1. Revisarán el total de las cuentas por pagar que tengan con los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud y los montos que no son objeto de pago por glosas no conciliadas u otras obligaciones no exigibles.
2. Determinarán la distribución del monto de los recursos entre los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud sin dar trato preferencial a vinculados económicos, dando prioridad a las cuentas de mayor antigüedad, de manera proporcional al valor de la deuda.
3. La postulación de las facturas se realizará de acuerdo con las condiciones técnicas y operativas para el reporte de la información determinadas por la ADRES, en la cual se debe incluir el detalle de las facturas que se están pagando.

La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, deberá publicar en su página web y reportar en el Sistema de Información Financiera y Asistencial, dispuesto en el

artículo 3 de la Ley 1966 de 2019, los giros efectuados, identificando la información de la factura y la fecha de pago, en los términos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 1. Los registros contables de las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud deberán ser actualizados y ser consistentes con la información reportada por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como la reportada y publicada en el módulo de cuentas en el Sector Salud dispuesto en el Artículo 55 de la presente Ley.

Parágrafo 2. Solo se podrán postular a este mecanismo las facturas sobre las cuales ya haya finalizado el procedimiento de glosas establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011. Las facturas postuladas para giro directo no podrán ser modificadas ni reemplazadas luego de su postulación.

Artículo 40. Factura de venta en el Sector Salud. A todas las prestaciones y provisiones de servicios y tecnologías en salud que se surtan en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud les serán aplicable las normas de la Factura de Venta contenidas en el Código de Comercio y en el Estatuto Tributario, independientemente de que hayan sido prestadas en virtud de un contrato o en cumplimiento de un deber legal, así como las normas de la Factura Electrónica en Salud establecidas en el artículo 15 de la Ley 1966 de 2019 y sus disposiciones reglamentarias, sin perjuicio de las normas particulares para el trámite de la factura contenidas en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011.

Artículo 41. Trámite de glosas en facturación de Gestores Farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud. A las facturas de venta en salud expedidas por proveedores de tecnologías en salud, incluyendo a los Gestores Farmacéuticos y los Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud, le es aplicable el trámite de glosas establecido en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, así como sus normas reglamentarias.

CAPITULO VIII. RÉGIMEN DE INSOLVENCIA

Artículo 42. Insolvencia empresarial de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Entidades Promotoras de Salud. A las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud les aplicarán las reglas del régimen de insolvencia empresarial establecidas en la Ley 1116 de 2006 y a las Entidades Promotoras de Salud les serán aplicables las normas del proceso de reorganización establecido en los artículos 9 a 46 de la referida Ley.

Artículo 43. Competencia. Conocerá de los procesos de reorganización y liquidación a los que se refiere el Artículo 42 de esta Ley, como jueces del concurso, el Juez Civil del Circuito o la Superintendencia de Sociedades, en ejercicio de sus facultades jurisdiccionales.

Artículo 44. Apoyo técnico de la Superintendencia Nacional de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud prestará apoyo técnico al juez del concurso que conozca de procesos de insolvencia empresarial adelantados sobre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud o Entidades Promotoras de Salud.

Artículo 45. Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Créese el Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud como una entidad del nivel descentralizado, de naturaleza única, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente, sometida al derecho privado y vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud en cuanto se relaciona con el cumplimiento de su objeto y por la Superintendencia Financiera de Colombia en lo relacionado con la supervisión de la actividad financiera del fondo.

Las Entidades Promotoras de Salud, las empresas de medicina prepagada, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, privadas y mixtas, los Gestores Farmacéuticos y los Operadores Logísticos de Tecnologías de Salud deberán inscribirse en el Fondo Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene por objeto garantizar el pago de las obligaciones a favor de los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud, cuando el acceso a los servicios de salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud pueda verse amenazado por la imposibilidad de pago de obligaciones por parte de las entidades inscritas como resultado de problemas financieros, así como restablecer la confianza pública en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, preservando el equilibrio y equidad económica.

Parágrafo 1. Una vez creado el Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Gobierno nacional deberá expedir el reglamento de funcionamiento del Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 2. La Superintendencia Financiera de Colombia definirá las condiciones mínimas de solvencia del Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como los requisitos mínimos de la nota técnica y se encargará de la inspección, vigilancia y control de estos aspectos.

Parágrafo 3. Las operaciones del Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud se regirán por lo dispuesto en esta Ley, el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero en lo pertinente, las normas del derecho privado y el reglamento que expida el Gobierno nacional.

Parágrafo 4. Una vez creado el Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Gobierno nacional reglamentará los requisitos de inscripción al Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las condiciones de amparo del seguro de acreencias y otras modalidades de seguro, garantizando en todo momento que exista un riesgo asegurable y sostenible para el Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 46. Órganos de dirección y administración del Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Son órganos de dirección y administración del Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud: la Junta Directiva y el director.

La Junta Directiva estará compuesta por siete (7) miembros, así: el Ministro de Salud y Protección Social o su delegado quien la presidirá, el Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado, el director de la ADRES y cuatro (4) representantes independientes designados por el Presidente de la República, uno de ellos con vínculos con el sector universitario. Corresponderá a la Junta Directiva adoptar su propio reglamento.

El director del fondo será designado por el presidente de la República de Colombia.

Artículo 47. Funciones del Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el desarrollo de su objeto, el Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes funciones:

1. Servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial que permita el acceso a crédito y otras formas de financiamiento de las Entidades Promotoras de Salud y las Empresas de Medicina Prepagada.
2. Procurar que las Entidades Promotoras de Salud y las Empresas de Medicina Prepagada tengan medios para otorgar la liquidez necesaria para el cumplimiento de sus obligaciones con los prestadores

y proveedores de servicios y tecnologías en salud que permita la continuidad de la prestación y provisión de servicios.

3. Implementar el seguro de acreencias y otras modalidades de seguro.
4. Definir, recaudar y administrar las primas del seguro de acreencias y las otras modalidades de seguro que implemente.
5. Comprar o enajenar cartera.
6. Participar en la cesión parcial o total de activos, pasivos y contratos de las Entidades Promotoras de Salud y las Empresas de Medicina Prepagada.
7. Tratándose de toma de posesión, intervención forzosa administrativa para administrar o intervención forzosa administrativa para liquidar, el Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en lo pertinente y aplicable al sector salud y respecto de las Entidades Promotoras de Salud y Empresas de Medicina Prepagada, ejercerá las competencias que en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y en las normas que lo complementen o modifiquen estén atribuidas al Fondo de Garantías de Instituciones Financieras - FOGAFÍN.

Tanto la designación que haga el Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud de los agentes interventores, liquidadores y contralores, como la fijación de sus honorarios se hará conforme a lo establecido para el efecto por la Superintendencia Nacional de Salud.

Respecto de los demás vigilados, distintos a las Entidades Promotoras de Salud y las Empresas de Medicina Prepagada, las competencias atribuidas al Fondo de Garantías de Instituciones Financieras - FOGAFÍN en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y en las normas que lo complementen o modifiquen, en lo aplicable al sector salud, se mantendrán en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud.

8. Participar transitoriamente en el capital de las instituciones inscritas.
9. Apoyar financieramente los procesos de toma de posesión, intervención forzosa administrativa para administrar o intervención forzosa administrativa para liquidar.
10. Desarrollar la gestión de riesgo de las actividades del Fondo y de las entidades objeto de medida o intervención.
11. Llevar a cabo cualquiera de las operaciones autorizadas en el artículo 320 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero.
12. Las demás operaciones que autorice el Gobierno Nacional en el marco de su objeto.

Parágrafo 1. Las condiciones para la participación del Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el capital o patrimonio de las Entidades Promotoras de Salud y las Empresas de Medicina Prepagada serán las previstas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y demás normas aplicables al Fondo de Garantías de Instituciones Financieras - FOGAFÍN y al Fondo de Garantías de Entidades Cooperativas - FOGACOOP.

Parágrafo 2. El Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud gozará de las siguientes prerrogativas: a) para todos los efectos tributarios será considerado como establecimiento público; b) estará

exento del gravamen a los movimientos financieros, registro y anotación e impuestos nacionales diferentes al impuesto sobre las ventas, no cedidos a entidades territoriales; c) Igualmente, estará exento de inversiones forzosas.

Parágrafo 3. Las funciones del Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud relacionadas con la toma de posesión y la intervención forzosa administrativa para administrar o para liquidar Entidades Promotoras de Salud y Empresas de Medicina Prepagada, solamente serán ejercidas por esa entidad para las medidas ordenadas por la Superintendencia Nacional de Salud con posterioridad a la expedición de la presente ley. Frente a las medidas ordenadas con antelación, la Superintendencia Nacional de Salud conservará, para cada caso, las competencias que viene ejerciendo hasta la culminación de la medida correspondiente.

Artículo 48. Fuentes del Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud recaudará y administrará los siguientes recursos para el desarrollo de su objeto en relación con las entidades afiliadas y al pago de los pasivos a su cargo, a saber:

1. El producto de los derechos de afiliación obligatoria de las Entidades Promotoras de Salud, las Empresas de Medicina Prepagada, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, privadas y mixtas, los Gestores Farmacéuticos y los Operadores Logísticos de Tecnologías de Salud, que se causarán por una vez y serán fijados por la Junta Directiva del Fondo.
2. Las primas que deben pagar las entidades afiliadas en razón del seguro de acreencias y otras modalidades de seguro fijados por la Junta Directiva del Fondo.
3. Los beneficios, comisiones, honorarios, intereses y rendimientos que generen las operaciones que efectúe el Fondo.
4. El producto de la recuperación de activos del Fondo.
5. El producto de préstamos internos y externos.
6. Recursos del Presupuesto General de la Nación.
7. Las demás que obtenga a cualquier título, con aprobación de su Junta Directiva.

Parágrafo. El pago de los derechos de afiliación y primas deberá realizarse con recursos diferentes a los destinados para la atención en salud, en los términos del inciso 2° del artículo 23 de la Ley 1438 de 2011; con excepción del porcentaje de gastos de administración de la Unidad de Pago por Capitación, definido conforme a lo establecido en el inciso 1° del artículo 23 de la Ley 1438 de 2011, con cargo al cuál si se podrán realizar dichos pagos.

Artículo 49. Salvamento de las Entidades Promotoras de Salud - EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS en estado de liquidación inminente. Cualquier acreedor podrá evitar la liquidación de una Entidad Promotora de Salud cuando su causa sea por el incumplimiento de condiciones financieras o de solvencia, o, de una Institución Prestadora de Servicios de Salud cuando esté en proceso de liquidación por aspectos económicos o financieros, manifestando su interés en aportar nuevo capital, en los términos que se indican a continuación, siempre y cuando se evidencie con la información que reposa en el expediente que el patrimonio de la Entidad Promotora de Salud o Institución Prestadora de Servicios de Salud es negativo.

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

Artículo 50. Conglomerados Empresariales del Sector Salud. Se considera como matriz de un conglomerado en el que participe algún actor del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cualquier persona natural o jurídica o vehículo de inversión que ejerza el primer nivel de control o influencia significativa, de forma individual o conjunta, sobre entidades comerciales o sin ánimo de lucro en los siguientes casos:

- a. Cuando más del cincuenta por ciento (50%) del capital pertenezca a la matriz directamente o por intermedio o con concurso de sus subordinadas o de las subordinadas de éstas. Para tal efecto, se computarán las acciones con dividendo preferencial y sin derecho a voto.
- b. Cuando la matriz y la subordinada tengan conjunta o separadamente derecho de emitir los votos constitutivos de la mayoría mínima decisoria en la junta socios, asamblea de accionistas, máximo

órgano de dirección o tengan el número de votos necesario para elegir mayoría de miembros de la junta directiva si la hubiere.

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

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

CAPITULO IX. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Artículo 51. Supervisión basada en riesgos. Con el fin de mejorar los resultados de salud, la satisfacción de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la estabilidad de los agentes del sector y la confianza de la población en el sistema, la Superintendencia Nacional de Salud deberá implementar acciones preventivas y de acompañamiento permanentes a los sujetos vigilados, de forma priorizada, a partir de los análisis y seguimiento a los riesgos inherentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los análisis deben realizarse con base en un sistema de alertas robusto basado en información de calidad, el cual debe permitir la identificación y medición de los riesgos.

Cuando el riesgo se considere sistémico y las medidas preventivas apliquen a todas las entidades supervisadas, la Superintendencia deberá emitir recomendaciones a sus vigilados, relativas a aspectos relevantes para mitigar los riesgos identificados; a su vez deberá revisar la normativa y proponer ajustes de acuerdo con los resultados de la evaluación de los riesgos del Sector Salud, y se articulará con otras entidades de control, según aplique. En aquellas instancias que correspondan a acciones preventivas, que deben ser adoptadas por entidades específicas, la Superintendencia Nacional de Salud deberá realizar el acompañamiento y seguimiento en la adopción de mejores prácticas e implementación de ajustes en los sistemas de gestión de riesgos y sus controles que apliquen.

Artículo 52. Modifíquese el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019, el cuál quedará así:

“Artículo 2. Sistema integrado de inspección, vigilancia y control para el Sector Salud. Créase el Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud, a partir de la acción especializada y coordinada entre la Superintendencia Financiera, Superintendencia de Sociedades, la Superintendencia de Industria y Comercio, la Superintendencia del Subsidio Familiar, la Superintendencia de la Economía Solidaria y la Superintendencia Nacional de Salud, bajo la coordinación y dirección de esta última, sin causar cargo alguno por sobretasas, o tarifas de contribución adicionales. Los procesos sancionatorios serán adelantados por cada una de las Superintendencias, en el ámbito de sus competencias, y serán informados a la Superintendencia Nacional de Salud.

La Superintendencia Financiera podrá servir de asesor técnico, brindar capacitación, emitir conceptos, transferencia de conocimiento, y mejores prácticas para el fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que esta ejerza la inspección, vigilancia y control sobre las Entidades Promotoras de Salud u otras aseguradoras en salud, así mismo, sobre operadores logísticos de tecnologías en salud y gestores farmacéuticos, en lo que corresponde a las condiciones financieras y a las buenas prácticas de gobierno corporativo que deben cumplir estas entidades. La Superintendencia Financiera emitirá un informe anual sobre el desempeño de los principales indicadores financieros de estas entidades. La Superintendencia Financiera de Colombia tendrá a su

cargo las inspección, vigilancia y control de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES en lo relacionado con la supervisión de la actividad financiera de dicha entidad.

La Superintendencia de Sociedades ejercerá la inspección, vigilancia y control sobre las sociedades del sector salud y empresas unipersonales que operen en el Sector Salud, de acuerdo con las competencias asignadas en la Ley 222 de 1995, a efecto de verificar el cumplimiento de las normas de derecho de sociedades y demás asignadas a este ente de control. Así mismo, le corresponde a la Superintendencia de Sociedades adelantar los procesos sancionatorios relacionados con el incumplimiento de las disposiciones del régimen societario consagradas en el Código de Comercio, la Ley 222 de 1995 y sus decretos reglamentarios.

La Superintendencia de Industria y Comercio ejercerá la vigilancia, control e inspección sobre la promoción de la competencia en el sector salud, mediante la imposición de multas cuando se infrinjan las disposiciones de prácticas comerciales restrictivas a la competencia y competencia desleal, fusiones y obtención de control de empresas en el mercado de la salud y el abuso de posición de dominante, entre otras.

La Superintendencia del Subsidio Familiar y la Superintendencia de la Economía Solidaria ejercerán la inspección, vigilancia y control sobre las organizaciones de economía solidaria y de las Cajas de Compensación Familiar, respectivamente, que operen en el Sector Salud, en relación con los asuntos que no estén sometidos a las inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 1. Las Superintendencias que hacen parte del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud suministrarán en tiempo real la información requerida por la Superintendencia Nacional de Salud o por cualquier otro actor para el desarrollo de sus funciones en el marco del mencionado sistema; para lo cual, deberán adoptar las medidas necesarias de interoperabilidad que les permita garantizar el flujo adecuado de información entre ellos y realizar convenios o acuerdos, así como emitir circulares conjuntas cuando así lo requieran.

Parágrafo 2. Respecto de las investigaciones para determinar si se configuran grupos empresariales o situaciones de control, en los términos del artículo 30 de la Ley 222 de 1995, la competencia será de la Superintendencia de Sociedades.”

Artículo 53. Modifíquese el artículo 75 de la Ley 1955 de 2019, el cual quedará así:

“Artículo 75. Competencias de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud respecto de la composición de capital o del patrimonio de las EPS. Todo acto jurídico sin consideración a su naturaleza, de nacionales o extranjeros, que tenga por objeto o efecto la adquisición directa o indirecta del diez por ciento (10%) o más de la composición de capital o del patrimonio de una Entidad Promotora de Salud, ya se realice mediante una o varias operaciones de cualquier naturaleza, simultáneas o sucesivas o aquellas por medio de las cuales se incremente dicho porcentaje, requerirá, so pena de ineficacia de pleno derecho, la aprobación del Superintendente Nacional de Salud, quien examinará la idoneidad, responsabilidad y carácter de las personas interesadas en adquirirlas. El Superintendente, además, se cerciorará que el bienestar público será fomentado con dicha transacción.

Esta autorización será requerida incluso si el interesado o potencial adquirente, previo a realizar el acto jurídico de adquisición directa o indirecta, sea propietario o titular del diez por ciento (10%) o más de la composición del capital o del patrimonio de la Entidad Promotora de Salud.

El Superintendente Nacional de Salud verificará que el interesado o potencial adquirente haya acreditado como mínimo los siguientes requisitos, para obtener la aprobación:

- a) El origen de los recursos objeto del acto o negocio jurídico;
- b) Tener un patrimonio equivalente a, por lo menos, 1.3 veces el capital que se compromete a aportar en el negocio o acto jurídico, incluyendo este último;
- c) Que por lo menos una tercera parte de los recursos con los que se realiza el negocio o acto jurídico, sean propios y no producto de operaciones de endeudamiento u otras análogas.

En todo caso, el Superintendente Nacional de Salud, mediante acto administrativo motivado, negará la aprobación de que trata el presente artículo, cuando el interesado o potencial adquirente, o alguno de sus socios, cuando aplique, se encuentren incurso en alguna o varias de las siguientes situaciones:

1. Haber sido condenado por delitos relacionados con el manejo de recursos públicos.
2. Haber sido condenado por delitos contra el patrimonio económico, lavado de activos, enriquecimiento ilícito y los establecidos en los Capítulos Segundo del Título X, Primero del Título XV y Segundo del Título XIII del Libro Segundo del Código Penal y las normas que los modifiquen o sustituyan.
3. Haber sido objeto de declaración de extinción de dominio, por incurrir en las causales previstas en el artículo 16 de la Ley 1708 de 2014 o disposiciones que la modifican o sustituyan.
4. Haber sido sancionado por infringir las normas legales o reglamentarias sobre la integración vertical y de posición dominante.

PARÁGRAFO 1o. El Gobierno nacional adecuará, en lo pertinente, las normas vigentes sobre la habilitación y la permanencia de las Entidades Promotoras de Salud.

PARÁGRAFO 2o. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los parámetros necesarios para definir el beneficiario real de la transferencia, así como su identificación.

PARÁGRAFO 3o. El presente artículo aplicará a la inversión extranjera en Entidades Promotoras de Salud sin perjuicio de lo establecido en régimen de la inversión de capitales del exterior en el país.

PARÁGRAFO 4o. La aprobación del Superintendente Nacional de Salud, a la que se refiere este artículo, no será necesaria cuando el interesado o potencial adquirente haya obtenido dicha aprobación dentro de los tres (3) años anteriores a la fecha de la correspondiente transacción, siempre que en el interregno no hayan sido objeto de sanción alguna por parte de la Superintendencia Nacional de Salud o de cualquiera de las otras Superintendencia que hacen parte del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud de que trata el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019, ni se les haya dictado medida de aseguramiento o condena dentro de un proceso penal, no hayan sido sancionadas en procesos disciplinarios o fiscales y no se encuentren en alguna de las situaciones establecidas en los numerales 1 a 4 de este artículo.

PARÁGRAFO 5o. La aprobación a la que se refiere este artículo no será requerida cuando el interesado o potencial adquirente sea propietario de más del 50% de la composición del capital o del patrimonio de la Entidad Promotora de Salud.”

Artículo 54. Supervisión de Conglomerados Empresariales del Sector Salud. Los conglomerados empresariales en los que participe un actor del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en calidad de controlante o subordinada, estarán bajo la supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud, en lo relacionado con la revelación del conglomerado, así como la gestión y transmisión del riesgo a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud que en él participan, sin perjuicio de las normas exigibles en su calidad de conglomerados ni del cumplimiento de las normas de integración vertical vigentes.

Para ello, la Superintendencia Nacional de Salud tendrá las siguientes facultades y funciones:

1. Impartir instrucciones a las matrices de los conglomerados sobre la gestión de riesgos, revelación de información, conflictos de interés y gobierno corporativo, que se relacionen con la protección de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Requerir a la matriz cambios en la estructura del conglomerado, siempre que la existente no permita una adecuada revelación de información, una supervisión comprensiva y consolidada o la identificación del beneficiario real de los recursos del sector salud o de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud que lo conforman.
3. Requerir información y realizar visitas de inspección a las entidades que conforman los conglomerados en salud, con el fin de obtener un conocimiento integral de su situación financiera, el manejo de sus negocios, la administración de sus riesgos o de los demás aspectos que se requieran para supervisar el adecuado uso de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 1. La Superintendencia Nacional de Salud deberá establecer los mecanismos para que sus vigilados revelen el conglomerado, incluyendo las entidades subordinadas y vinculadas.

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

Parágrafo 3. En los casos que el conglomerado esté bajo regulación y supervisión de otra Superintendencia, se deberán realizar las acciones de inspección, vigilancia y control de manera coordinada, en el marco del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud establecido en el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019, preservando el interés sobre el uso de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 4. En el marco del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud establecido en el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019, la Superintendencia de Industria y Comercio, de oficio, reforzará la inspección, vigilancia y control sobre las situaciones de abuso de posición dominante, incumplimiento de los porcentajes permitidos de integración vertical y situaciones reiteradas de prácticas indebidas en el Sector Salud, por parte de las empresas y compañías que manejen los recursos señalados en el presente artículo.

CAPITULO X. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Artículo 55. Módulo de cuentas en el Sector Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social creará un módulo de cuentas en el Sector Salud dentro del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial, establecido en el artículo 3 de la Ley 1966 de 2019, en el cual se deberán reportar las cuentas por pagar entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Gestores Farmacéuticos, los Operadores Logísticos de

Tecnologías en Salud y las Entidades Promotoras de Salud, detallando los valores facturados, los valores correspondientes a las glosas en firme, los valores de la factura aceptados tácita o expresamente y la totalidad de pagos con cargo a cada una de las facturas, especificando cuáles de ellos fueron realizados directamente por la Entidad Promotora de Salud y los realizados a través del mecanismo de giro directo por parte de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES.

Este módulo deberá ser de acceso público, siempre y cuando se garantice la protección de datos personales, datos sensibles y de los secretos empresariales; en todo caso, debe permitir conocer el flujo de recursos y el estado de la cartera en el Sector Salud, indicando el monto total de las obligaciones pendientes entre las entidades, clasificando la cartera por edad e identificando las obligaciones que se encuentran dentro de los plazos de pago establecidos en la Ley.

Artículo 56. Sistemas de información. El Sistema de Información Financiera y Asistencial y el Registro de Contratación de Servicios y Tecnologías en Salud, establecidos en los artículos 3 y 4 de la Ley 1966 de 2019, debe ser único e interoperable.

Los sistemas de información y las plataformas tecnológicas que dispongan, utilicen o sean propiedad de las Entidades Territoriales, las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Gestores Farmacéuticos y los Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud, para compartir, reportar o requerir cualquier tipo de información relacionada con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberán ser interoperables con el Sistema de Información señalado en el inciso anterior y no podrán constituir trámite adicional, utilizar plataformas tecnológicas que no sean interoperables o crear sistemas de información adicionales.

El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con sus competencias, deberán garantizar la interoperabilidad del Sistema de Información señalado en el inciso primero de este artículo.

La Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales reportará en el Sistema de Información Financiera y Asistencial toda la información que reciba y que obtenga de las entidades vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, de acuerdo con la estructura que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 1. Para el desarrollo de las funciones de inspección y vigilancia, la Superintendencia Nacional de Salud tendrá acceso a toda la información que se encuentre reportada en el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial, sin ningún tipo de restricción operativa o de acceso.

Parágrafo 2. Dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha de expedición de la presente Ley, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá presentar a la comisión séptima de cada cámara del Congreso de la República un informe en el que dé cuenta del cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 3 y 4 de la Ley 1966 de 2019, así como un plan de trabajo con plazos claros y exactos para el inicio de operación del Sistema de Información Financiera y Asistencial y del Registro de Contratación de Servicios y Tecnologías de Salud.

Parágrafo 3. El Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud deberán rendir un informe semestral a la comisión séptima de cada cámara del Congreso de la República, en el cuál den cuenta del estado y avance del Sistema de Información Financiera y Asistencial y el Registro de Contratación de Servicios y Tecnologías en Salud, establecidos en los artículos 3 y 4 de la Ley 1966 de 2019, y los módulos dispuestos en la presente Ley, en el que indiquen, como mínimo su estado de implementación, riesgos identificados, nivel de cumplimiento en los reportes de información e interoperabilidad efectiva. Este informe deberá ser presentado dentro del mes siguiente al vencimiento de cada semestre.

CAPÍTULO XI. TALENTO HUMANO EN SALUD

Artículo 57. Dignificación del Talento Humano del Sector Salud. Las condiciones de trabajo del talento humano del sistema de salud deben ser dignas en todo el territorio colombiano, propendiendo por establecer condiciones de vinculación estables, pago justo y oportuno.

Artículo 58. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud. Los agentes del sector salud, y en general las instituciones prestadoras de salud, deberán vincular al talento humano del sector salud, mediante contrato de trabajo o a través de relación legal y reglamentaria, según corresponda, garantizando condiciones laborales justas y dignas.

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

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

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

Artículo 59. Vinculación de los Trabajadores del Sector Salud especialistas. La vinculación de los especialistas del área de conocimiento de ciencias de la salud podrá realizarse tanto en el sector público como el privado a través de las distintas modalidades que permita el ordenamiento jurídico colombiano para la contratación de servicios profesionales, incluidas las modalidades establecidas en el Código Sustantivo del Trabajo, garantizando las condiciones de trabajo dignas y justas.

Dicha vinculación se realizará acorde a los siguientes criterios:

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

Artículo 60. Pago digno, justo y oportuno: Los agentes del sistema de salud, independientemente de su naturaleza, tienen la obligación de girar de manera oportuna los valores por los servicios prestados a las instituciones prestadoras de servicios de salud, para que éstas efectúen el pago de las obligaciones, incluidas las laborales y/o contractuales al talento humano en salud, las cuales tendrán prioridad sobre cualquier otro pago, so pena de las sanciones por parte de las autoridades competentes.

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

En los casos de incumplimiento en el pago en los términos acá establecidos estará obligado a reconocer los intereses moratorios a la tasa equivalente a una y media veces el interés bancario corriente, certificado por la Superintendencia Financiera.

En ningún caso, se podrá superar la tasa superior a la fijada por la ley como límite de usura.

El incumplimiento de las disposiciones dará lugar a las investigaciones correspondientes por parte de las autoridades competentes, de acuerdo con la naturaleza contractual.

El Gobierno nacional reglamentará este artículo dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley.

Parágrafo. El Gobierno nacional establecerá los criterios vinculantes para lograr la contratación y remuneración justa y oportuna del Talento Humano en Salud

Artículo 61. Sanción por incumplimiento. Los agentes del sistema de salud, bien sean de naturaleza pública o privada, que contraríen de manera injustificada las normas y principios establecidos en la presente ley, respecto del talento humano del sistema de salud, serán sancionados por el Ministerio del Trabajo, la Superintendencia Nacional de Salud u otra autoridad competente, previo el cumplimiento del debido proceso.

Artículo 62. Garantías para el suministro de los medios de labor. Las Instituciones Prestadoras de Salud tanto públicas como privadas, independientemente de la forma de vinculación contractual, garantizarán los insumos, recursos, tecnologías en salud, así como los demás medios de labor necesarios y suficientes para la atención segura y con calidad a los usuarios del sistema, independientemente de su forma de vinculación contractual con la entidad.

Artículo 63. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo tendrá cobertura para todo el talento humano del sistema de salud, independiente de su forma de vinculación y la inspección, vigilancia y control del cumplimiento de las normas del Sistema de Riesgos Laborales por parte de los empleadores y contratantes corresponde al Ministerio del Trabajo de acuerdo con sus competencias.

Las Instituciones Prestadoras de Salud públicas y privadas y demás organizaciones que vinculen talento humano del sistema de salud deben desarrollar los Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo conforme lo dispuesto en la Ley 1562 de 2012, el Decreto Ley 1295 de 1994 o las que las modifiquen o adicionen y demás normas concordantes. Para tal efecto deben destinar los recursos suficientes de acuerdo con el número de trabajadores y la complejidad de la organización.

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

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

Artículo 64. Criterios de suficiencia patrimonial. El Ministerio de Salud y Protección Social, incluirá dentro de los criterios de suficiencia patrimonial y financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud, el cumplimiento oportuno de las obligaciones contractuales y legales del talento humano del sistema de salud, de conformidad con la presente ley, así como las quejas presentadas ante la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio del Trabajo y las Secretarías, Direcciones, Institutos o Unidades Administrativas Departamentales o Distritales de Salud por el incumplimiento de lo dispuesto en la presente ley y las sanciones impuestas por estas entidades.

El Ministerio del Trabajo y la Superintendencia Nacional de Salud certificarán con destino a las Secretarías, Direcciones, Institutos o Unidades Administrativas Departamentales o Distritales de Salud en los periodos que defina el Ministerio de Salud y Protección, la siguiente información:

1. Nombre del Prestador.
2. Nit
3. Código de habilitación del prestador en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.
4. Número de quejas por el no pago de las obligaciones laborales y/ o contractuales con el talento humano.
5. Periodos de mora en el pago al talento humano en salud.
6. Fecha de las quejas.

7. Sanciones impuestas.

Artículo 65. Estímulos para los profesionales de la salud que presten sus servicios en zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso. El Gobierno Nacional establecerá incentivos académicos, investigativos y económicos para los profesionales de la salud que presten sus servicios con calidad y humanización en las zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso por un periodo mínimo de seis (6) meses continuos, tanto en el sector público como privado.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentará dentro del periodo establecido en esta ley, los criterios de definición de las zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso, así como la oferta de incentivos.

CAPITULO XII. DISPOSICIONES FINALES

Artículo 66. Liquidación de Entidades Promotoras de Salud que no cumplen condiciones financieras de habilitación y permanencia. Una vez entre en vigencia la presente Ley y a más tardar dentro del día hábil siguiente a su expedición, la Superintendencia Nacional de Salud ordenará la intervención forzosa administrativa para liquidar de las Entidades Promotoras de Salud que a la fecha de expedición de la presente Ley no cumplan con las condiciones financieras de habilitación y permanencia.

Expedido el acto administrativo que ordena la intervención forzosa administrativa para liquidar, el Ministerio de Salud y Protección Social realizará la asignación de los afiliados a las Entidades Promotoras de Salud que cumplan con las condiciones financieras de habilitación y permanencia, conforme al procedimiento de asignación de afiliados expedido por el Gobierno nacional en virtud del artículo 154 y el parágrafo 1 del artículo 230 de la Ley 100 de 1993.

Artículo 67. Compensación de la prima por traslados de afiliados. El Ministerio de Salud y Protección Social reconocerá a las Entidades Promotoras de Salud que, con ocasión de lo dispuesto en el 0 de la presente Ley, reciban afiliados por la liquidación de Entidades Promotoras de Salud, un factor de compensación de máximo el cuatro por ciento (4%) adicional sobre el valor de la Unidad de Pago por Capitación correspondiente a los afiliados que sean trasladados a dichas Entidades Promotoras de Salud, con el fin de mitigar el choque negativo en la siniestralidad por la prestación de servicios rezagados de estos usuarios. Este factor de compensación será reconocido por una sola vez por efectos de los traslados de afiliados y durante un plazo máximo de cuatro (4) meses, contados a partir de la fecha en que la Entidad Promotora de Salud reciba los afiliados.

Parágrafo 1. El Gobierno nacional definirá los criterios a tener en cuenta en el cálculo del porcentaje para la Compensación de la prima por traslados de afiliados, el cual no podrá superar el cuatro por ciento (4%) adicional sobre el valor de la Unidad de Pago por Capitación. Este ajuste se hará una vez el Gobierno nacional cuente con la disponibilidad presupuestal y, de conformidad con la misma, el ajuste se podrá hacer de forma retroactiva; en todo caso, la compensación de la prima por traslados de afiliados será reconocida a partir de la fecha en que la Entidad Promotora de Salud reciba los afiliados.

Artículo 68. Acreditación de Entidades Promotoras de Salud. Dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente Ley, el Gobierno nacional reglamentará el proceso y las condiciones para la acreditación de las Entidades Promotoras de Salud que estén autorizadas para operar el aseguramiento. El procedimiento de acreditación debe ser voluntario para las Entidades Promotoras de Salud y no podrá condicionar la obtención de la autorización para operar el aseguramiento por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Los requisitos de acreditación deben ser diferentes a las condiciones de habilitación y permanencia que se le exigen a las Entidades Promotoras de Salud. En dicha reglamentación, el Gobierno

nacional deberá establecer los incentivos económicos y no económicos para las Entidades Promotoras de Salud que obtengan la acreditación.

Artículo 69. Ajustadores de Riesgo para la Unidad de Pago por Capitación - UPC. Con el fin de mejorar el cálculo de la UPC y con ello la suficiencia de esta, el Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad con los análisis y recomendaciones que realice el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, deberá revisar periódicamente los ajustadores de riesgo e incluir en los mismos las condiciones en salud de los individuos, de acuerdo con los criterios de selección de las condiciones en salud a tener en cuenta que defina el Consejo.

A partir de la inclusión de este nuevo ajustador, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá crear un sistema de seguimiento y evaluación que permita determinar los avances en los resultados en salud, derivados de las condiciones incorporadas en el ajustador de riesgo y de conformidad con dichos resultados determinar los incentivos a reconocer y pagar a las entidades obligadas a Gestionar integralmente el Riesgo en Salud, los cuales también deberán ser reconocidos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que participen en la atención de la población con las condiciones en salud establecidas.

Parágrafo: Este ajustador de riesgo deberá incorporarse para el cálculo de la UPC de la vigencia 2024 y como consecuencia de este se deberán hacer las modificaciones a que haya lugar a los ajustadores de riesgo y a los mecanismos de ajuste ex post a la UPC que hoy existen.

Artículo 70. Vigencia y derogatorias. La presente Ley rige a partir de su publicación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias. Se deroga expresamente el numeral 1 del artículo 3 de la Ley 1116 de 2006 y el artículo 239 de la Ley 1955 de 2019.

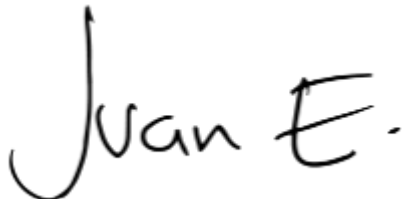
De los Honorables Congressistas:



ANDRÉS EDUARDO FORERO
Representante a la cámara



HONORIO HENRIQUEZ
Senador de la República



JUAN ESPINAL
Representante a la cámara



CHRISTIAN GARCÉS
Representante a la cámara

ANDRÉS FELIPE GUERRA
Senador de la República

CARLOS EDWARD OSORIO
Representante a la cámara

MIGUEL URIBE TURBAY
Senador de la República

OSCAR DARÍO PÉREZ
Representante a la cámara

MARÍA FERNANDA CABAL
Senadora de la República

EDUAR ALEXIS TRIANA RINCÓN
Representante a la Cámara
Departamento de Boyacá

JOSÉ VICENTE CARREÑO
Senador de la República

YENNY ESPERANZA ROZO ZAMBRANO
C.C.: 35.394.596 DE Mosquera

JENNY ESPERANZA ROZO
Senadora de la República

JOSUE ALIRIO BARRERA
Senador de la República

CIRO RAMIREZ
Senador de la República

YULIETH SÁNCHEZ
Representante a la cámara



CARLOS MANUEL MEISEL VERGARA
Senador de la República



PALOMA VALENCIA LASERNA

Nota Aclaratoria: declaro un conflicto de interés, y por tanto me aparto de los artículos 14, 15, 16, 18, 21, 25, 31, 38, 42, 44, 45, 48, 49, 50, 54, 55, 56, 58, 60, 62, 63 y 64, al tener un pariente en el primer grado de afinidad que tiene una IPS que sólo se dedica a la práctica médica privada, no contrata con el estado y tampoco trabaja con el Plan Obligatorio de Salud



JUAN FELIPE CORZO
Representante a la cámara



HOLMES ECHAVARRÍA
Representante a la cámara



JOSÉ JAIME USCÁTEGUI
Representante a la cámara



HERNÁN CADAVID
Representante a la cámara



HR. YENKA SUGÉIN ACOSTA INFANTE
Representante a la Cámara
Departamento del Amazonas

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. INTRODUCCIÓN

Para considerar cualquier reforma estructural al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es necesario que el Estado tenga en cuenta las facetas prestacionales del derecho fundamental a la salud, permitiendo identificar los niveles de goce del derecho y los estándares de medición que permitan analizar que no se están adoptando medidas de carácter regresivo, debido a que el acceso y la garantía de los derechos fundamentales no puede ser desmejorada; por el contrario, toda medida que se adopte debe mejorar el acceso y goce del derecho con un comparativo actualizado al momento en que se formula y adopta la medida. En materia de derechos fundamentales, el Estado debe propender por avanzar sobre lo construido y busca mejorar el acceso al derecho fundamental, partiendo de los logros que se han alcanzado y los desafíos que se han afrontado.

Han sido varios los avances que ha logrado el Sistema General de Seguridad Social en Salud desde su creación hasta la fecha, por lo que una propuesta normativa de reforma debe partir con la base en los avances y permitir superar las dificultades que se han evidenciado en la garantía del derecho fundamental; así, el ejercicio de análisis debe basarse en la evidencia práctica recopilada a lo largo de los 30 años que tiene este sistema, permitiendo contar con un esquema comparativo que identifique cómo los proyectos de reforma van a mejorar el acceso al derecho fundamental a la salud por parte de las personas y sobre todo que no configuren medidas regresivas que pongan en riesgo el acceso a la prestación de los servicios de salud y, por ende, la vida de las personas. Todo proyecto de ley que verse sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud debe contar con un análisis riguroso para su discusión democrática, pues la vida y la salud de las personas depende de la estabilidad y el adecuado funcionamiento del Sistema de Salud; no se puede dejar a la suerte la garantía del acceso al derecho fundamental esperando que una visión teórica pueda llegar a funcionar.

En esta exposición de motivos del proyecto de ley que se presenta a consideración del Honorable Congreso de la República, se presentan los datos y las justificaciones necesarias para que en el debate democrático se tome la mejor decisión para la vida y la salud de las personas. Por lo tanto, se parte de la presentación del Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, identificando sus logros, ventajas y oportunidades de mejora, las cuales permiten analizar las medidas que se deben adoptar para mejorar el acceso al derecho fundamental a la salud y garantizar su prestación en todo el territorio colombiano.

Cualquier cambio estructural que se realice al Sistema General de Seguridad Social en Salud debe soportarse en los logros y beneficios que se han alcanzado y contar con medidas progresivas que busquen mejorar el acceso al derecho fundamental a la salud, teniendo en cuenta que en los derechos fundamentales no es permisible adoptar medidas regresivas que impliquen perder los logros y metas alcanzados o caer en un Sistema que no logre si quiera mantener los niveles de acceso a la salud que actualmente se presentan.

2. SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD VIGENTE, LOGROS, VENTAJAS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA

El Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, creado por la Ley 100 de 1993, en desarrollo de lo dispuesto en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política de Colombia de 1991 y modificado en su estructura por las Leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015, entre otras, se encuentra bajo la dirección, coordinación y control a cargo del Estado y en éste pueden participar entidades públicas y privadas, tales como Entidades Territoriales, Entidades Promotoras de Salud - EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS. Así mismo, se consideran actores del sistema los individuos, las familias y las comunidades, quienes hacen parte del eje fundamental para el cuidado de la salud.

En Colombia, antes de la Ley 100 de 1993, se contaba con un Sistema de Salud conocido como Sistema Nacional de Salud, el cual se caracterizaba por baja cobertura, poca eficiencia, gastos directos de los particulares, y una enorme desigualdad, pues la población pobre era la más afectada. (Escobar, Giedion, Giuffrida & Glassman, 2010). Para 1992, alrededor del 80% de la población rural y el 45% de la urbana no estaba cubierta por sistema alguno y dependían únicamente de los servicios prestados por las entidades públicas de salud. (Zapata, 2012).

En este contexto, con la Ley 100 de 1993 se plantearon como objetivos la universalización de la cobertura de sistema y el logro de la equidad en el acceso, mediante unos nuevos esquemas contractuales que alentarían la eficiencia y estimularían la calidad (Londoño y Frenk, 1997 citado en Escobar et al, 2010). Para 1991, sólo se reportaban como beneficiarios de la seguridad social a través del Instituto de Seguros Sociales (ISS) al 28% de la población (DNP, 2000)¹, mientras que, con corte a septiembre del año 2022, se cuenta con una cobertura del aseguramiento del 98,81% de la población, permitiendo su acceso al Sistema de Salud y el Plan de Beneficios de Salud (MSPS, 2022).

El actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, se basa en el aseguramiento a través de las EPS, públicas y privadas, cuenta con la participación solidaria de todos sus integrantes y beneficiarios, pues los ciudadanos con capacidad de pago hacen aportes proporcionales a sus ingresos al sistema y están afiliados a este bajo el régimen contributivo, mientras que los ciudadanos sin capacidad de pago se pueden afiliar mediante el régimen subsidiado, en el cual no realizan cotización y el Estado asume la financiación de los servicios. Actualmente, los afiliados a ambos regímenes tienen derecho a las mismas prestaciones asistenciales que hacen parte del Plan de Beneficios de Salud - PBS (ANIF, 2022). Es decir que el poder adquisitivo no es una barrera de acceso al sistema. En el Acuerdo Número 260 de 2004, se define el régimen de copagos y cuotas moderadoras dentro del SGSSS y establece lo siguiente:

	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
Cuotas Moderadoras	<ul style="list-style-type: none">● Afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos SMLMV es del 11.7% de un SMLMV.● Afiliados cuyo ingreso base de cotización sea entre dos y cinco SMLMV es del 46.1% de un SMLMV	<ul style="list-style-type: none">● No se cobran cuotas moderadoras.● Según el Decreto 616 de 2022, la población que se encuentren en el grupo D estará sujeta a pagos de cuotas moderadoras; sin embargo, a fecha de hoy,

		<ul style="list-style-type: none"> ● Afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor a cinco SMLMV es del 121.5% de un SMLMV 	no se ha reglamentado el monto.
Copagos	Valor	<ul style="list-style-type: none"> ● Afiliados beneficiarios cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos SMLMV es del 11.5% de un SMLMV. ● Afiliados beneficiarios cuyo ingreso base de cotización sea entre dos y cinco SMLMV es del 17.3% de un SMLMV ● Afiliados beneficiarios cuyo ingreso base de cotización sea mayor a cinco SMLMV es del 23% de un SMLMV ● Afiliados contribuyentes no habrá cobro de copagos 	<ul style="list-style-type: none"> ● Para los casos de indigencia y las comunidades indígenas no habrá lugar al cobro de copagos. ● Afiliados subsidiados en el grupo A y B del Sisbén IV será del 5% del valor de la cuenta. ● Afiliados subsidiados en el grupo C del Sisbén IV y Nivel 3 de Sisbén 3 será del 10% del valor de la cuenta.¹ ● Según el Decreto 616 de 2022, la población que se encuentren en el grupo D estará sujeta a pagos de cuotas moderadoras; sin embargo, a fecha de hoy, no se ha reglamentado el monto.
	Tope máximo por evento	<ul style="list-style-type: none"> ● Afiliados beneficiarios cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos SMLMV es del 28.7% de un SMLMV. ● Afiliados beneficiarios cuyo ingreso base de cotización sea entre dos y cinco SMLMV es del 115% de un SMLMV ● Afiliados beneficiarios cuyo ingreso base de cotización sea mayor a cinco SMLMV es del 230% de un SMLMV. ● Afiliados contribuyentes no habrá cobro de copagos 	<ul style="list-style-type: none"> ● Para los casos de indigencia y las comunidades indígenas no habrá lugar al cobro de copagos. ● Afiliados subsidiados en el grupo A y B del Sisbén IV será del 25% de un SMLMV. ● Afiliados subsidiados en el grupo C del Sisbén IV será del 50% de un SMLMV. ● Nivel 3 de Sisbén 3 será del 30% del valor de la cuenta². ● Según el Decreto 616 de 2022, la población que se encuentren en el

¹ <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/Conceptos-sobre-copagos-regimen-subsidiado.pdf>

² <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/Conceptos-sobre-copagos-regimen-subsidiado.pdf>

			grupo D estará sujeta a pagos de cuotas moderadoras; sin embargo, a fecha de hoy, no se ha reglamentado el monto
	Tope máximo por año calendario	<ul style="list-style-type: none"> ● Afiliados beneficiarios cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos SMLMV es del 57.5% de un SMLMV. ● Afiliados beneficiarios cuyo ingreso base de cotización sea entre dos y cinco SMLMV es del 230% de un SMLMV. ● Afiliados beneficiarios cuyo ingreso base de cotización sea mayor a cinco SMLMV es del 460% de un SMLMV. ● Afiliados contribuyentes no habrá cobro de copagos 	<ul style="list-style-type: none"> ● Para los casos de indigencia y las comunidades indígenas no habrá lugar al cobro de copagos. ● Afiliados subsidiados en el grupo A y B del Sisbén IV será del 50% de un SMLMV. ● Afiliados subsidiados en el grupo C del Sisbén IV será del 100% de un SMLMV

Como se refería anteriormente, la población que tiene capacidad de pago como trabajadores, independientes, entre otros, hace parte del Régimen Contributivo (RC), quienes están obligados a contribuir con un porcentaje de sus ingresos al sistema (estos aportes, inyectan capital al sistema, garantizando así la solidaridad como población de quienes tienen capacidad de pago con los que no para que tengan acceso a los mismos derechos). Mientras que, la población pobre y vulnerable, sin capacidad de pago, hace parte del Régimen Subsidiado y por tanto son las entidades territoriales quienes deben concurrir a la financiación de la Unidad de Pago de Capitación (UPC). Sin embargo, actualmente el Decreto 616 de 2022 y la Resolución 925 de 2022, establece que los individuos correspondientes al grupo D según la clasificación del Sisbén IV, son población no pobre y no vulnerable que no cumplen los requisitos para ser cotizante o beneficiario en el RC, por lo que deberán contribuir al sistema de acuerdo con sus ingresos.

Es decir, todos cuentan con los mismos beneficios, sin importar capacidad de pago. Esto se puede evidenciar en el gasto de bolsillo que tiene que hacer la población, en especial la más pobre, es mínimo. En Colombia el gasto de bolsillo del para el 2019 equivalía al 14,9% del gasto corriente en salud, siendo esta la cifra más baja de la región³. Es decir, que en Colombia el aseguramiento permite que, ante cualquier evento en salud, las familias no se endeuden o deban vender sus bienes para poder pagar por medicamentos, procedimientos o atenciones en salud. Esto evidencia que Colombia aporta una protección financiera a las familias ante los gastos catastróficos derivados de costos asociados a los servicios de salud.

En este contexto, el aseguramiento se ha constituido como la principal estrategia del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en la medida que, al lograr la ampliación de su cobertura a

³ Fuente cifras www.opendata.PAHO.org.

cerca del 99% de la población para el año 2022, se ha hecho notable la obtención de beneficios en salud para la población, lo cual se ha reflejado en el acceso a la prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan de Beneficios. Cabe mencionar que las funciones de las EPS corresponden a aquellas propias de un asegurador tales como: afiliar, administrar y gestionar el riesgo⁴ financiero, resultados en salud⁵ y todos los riesgos conexos. Adicionalmente, articular los servicios que garanticen el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud, incluidos en el PBS y presupuestos máximos, responder por las incapacidades de enfermedad general, y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario⁶.

Para la gestión del riesgo individual de la población a su cargo, las EPS deben realizar la identificación, análisis y gestión del riesgo en salud de sus afiliados, la organización de la prestación de servicios de salud según los riesgos identificados, y la implementación y el monitoreo de acciones orientadas a la mitigación de eventos no deseados, evitables y negativos para la salud de las personas. Una de las estrategias para gestionar el riesgo en salud es el modelo de atención, que es el conjunto de políticas, estrategias, lineamientos y herramientas que buscan mejorar los resultados en salud de los afiliados de acuerdo con las necesidades específicas de la población, en los distintos territorios donde se encuentran los afiliados y sus familias.

Las EPS han adoptado como parte de los procesos de gestión del riesgo y en cumplimiento a las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS (las cuales definen las condiciones para asegurar la integralidad en la atención), programas enfocados a cada grupo poblacional, sus familias y la comunidad. El propósito de estas intervenciones integrales es enfocarse en la detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud. Algunos programas que tienen las EPS son, por ejemplo, Crecimiento y Desarrollo, Programa Ampliado de Inmunización - PAI, Programa joven, programa adulto, Salud Oral, Salud visual, planificación familiar, Programa de control de la gestante y su familia, programa de prevención de cáncer de cuello uterino.

Es importante aclarar que uno de los criterios de autorización, habilitación y permanencia de las EPS, es implementar un sistema integral de gestión de riesgos, que articula el riesgo en salud con los riesgos financieros y operacionales, permitiendo fortalecer las acciones preventivas y basar sus contrataciones en modelos predictivos.

Adicionalmente, en el sistema de salud las EPS deben cumplir condiciones financieras y de solvencia, lo que se traduce en un capital suficiente para soportar la operación de acuerdo con los riesgos a los que están expuestas; por lo cual, las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011 y el Decreto

⁴ Ministerio de Salud y Protección Social. Gestión Integral de Riesgo en Salud
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-prespectiva-desde-aseguramiento.pdf>

⁵ El Ministerio de Salud y Protección Social, lo define como “la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo [...] El evento es la ocurrencia de la enfermedad o su evolución desfavorable y sus causas son los diferentes factores asociados” (2013).

⁶ Ministerio de Salud y Protección Social. Aseguramiento al sistema general de salud.
<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubordinado/Paginas/aseguramiento-al-sistema-general-salud.aspx>

2707 de 2014 establecen las condiciones financieras que deben tener las EPS: acreditar solvencia y liquidez, tener un capital mínimo⁷, constituir reservas y mantener un patrimonio adecuado.

Para el aseguramiento obligatorio en Colombia se calcula un margen de solvencia requerido aproximadamente de \$5.1 billones de pesos⁸, de acuerdo con los ingresos de UPC en el último año. De esto se señala, que año a año los ingresos aumentan con la UPC y, por tanto, proporcionalmente con el IPC sector salud y otros factores que afectan los precios y tarifas de las tecnologías en salud. Por otro lado, las entidades que actualmente operan el aseguramiento, con corte a octubre de 2022, de acuerdo con la información publicada por la Superintendencia Nacional de Salud, aquellas que no cuentan con suficiencia patrimonial deben capitalizarse en \$4,4 billones para el cumplimiento del patrimonio adecuado. Para este mismo corte de información, las entidades contaban con patrimonio capitalizado por valor de \$3.6 billones, el cual tuvo un aumento cercano a \$2.2 billones de pesos⁹ en los últimos 5 años, en respuesta a las necesidades de contar con solvencia en el sector para la operación.

A su vez, para que el aseguramiento pueda operar de manera eficiente y tenga la capacidad de atender todas las obligaciones, es indispensable que se constituyan reservas técnicas y realicen inversiones liquidas que respalden esas inversiones con el fin de garantizar el pago de las obligaciones contraídas con los proveedores. Las reservas técnicas deben corresponder a todo aquello conocido y no conocido para cumplir con las obligaciones. Actualmente, se debe contar con unas inversiones que respalden un total de \$21,2 billones¹⁰. Se debe tener claro que las EPS deben cumplir con un régimen de inversiones, para que estas sean seguras y estables para evitar pérdidas del recurso invertido. En algunos casos las EPS tiene rendimientos financieros, los cuales pueden ayudar a apalancar el costo en salud o pueden ir a las utilidades de las EPS que pueden ser distribuidos o capitalizados para el cumplimiento de las condiciones financieras.

Por último, es importante resaltar que, el riesgo financiero actualmente en el sistema es asumido por los acreedores de las EPS, y de alguna manera, también lo asumen las EPS receptoras de usuarios de las EPS liquidadas¹¹. Cabe resaltar que, los socios de las EPS deben realizar capitalizaciones para alcanzar un nivel de solvencia y de reservas suficiente en caso de incumplir con esto.

Es así que, con el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el aseguramiento en Colombia ha aumentado de forma sostenida, pasando de menos del 25% de la población antes de 1993 y llegando a un máximo histórico de 99% en el 2021, como se ve en la siguiente gráfica (ANIF, 2022).

⁷ El capital mínimo varía según los regímenes aprobados que tenga la entidad y se ajusta cada año según el IPC.

⁸ Cálculos propios. Información publicada Superintendencia Nacional de Salud. Estados Financieros EPS.

⁹ Cálculos propios. Información publicada Superintendencia Nacional de Salud. Estados Financieros EPS.

¹⁰ Cálculos propios reservas técnicas información publicada por la Superintendencia Nacional de salud de los estados financieros de las EPS.

¹¹

Gráfico 1. Evolución de la afiliación al SGSSS

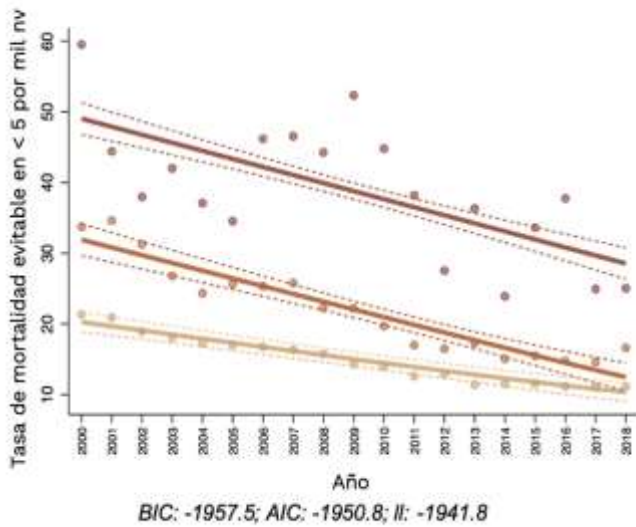


Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2021).

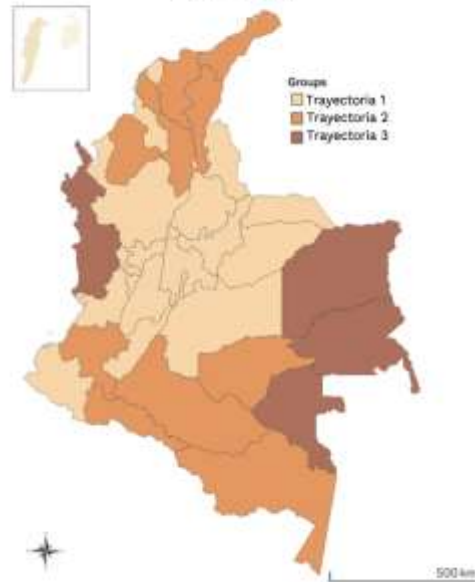
“Ese aumento en el aseguramiento ha permitido a los ciudadanos acceder a servicios de salud en mayor medida y tener mejores resultados en salud, sin enfrentarse a gastos desestabilizantes. Por ejemplo, en los últimos 30 años la expectativa de vida al nacer de los colombianos ha aumentado en más de siete años, pasando de 69 años a 77 años, y la mortalidad infantil se redujo en más del 50%, pasando de alrededor de 26 muertes por 1000 nacidos vivos a 12” (ANIF, 2022).

En las siguientes gráficas, presentadas por el Ministerio de Salud y Protección Social en la audiencia de rendición de cuentas del año 2021-2022, se muestran algunos indicadores de salud pública que permiten evidenciar como se han disminuido los principales riesgos en salud de la población, desde que se ha implementado la estrategia del aseguramiento y se ha ampliado el acceso a los servicios de salud.

a. Evolución de la tasa de mortalidad evitable en niños menores de cinco años según trayectoria de departamentos



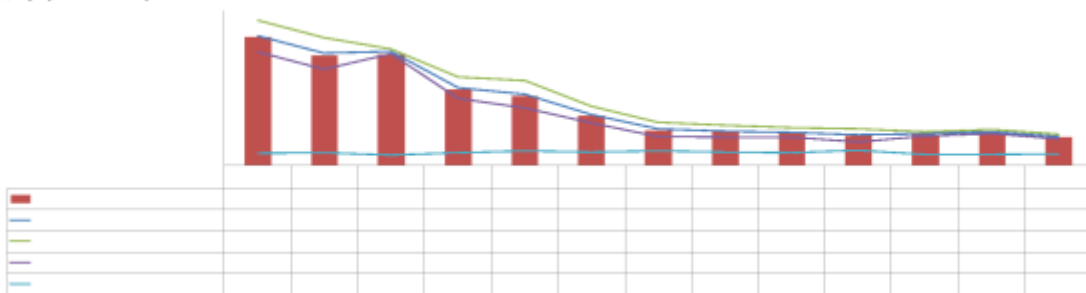
b. Perfiles de departamentos según trayectoria



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2022).



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2022).



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2022).

Se resalta que al comparar los resultados en salud de Colombia respecto de países latinoamericanos y de ingresos medio altos, el país en algunos casos se encuentra mejor que sus pares. En las últimas dos décadas, Colombia ha logrado coberturas de vacunación de BCG en menores de un año entre 84% y 97%, en la mayoría de los años evaluados, por debajo de la cobertura estimada para los países de América Latina y el Caribe (LAC). Durante el 2020, el primer año de la pandemia por COVID-19, se presentó un descenso 5 puntos porcentuales en la cobertura de vacunación en LAC (2019: 91,3%; 2020: 86%); no obstante, Colombia logra mantener una cobertura similar previo a pandemia (2019: 90%; 2020: 89%). En comparación con los países de ingreso medio-alto, el país ha presentado coberturas de vacunación de BCG inferiores al promedio de este grupo de países desde 2007, alcanzando la cobertura más baja en el 2010 (84%); no obstante, desde el 2010, se observa una disminución en la brecha respecto a ese promedio.

Es así como, en el 2010, la cobertura de vacunación para Colombia se encontraba 11,7 puntos porcentuales por debajo del promedio de los países de ingresos medio-alto, mientras que para el 2020 y 2021, esta diferencia fue de 1,4 y 4,3, respectivamente. De acuerdo con la información publicada en el Observatorio de Salud Global de la OMS, para el 2019, Colombia se ubicaba en el puesto 36 de los 49 países de UMI, para el segundo año de la pandemia por COVID-19 asciende 2 puestos, ubicándose en el puesto 34.

En el caso de la vacunación de DPT3 durante los últimos 20 años, Colombia ha logrado coberturas de vacunación de DPT3 en menores de un año entre 79% y 94%, superando las coberturas estimadas para los países de LAC desde el 2017, y acercándose a la cobertura útil ($\geq 95\%$) previo a la pandemia (2019: 94%). A nivel mundial, se presenta un descenso en las coberturas en los últimos 2 años (2019: 86%, 2020: 81%); si bien Colombia no ha sido la excepción, logra mantener niveles superiores al 85%, a diferencia de países como Perú, México, Argentina y Ecuador que, para 2021, presentan coberturas de 82%, 78%, 76% y 72%, respectivamente. El promedio en la cobertura de vacunación de DPT3 en la OECD y los países de ingresos altos (*High Income - HI*), durante el periodo de análisis (2000-2021), se encuentra alrededor del 95%. Si bien Colombia presenta un comportamiento fluctuante en este mismo periodo, desde 2012 alcanzó coberturas superiores al 90%, llegando al 94% en 2019; similar a los resultados promedio de los países de la OECD e ingresos altos.

Realizando esta misma comparación con los países de ingreso medio-alto, desde 2015 las coberturas nacionales superan las de este grupo de países, siendo la diferencia de 4,7 puntos porcentuales por encima al promedio previo al inicio de la pandemia por COVID-19 (2019), ocupando el puesto 17 de 43 países de ingreso medio-alto; para el 2021, la diferencia es de 1,3 puntos porcentuales, ubicándose en el puesto 21.

En cuanto a la triple viral en niños de 1 año, en las 2 últimas décadas, Colombia ha logrado coberturas entre 86% y 95%, alcanzando la cobertura útil en el año 2019 ($\geq 95\%$), previo al inicio de la pandemia por COVID-19, de acuerdo con las estimaciones realizadas por la OMS. Desde 2015, la cobertura promedio de los países de LAC presenta una tendencia decreciente en las coberturas de vacunación, pasando de 92,2% a 82,9% en el 2021, mientras que, Colombia se encontraba en aumento de sus coberturas hasta el 2019 con el advenimiento de la pandemia. A pesar de la disminución presentada, en 2021 Colombia siguió superando la cobertura de vacunación de triple viral mundial (81%), LAC (82,9%) y de los países de ingreso medio-alto (82%) con el 86% registrado.

De acuerdo con las estimaciones de la OMS para cada país, Colombia consigue coberturas de vacunación superior al promedio de LAC para el periodo 2000-2021, excepto para los años 2010 y

2011. Por otro lado, en comparación con otros países de la región, los resultados alcanzados superan aquellos de países como Argentina, Perú y Ecuador, siendo la diferencia con este último de 21 puntos porcentuales para el último periodo evaluado (2020-2021).

En cuanto a los países de ingreso medio-alto, desde 2012, la cobertura de vacunación alcanzada por el país supera el promedio de este grupo, siendo la diferencia de 7,5 puntos porcentuales por encima al promedio previo al inicio de la pandemia por COVID-19 (2019), ocupando el puesto 17 de 43 países de ingreso medio-alto; para el 2021 la diferencia es de 4 puntos porcentuales, ubicándose en el puesto 22.

En cuanto a la razón de mortalidad infantil y de la niñez, en comparación con los países de ingresos medio-altos, las tasas de mortalidad infantil y de la niñez de Colombia fueron inferiores al promedio de este grupo de países durante el periodo comprendido entre 1990 y 2019. De hecho, para el último año, el país ocupó el puesto 23 de 52 países de ingresos medio-altos, con una tasa de 11,8 muertes en menores de 1 año y 13,8 muertes en menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos (NV); siendo el primer puesto para Montenegro (tasas de 2 y 2,3, respectivamente) y el último lugar para Guinea (tasas de 60,4 y 81,8, en ese orden).

Por otra parte, a nivel mundial, entre 2000 y 2017, se presentó una reducción de la razón de mortalidad materna a 42 días (RMM) de aproximadamente 38%, de acuerdo con la información de la OMS. Al igual que la mortalidad infantil y de la niñez, se evidencian grandes diferencias entre países, siendo para los países de ingresos bajos superior a 500 muertes maternas por cada 100.000 NV, mientras que los países de ingresos altos y aquellos pertenecientes a la OECD, en promedio, presentaron 13 y 9 muertes maternas por 100.000 NV para 2017. En cuanto a los países de ingresos medio-altos, el promedio de muertes maternas fue de 65 por cada 100.000 NV en el año 2017, superior a la presentada por Colombia.

En el caso de Colombia, para el periodo comprendido entre el 2005 y 2017, teniendo en cuenta los datos reportados por el Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS (*Bodega de Datos de Sispro - Cubo Indicadores*) y el DANE, que se constituyen en la fuente oficial para el país y coincide con la información de la OECD, se registró una reducción de 46%, al pasar de 94 en 2000 a 51 muertes por 100.000 NV en 2017, siendo la RMM del país inferior al promedio de los países de LAC (diferencia estadísticamente significativa), e incluso a la de los países de ingresos medio-altos.

Respecto al grupo de países de ingresos medio-altos, se encuentra que, desde 2003 la razón de mortalidad materna de Colombia es inferior al promedio de este grupo, encontrándose en el puesto 27 de 48 países en el 2017; siendo el primer puesto para Belarús y el último lugar para Guinea Ecuatorial (2 y 301, respectivamente). En la región de las Américas de la OMS, la RMM se movilizó entre 10 y 480 muertes maternas por cada 100.000 NV en el año 2017, siendo los países con las menores razones Canadá, Chile, Uruguay, Estados Unidos y Granada (10, 13, 17, 19 y 25 muertes maternas por 100.000 NV, respectivamente), mientras que Haití, Guyana, Bolivia, Venezuela y Suriname son los que presentan los peores resultados de la región (480, 169, 155, 125 y 120 muertes maternas por 100.000 NV, en ese orden). Para este periodo, Colombia ocupó el puesto 14 de 33 países de la región de las Américas, superando a Perú, Ecuador y Brasil; disminuyendo las brechas de inicio de milenio con países como Chile, México y Argentina.

Para lograr estos objetivos, el Sistema General de Seguridad Social en Salud ha integrado la participación del Estado, las Entidades Territoriales, las EPS, las IPS, públicas, privadas y mixtas, las

comunidades, las familias y los individuos, quienes hacen parte del eje fundamental para el cuidado de la salud, desde las actividades de prevención y mantenimiento hasta la atención de la enfermedad.

No obstante, aún quedan diferentes aspectos que el sistema debe abordar de forma articulada entre los actores para que la cobertura universal reflejada en el alto porcentaje de afiliados se manifieste de igual manera en el acceso efectivo a los servicios, de forma continua e integral, superando la división existente entre la Gestión del Riego en Salud a nivel individual realizada por el aseguramiento, el modelo de prestación de servicios centrado en la curación y las funciones propias de la salud pública en cabeza de los Entes Territoriales, con capacidades y recursos insuficientes y diferentes a nivel nacional.

El actual sistema presenta una baja intervención en cuanto a los determinantes sociales de la salud, con un bajo compromiso e intervención por parte de los sectores que intervienen directamente en los mismos, de otra parte, el modelo de atención no es integral, tiene un bajo desarrollo en lo que corresponde a la promoción y mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad, siendo poco resolutivo en los niveles primarios, generando una mayor frecuencia en el uso de servicios de mediana y alta complejidad, es así como sólo uno de cada dos colombianos asiste a una consulta de prevención al año y la tasa de hospitalización anual es de cerca del 10%, más del doble de la tasa de hospitalización de México o Brasil (Ruiz y Zapata, 2017) y 235 por cada 100.000 personas entre los 30 y 70 años mueren por causas evitables (enfermedades isquémicas del corazón, accidentes cerebrovasculares, EPOC y enfermedad renal crónica). Fuente: EEVV, DANE, IHME.

Por su parte, es preciso tener en cuenta que hay factores que determinan los resultados en salud, los cuales deben ser trabajados de forma articulada entre diferentes sectores. Por ejemplo, la desnutrición infantil se ha asociado en el corto plazo con aumento de la mortalidad, 45% de las muertes infantiles, morbilidad y discapacidad, y a largo plazo con bajas habilidades intelectuales, productividad económica, desempeño reproductivo y enfermedades cardiovasculares y metabólicas. De los tres tipos de indicadores para medir la DNT, el bajo peso para la edad o desnutrición global (DG), la desnutrición aguda (DA) y la desnutrición crónica (DC), la DG es el indicador más utilizado y en el que se han establecido las metas de reducción a nivel internacional.

En la región, países como Argentina, Brasil, Chile y Jamaica presentan prevalencia de desnutrición global inferior al 2,5%, mientras que, con más del 10% de los niños y niñas en Guatemala, Guyana y Haití presentan esta condición. En Colombia la DG ha descendido, al pasar de 8,6% en 1990 a 3,7% en 2015 y según datos de la ENSIN la región Atlántica presenta la mayor prevalencia de DG con 5,8%, seguida de la región oriental (3,8%), región Central (3,5%) y, finalmente, la región Orinoquía-Amazonía (2,9%). Por pertenencia étnica, la mayor prevalencia la presentan los grupos indígenas, lo cual no solo ocurre en Colombia, sino que es predominante en el resto de la región.

La DC es un problema en la mayoría de los países (67%) y en Colombia se ha evidenciado un descenso marcado del 49% en su prevalencia durante los últimos 20 años, con una disminución en la brecha entre la DC y la DG. Ahora, las diferencias en las regiones nos muestran que para el 2015, las mayores prevalencias se presentaron en Bogotá (13%), la región Orinoquía-Amazonía (12,3%) y la región Atlántica (12,1%) y, respecto al grupo etario, los menores de 1 año son los que presentan la mayor prevalencia; sin embargo, aproximadamente el 27% de estos menores presentaron bajo peso al nacer (BPN).

Otras de las falencias del Sistema General de Seguridad Social en Salud se encuentran asociadas con la falta de recurso humano en salud, de acuerdo con las necesidades de la población y la oferta existente, así como las condiciones de empleabilidad del mismo que en muchos casos resultan precarias y la casi nula alineación de los incentivos económicos con la calidad de los servicios, reflejada en los resultados en salud de la población. En este sentido, es preciso que desde la Ley se aborden nuevamente una serie de aspectos relacionados con el modelo de atención y prestación de los servicios, las competencias de los actores, el talento humano en salud y la financiación del sistema para poder lograr la materialización del derecho fundamental a la salud, desde las lecciones aprendidas y los logros obtenidos en estas tres décadas de evolución del sistema.

Adicionalmente, existen barreras relacionadas con la oferta, como la falta de centros de atención, que es mucho más notable en las zonas rurales y rurales dispersas. Sin embargo, el acceso de los servicios de salud por sí solo no son suficientes; la atención sanitaria también debe ser de alta calidad. Para garantizar esto, es necesario que exista sostenibilidad financiera, confianza y fortaleza en materia de gobernanza. Es indispensable que se generen estímulos económicos para que las entidades del sector privado se involucren en la prestación del servicio de salud en las zonas alejadas y dispersas, para no poner en riesgo la prestación del servicio de salud en estos territorios. Sin embargo, el acceso de los servicios de salud por sí solo no son suficientes; la atención sanitaria también debe ser de alta calidad. un informe conjunto entre el Banco Mundial, la OMS y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), plantean que los servicios de salud de baja calidad están frenando el avance de las mejoras en el sector de salud en países de todos los niveles de ingreso. En este sentido, se deben generar estímulos económicos para que las entidades del sector privado se involucren en la prestación del servicio de salud en las zonas alejadas y dispersas, para no poner en riesgo la prestación del servicio de salud en estos territorios.

Por otra parte, se debe tener en cuenta que los recursos son finitos y es por lo cual se debe hacer una adecuada gestión de riesgos por parte de cada uno de los actores y contar con una articulación. Múltiples factores aumentan el riesgo en salud como: el envejecimiento de la población, los cambios tecnológicos, el incremento en la utilización de servicios de salud y el aumento en las expectativas en salud. Esto, genera presiones financieras en el sector que afectan la sostenibilidad financiera, especialmente, de los servicios que no estaban incluidos en el PBS. Empero, la UPC integral incluyó algunos servicios excluidos del PBS, facilitando la atención integral al paciente y gestionando el riesgo en salud. Actualmente, el aseguramiento efectúa una negociación de servicios de salud y administrativos, controlando las tarifas e inflación en materia de salud.

Ahora bien, actualmente existen malas prácticas por parte de los diferentes actores del sistema hablando específicamente de las EPS, IPS y entidades territoriales desde pacientes fantasma, sobrecostos en medicamentos, evasión, elusión, hasta hospitales públicos convertidos en fortines de particulares, las cuales se volvieron frecuentes en el país. Un ejemplo de estas malas prácticas son los carteles que se crean entorno a enfermedades de alto costo y/o enfermedades huérfanas. En el 2018 se descubre el Cartel del VIH en el departamento de Córdoba, el cual consistía en la apropiación de los recursos destinados a la atención de pacientes con el virus; mediante la imposición de tuteladas hacia las EPS para que pacientes inexistentes fueran tratados con bienes y servicios excluidos en el PBS. El cartel de la hemofilia se fundamentaba en realizar los cobros de los medicamentos para tratar esta enfermedad de pacientes ficticios.

Este tipo de malas prácticas no son ajenas al sistema colombiano, puesto que se evidencia situaciones similares en Países Bajos, Eslovenia, Italia, entre otros. En Países Bajos¹², se ha evidenciado que facturan al asegurador el uso de productos sanitarios o medicamentos cuando dichos productos sanitarios ya hayan sido incluidos en el tratamiento. En Eslovenia¹³, algunos proveedores facturan servicios hospitalarios cuando se realiza atención ambulatoria de especialistas y existen redes de médicos que obtienen y venden medicamentos de manera ilegal. Por último en Italia¹⁴ ha sido el epicentro de los escándalos de corrupción en materia de salud de Europa Occidental debido a los sobornos de las farmacéuticas a algunos funcionarios públicos con el fin de mantener los precios de los medicamentos altos y las irregularidades en la asignación de las camas hospitalarias.

Aunado a las malas prácticas, en algunos casos se observan debilidades en la gerencia de los actores del sistema. Por un lado, algunas EPS no han tenido la disposición para capitalizar por lo que entran en incumplimiento de las condiciones financieras de habilitación, o no cuentan con las herramientas para la buena operación del aseguramiento. Por otra parte, así como las EPS tienen la función del aseguramiento de la población, el pago a prestadores de servicios de salud de todo lo correspondiente al Plan de Beneficios en Salud y lo correspondiente a presupuestos máximos, los prestadores de servicios de salud tienen la obligación del pago de insumos y del recurso humano que se requiera para cumplir con sus contratos con el aseguramiento, en ese sentido, todo el pasivo laboral es responsabilidad de los prestadores. El pasivo laboral debería ser muy bajo en el sistema, lo cual reflejaría buenas prácticas en la gerencia ya que permite tener mejor calidad en el servicio y mitigar riesgos en salud

Al analizar la información disponible, se encuentra una debilidad en la gerencia de acuerdo con el pasivo laboral de las IPS, el cual en las privadas es de aproximadamente el 14%, mientras que en las públicas es del 41% respecto al total de los pasivos de los últimos cuatro años¹⁵. Esto indica mayores debilidades de las entidades públicas en cuanto a: **i)** la gestión del riesgo de crédito, al no contar con mecanismos ante la posibilidad que la entidad incurra en pérdidas como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte de sus deudores; **ii)** la gestión del riesgo de liquidez al no contar con los recursos necesarios para pagar con sus obligaciones y; **iii)** gestión del riesgo en salud, dado posibles paros de su cuerpo médico, afectando la atención de los pacientes.

Han sido varios los avances que se han desarrollado para garantizar el acceso al derecho fundamental a la salud de las personas, permitiendo contar con una cobertura aproximada del 99% de la población asegurada y logrando que el acceso al Plan de Beneficios en Salud sea igual para todas las personas, indistintamente de su capacidad de pago; en este sentido, han sido varios los beneficios progresivos que se han implementado para garantizar el derecho, por lo que, cualquier cambio estructural que se realice al Sistema General de Seguridad Social en Salud debe soportarse en los logros y beneficios que se han alcanzado y contar con medidas progresivas que busquen mejorar el acceso al derecho fundamental a la salud, teniendo en cuenta que en los derechos fundamentales no es permisible adoptar medidas regresivas que impliquen perder los logros y

¹² Healthcare Fraud, Corruption and Waste in Europe.

¹³ Healthcare Fraud, Corruption and Waste in Europe.

¹⁴ <https://www.washingtonpost.com/archive/politics/1994/04/03/italian-health-care-system-serves-all-but-is-mired-in-corruption/3b51fb01-1e08-4dfb-bdd8-5072d1edc4f9/>

¹⁵ Cálculos propios a partir de los estados financieros de las IPS publicados en la Supersalud y el balance general de SIHO para los últimos 4 años.

metas alcanzados o caer en un Sistema que no logre si quiera mantener los niveles de acceso a la salud que actualmente se presentan.

Los derechos fundamentales, dentro de los que se encuentra el derecho a la salud, son de protección especial, debido a que, conforme a la Constitución Política, su prestación debe ser progresiva y sostenible, razón por la cual el Estado no puede adoptar medidas de carácter regresivo que dificulten o impidan el acceso al goce efectivo del derecho fundamental. En este sentido, la Corte Constitucional, M.P. María Victoria Calle Correa, en sentencia T-388 de 2013, manifestó:

“Las facetas prestacionales de un derecho fundamental son, excepcionalmente, de aplicación inmediata y, usualmente, de realización progresiva, en cuyo caso, las personas tienen, por lo menos, el derecho constitucional a que exista un plan escrito, público, orientado a garantizar progresiva y sosteniblemente el goce efectivo del derecho, sin discriminación y con espacios de participación en sus diferentes etapas, que, en efecto, se esté implementando. La violación o la amenaza de las facetas prestacionales de realización progresiva suelen demandar del juez de tutela que se impartan órdenes complejas, que busquen la efectividad de los derechos, respetuosas de las competencias democráticas y administrativas constitucionalmente establecidas, que sean prudente y abiertas al diálogo institucional. La valoración que se haga a partir de los parámetros que se ocupen de la estructura, del proceso y de los resultados de la política pública de la cual dependa el goce efectivo del derecho fundamental que se busca proteger con la orden compleja, determinarán si hay un nivel de cumplimiento alto, medio, bajo, o, simplemente, de incumplimiento.”

Así las cosas, en la referida jurisprudencia, la Corte Constitucional manifestó que *“El Estado, en virtud de sus obligaciones constitucionales, tiene el deber de contar con políticas públicas escritas, que garanticen progresiva y sosteniblemente, el goce efectivo de las facetas prestacionales de los derechos fundamentales”* (T-388/2013). Por otro lado, en un análisis sobre medidas regresivas que afectan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, la Corte Constitucional, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, en sentencia C-313 de 2014, manifestó:

“Para la Corporación, resulta indispensable precisar desde ya, el alcance del principio de no regresividad, el cual se predica de derechos fundamentales como el aquí regulado, a objeto de orientar el significado de la disposición revisada. En relación con este principio, se ha sentado, de manera general y reiterada, lo siguiente:

“[...] cuando una medida regresiva es sometida a juicio constitucional, corresponderá al Estado demostrar, con datos suficientes y pertinentes, (1) que la medida busca satisfacer una finalidad constitucional imperativa; (2) que, luego de una evaluación juiciosa, resulta demostrado que la medida es efectivamente conducente para lograr la finalidad perseguida; (3) que luego de un análisis de las distintas alternativas, la medida parece necesaria para alcanzar el fin propuesto; (4) que no afectan el contenido mínimo no disponible del derecho social comprometido; (5) que el beneficio que alcanza es claramente superior al costo que aparece.

En todo caso, la Corte ha considerado que el juicio debe ser particularmente estricto cuando la medida regresiva afecte los derechos sociales de personas o grupos de personas especialmente protegidos por su condición de marginalidad o vulnerabilidad. A este respecto

la Corte ha señalado: “si en términos generales los retrocesos en materia de protección de los derechos sociales están prohibidos, tal prohibición prima facie se presenta con mayor intensidad cuando se desarrollan derechos sociales de los cuales son titulares personas con especial protección constitucional”.

Una medida se entiende regresiva, al menos, en los siguientes eventos: (1) cuando recorta o limita el ámbito sustantivo de protección del respectivo derecho; (2) cuando aumentan sustancialmente los requisitos exigidos para acceder al respectivo derecho; (3) cuando disminuye o desvía sensiblemente los recursos públicos destinados a la satisfacción del derecho. En este último caso la medida será regresiva siempre que la disminución en la inversión de recursos se produzca antes de verificado el cumplimiento satisfactorio de la respectiva prestación (por ejemplo, cuando se han satisfecho las necesidades en materia de accesibilidad, calidad y adaptabilidad). Frente a esta última hipótesis, es relevante recordar que tanto la Corte Constitucional como el Comité DESC han considerado de manera expresa, que la reducción o desviación efectiva de recursos destinados a la satisfacción de un derecho social cuando no se han satisfecho los estándares exigidos, vulnera, al menos en principio, la prohibición de regresividad”. (Sentencia C-630 de 2011)” (C-313/2014)

De acuerdo con lo anterior, para considerar una reforma estructural al Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante el cual se garantiza el goce del derecho fundamental a la salud, es necesario que el Estado considere las facetas prestacionales del derecho fundamental a la salud, permitiendo identificar los niveles de goce del derecho y los estándares de medición que permitan analizar que no se están adoptando medidas de carácter regresivo sino progresivo, debido a que el acceso y la garantía de los derechos fundamentales no puede ser desmejorada; por el contrario, toda medida que se adopte debe mejorar el acceso y goce del derecho con un comparativo actualizado al momento en que se formula y adopta la medida.

Cualquier medida que desconozca los logros y metas alcanzados o que desmejore el acceso al derecho fundamental, está proscrita por la Constitución Política e implicaría desconocer la protección especial de los derechos fundamentales; en este sentido, esta propuesta tiende a avanzar sobre lo construido y busca mejorar el acceso al derecho fundamental, partiendo de los logros que se han alcanzado y los desafíos que el sistema ha afrontado. Es preciso señalar que el sistema cuenta con avances en temas de cobertura, acceso, equidad, algunos resultados en salud, pero no es ajeno a algunos retos que requiere de acciones articuladas de todos los actores del sector y autoridades para contribuir en la solución de las dificultades existentes y lograr un sistema oportuno, de calidad, y transparente.

En esta exposición de motivos se identifican los avances que ha tenido el Sistema General de Seguridad Social en Salud desde 1991 hasta el 2022, haciendo énfasis en las medidas que hoy permiten acceder al goce efectivo del derecho fundamental a la salud y proponiendo oportunidades de mejora a través del desarrollo de medidas progresivas, cuya finalidad es mejorar y avanzar en la garantía de este derecho fundamental.

3. OBJETIVO Y FINALIDADES DEL PROYECTO DE LEY

Conforme a lo anterior, con el fin de avanzar sobre lo construido y mejorar el acceso al derecho fundamental a la salud, partiendo de los logros que se han alcanzado y los desafíos que el Sistema

General de Seguridad Social en Salud ha afrontado, así como superar las fallas que presenta y adoptar medidas progresivas que permitan mantener y mejorar los avances adquiridos en el acceso universal a este derecho, este proyecto de ley tiene por objeto mejorar y fortalecer del Sistema General de Seguridad Social de Salud para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, mejorar los resultados en salud hasta ahora alcanzados en la población, la experiencia de los usuarios respecto a la calidad de los servicios, la sostenibilidad financiera y el adecuado y transparente flujo de recursos, con fundamento en los principios, definiciones y reglas adoptadas en la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Adicionalmente, y convencidos de la necesidad de dignificar las condiciones de trabajo del talento humano del sistema de salud colombiano, es imperioso regular las formas de vinculación laboral en el sector público y privado, apuntando a la eliminación de figuras contractuales que van en contravía de las garantías laborales de los trabajadores de la salud.

Satisface el derecho al trabajo, y el derecho a la Salud, crear el régimen del talento humano del sector salud en las Empresas Sociales del Estado, como una nueva figura del servidor público, con lo cual se busca exonerar de la exclusividad propia del Estado a los trabajadores del sector salud, permitiendo mayor disponibilidad del mismo en todo el territorio nacional. Asimismo, es una forma de vinculación que permitirá mayor estabilidad laboral acorde a lo establecido en el Código Sustantivo del Trabajo.

Por otro lado, se incorpora una excepción en cuanto a la forma de vinculación laboral para los especialistas en ciencias de la salud, la cual consiste en permitir seleccionar la manera de ser contratados, es decir, a través de las distintas modalidades que permita el ordenamiento jurídico. Lo anterior, en concordancia a que en distintas mesas técnicas los especialistas en ciencias de la salud solicitaron la libertad en la forma de vinculación laboral.

Conforme a lo anterior, en pro de las garantías laborales de los especialistas, se propone que el pago de los servicios en salud prestados por aquellos no pueda superar un plazo de quince días calendario.

Adicional a las garantías anteriormente mencionadas, se establece que las instituciones prestadoras de servicios de salud, independientemente de su naturaleza jurídica, están obligados a la entrega de insumos y demás medios de labor necesarios para la atención segura y de calidad de los usuarios del sistema.

El Capítulo de Talento Humano en Salud, recoge propuestas que han sido presentadas por diferentes partidos políticos, como el Centro Democrático, Colombia Justas Libres, Partido de la U, entre otros. Iniciativas a las que nos sumamos buscando mejorar las condiciones del personal del Talento Humano en Salud tan importante en nuestro país.

Para lograr el objeto, en este proyecto de ley se incluyen disposiciones tendientes a lograr las siguientes finalidades:

- i) Garantizar el acceso al derecho fundamental a la salud a todos los habitantes del país en condiciones de equidad, sin distinción de su capacidad económica.

- ii) Fortalecer la gobernanza y la coordinación intersectorial necesaria en la intervención de los determinantes sociales en salud.
- iii) Redefinición de funciones y estructuras de algunos de los actores para lograr una adecuada Gestión Integral del Riesgo en Salud.
- iv) Abordar el manejo de los determinantes sociales a través de las Entidades Territoriales, de acuerdo con los riesgos colectivos e individuales en salud identificados por los Equipos Básicos de Salud y los Centros de Atención Primaria en Salud.
- v) Definir nuevas reglas para la gestión de los servicios de salud, según necesidades de las personas, y las particularidades geográficas, socioeconómicas y culturales del territorio nacional.
- vi) Superar las fallas en la conformación de las redes integrales e integradas de prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud, para garantizar su suficiencia de acuerdo con las necesidades de la población.
- vii) Mejorar la integración y contratación de servicios y tecnologías en salud.
- viii) Adoptar medidas para mejorar el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- ix) Contar con sistemas de información de acceso público, que permitan realizar un adecuado seguimiento integral al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- x) Contar con un régimen de insolvencia empresarial en el Sector Salud, que garantice el pago de las acreencias y el fortalecimiento de las estructuras institucionales, así como con instancias que permitan asegurar el cumplimiento de las obligaciones a cargo de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- xi) Enfocar las funciones de la Superintendencia Nacional de Salud hacia un modelo de supervisión basada en riesgos, con el fin que la actividad de dicha entidad no se reactive sino preventiva para evitar la materialización de los riesgos con efectos negativos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- xii) Fortalecer el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.
- xiii) Contar con controles estrictos para garantizar que, con la expedición del presente proyecto de ley, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud operen únicamente entidades viables que permitan garantizar efectivamente el acceso al derecho fundamental a la salud.
- xiv) Dignificar las condiciones de trabajo del talento humano del sistema de salud colombiano.

4. JUSTIFICACIÓN TÉCNICA Y NORMATIVA DEL PROYECTO DE LEY

A continuación, se exponen las justificaciones técnicas y normativas que demuestran la viabilidad y necesidad de adoptar las medidas normativas propuestas en el proyecto de ley.

a. Gobernanza

Para fortalecer la gobernanza en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y contar con una estructura que permita su acceso en todo el territorio colombiano, considerando las necesidades de las personas y las particularidades geográficas, socioeconómicas y culturales del territorio nacional, es necesario retomar el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, integrar la labor de la Comisión Intersectorial de Salud Pública, retomar los Consejos Regionales de Salud y crear las regiones para la gestión integral del riesgo en salud, garantizando que los análisis y la implementación de políticas públicas en salud se den con enfoque territorial y reconozcan las diferencias geográficas, socioeconómicas y culturales de Colombia.

En cuanto al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, se retoma esta instancia como un órgano asesor del Ministerio de Salud y Protección Social, no decisor, cuyo objetivo será analizar, deliberar y recomendar políticas públicas en salud, hacer seguimiento y evaluación de la situación de salud del país, y emitir recomendaciones a la Comisión Intersectorial de Salud Pública, creada en la Ley 1438 de 2011, sobre las necesidades de intervención de los determinantes sociales en salud. A su vez, la Comisión Intersectorial de Salud Pública deberá elaborar un plan anual de intervenciones en determinantes sociales en salud a partir de las recomendaciones que realice el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y las disposiciones que se establezcan en el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Decenal de Salud Pública y en los Planes Territoriales. La financiación del plan anual por los diferentes sectores responsables deberá ser incorporada en el Marco Fiscal de Mediano Plazo, debido a que se requiere contar con medidas efectivas y viables para garantizar la intervención en los determinantes sociales en salud.

Además, se retoman los Consejos Regionales de Salud como órganos de concertación, coordinación y evaluación de la gestión integral del riesgo en salud en la región de los individuos, las familias y la comunidad, así como la articulación de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud que operan en cada territorio y de los responsables de la intervención de los determinantes sociales en salud en el ámbito local.

Aunado a lo anterior, considerando las necesidades de las personas y las particularidades geográficas, socioeconómicas y culturales del territorio colombiano, así como las condiciones de acceso y la disponibilidad de los servicios y tecnologías en salud en cada territorio, se propone la creación de regiones para la gestión integral del riesgo en salud, las cuales definirán el ámbito territorial de la operación del aseguramiento y la conformación de las redes integrales e integradas de prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud.

Estas regiones para la gestión integral del riesgo en salud obedecen a la interacción de las personas con los determinantes sociales en salud, definidos como aquellos factores que inciden directa o indirectamente en la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, conforme a lo previsto en el artículo 9 de la Ley 1751 de 2015. De acuerdo con la

Organización Mundial de la Salud, estos determinantes obedecen a circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana y que implican sistemas económicos y políticos, modelos y programas de desarrollo, normas y políticas sociales, por lo cual resulta fundamental la acción intersectorial.

Además, esta figura permite responder a las inequidades en salud que se entrelazan con las inequidades territoriales, según las cuales ciertas condiciones históricas del desarrollo regional han generado una heterogeneidad entre las capacidades de las diferentes entidades territoriales, tanto en la prestación de servicios de atención en salud como en materia de planeación y ejecución de intervenciones de salud colectivas oportunas, debido a su limitada capacidad técnica de gestionar el sector salud en el territorio, así como en la habilidad de articulación con los distintos agentes que intervienen en el goce el derecho fundamental a la salud.

Así las cosas, las instancias de coordinación y los ámbitos territoriales de implementación de las políticas públicas de salud, deben reconocer la heterogeneidad del territorio colombiano, el cual, para efectos de la prestación plena del servicio de salud, no siempre responde a la categorización poblacional y económica de los distritos y municipios, sino que amerita un mayor abordaje de las necesidades de oferta del servicio, atendiendo criterios diferenciales en los que se involucren regiones para fortalecer la gestión integral del riesgo en salud, respondiendo a las características propias del territorio nacional y sus condiciones socioeconómicas, con el fin de garantizar un mejor acceso a los servicios de salud a la población y mitigar las brechas de inequidad existentes.

b. Aseguramiento

El Sistema General de Seguridad Social en Salud actual, con base en la reglamentación de la Ley 100 de 1993, prevé dos regímenes de afiliación según la capacidad de pago de la persona afiliada, estos son el régimen contributivo y el subsidiado.

Por un lado, el régimen contributivo, conforme al artículo 202 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 30 de la Ley 1607 de 2012, es definido como *“un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre este y el empleador o la Nación, según el caso”*. En este régimen se deben afiliar las personas con capacidad de pago, el cual al cierre de octubre de 2022 contaba con 23.479.989 personas afiliadas.

Por otro lado, el régimen subsidiado a octubre de 2022 cuenta con 25.558.394 afiliados y de acuerdo con el artículo 211 de la Ley 100 de 1993 se define como *“un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad”* y tiene como propósito financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables que no tienen capacidad de cotizar y sus grupos familiares.

En el marco de lo establecido en el artículo 180 de la Ley 100 de 1993 y la reglamentación incluida en los artículos 2.5.2.3.2.1 a 2.5.2.3.2.4 del Decreto 780 de 2016, para operar el aseguramiento en los territorios, las Entidades Promotoras de Salud – EPS deben solicitar autorización a la Superintendencia Nacional de Salud e indicar el régimen en el cual operarán el aseguramiento en el respectivo territorio, contributivo o subsidiado. Ahora bien, conforme a lo establecido en el artículo

2.5.2.3.2.8 del Decreto 780 de 2016, las Entidades Promotoras de Salud - EPS tienen la posibilidad de *manifestar su interés de operar los dos regímenes en el ámbito territorial donde estén autorizadas*; por lo cual, conforme con el marco jurídico actual, su operación en los dos regímenes es facultativa y no obligatoria.

Antes del año 2011 se presentaban diferencias en los contenidos del Plan Obligatorio de Salud que se garantizaba a los afiliados a uno u otro régimen; sin embargo, con la expedición de la Ley 1438 de 2011, se incluyeron disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país.

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

Así las cosas, sin distinción del régimen al que se encuentran afiliados - contributivo o subsidiado, todas las personas que hoy se encuentran vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud tienen derecho al mismo Plan de Beneficios de Salud, sin lugar a que se hagan distinciones por capacidad de pago o régimen de afiliación. Estas acciones afirmativas han permitido avanzar en la cobertura del derecho fundamental a la salud, debido a que la capacidad de pago solo determina el régimen al cual se afilia la persona y no las prestaciones, atenciones, servicios y tecnologías en salud a las que tiene derecho, toda vez que el Plan de Beneficios en Salud es único y se garantiza a todas las personas sin distinción de su capacidad de pago o régimen de afiliación.

Por otro lado, como lo manifestó el Ministerio de Salud y Protección Social en la memoria justificativa del Decreto 709 de 2021, se han materializado circunstancias manifiestas de algunas Entidades Promotoras de Salud - EPS objeto de medida especial por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, en las que han perdido su autorización para operar alguno de los regímenes en salud, colocando en riesgo la continuidad de la afiliación de sus afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para ello, en aras de aumentar la oferta del aseguramiento en los territorios y evitar la constitución de monopolios, se expidió el Decreto 709 de 2021 con el fin de realizar, con reglas objetivas, la asignación de los afiliados y llevar las EPS a operar el aseguramiento en todos los municipios de los Departamentos donde se encuentran autorizados.

La dinámica de crecimiento de las Entidades Promotoras de Salud - EPS en los últimos años ha estado marcada por el crecimiento de las entidades más grandes en materia de afiliados y su concentración en las zonas urbanas. La baja cantidad de opciones en zonas rurales y dispersas, en comparación con los centros urbanos con multiplicidad de entidades ofreciendo sus servicios al público ha derivado en el incremento desigual en el tamaño de las Entidades Promotoras de Salud - EPS. Ahora bien, con la implementación del Decreto 709 de 2021, se han llevado Entidades Promotoras de Salud - EPS, que estaban concentradas en zonas urbanas, a operar el aseguramiento en municipios rurales y zonas dispersas; sin embargo, su operación plena en los regímenes contributivo y subsidiado se encuentra limitado a su interés en operar en ambos regímenes y por la autorización emitida por la Superintendencia Nacional de Salud.

En este contexto, con la finalidad de avanzar en la cobertura universal del derecho a la salud y el acceso a la prestación de los servicios, es necesaria la obligatoriedad de la habilitación de las Entidades Promotoras de Salud – EPS para operar tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, pues la capacidad de pago de las personas no puede determinar la posibilidad real -no formal- que tienen de acceder al aseguramiento en salud y la prestación de los servicios. En este sentido, con el fin de aumentar la oferta del aseguramiento en los territorios, es necesario incluir disposiciones que determinen, con carácter obligatorio, que las Entidades Promotoras de Salud - EPS operen el aseguramiento en los regímenes contributivo y subsidiado.

Aunado a lo anterior, con base en el esquema de aseguramiento que desarrolla el Sistema General de Seguridad Social en Salud, las Entidades Promotoras de Salud - EPS deben ejecutar sus funciones con el fin de materializar el derecho a la salud de sus afiliados y producir resultados que mejoren realmente la situación en salud de las personas. Para ello, las Entidades Promotoras de Salud - EPS, a través de su Red Integral de Prestadores de Servicios de Salud, deben garantizar niveles eficientes en la atención en salud, obteniendo mejoras en las condiciones de salud.

En este marco, la distinción del régimen al cuál se encuentran afiliadas las personas solo tiene efectos sobre la financiación de los servicios y tecnologías a los que tienen derecho, pues, por un lado, el régimen contributivo se financia con los aportes de las personas con capacidad de pago (contribuciones) y los recursos públicos destinados para tal fin (UPC y presupuestos máximos); y, por el otro, el régimen subsidiado solo se financia con recursos de fuente pública. Lo anterior no implica diferenciaciones en los servicios y tecnologías en salud a los que tienen derecho las personas, debido a que, como se ha mencionado, indistintamente del régimen, todas las personas tienen derecho al mismo Plan de Beneficios en Salud, el cual, conforme a la Ley 1751 de 2015, es único, integral y universal, garantizando todos los servicios y tecnologías en salud disponibles en el país que no sean objeto de exclusión en los términos de los artículos 9 y 15 de la Ley 1751 de 2015.

Ahora bien, en aras de avanzar en las acciones afirmativas y en concordancia con las funciones del aseguramiento que a partir de la expedición de la presente Ley asumirían las Entidades Territoriales del orden Departamental y Distrital, es necesario que todas las personas queden inscritas al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se identifique la entidad que asumirá la Gestión Integral del Riesgo en Salud de cada uno de los ciudadanos; esto es, las Entidades Promotoras de Salud o las Territoriales del orden Departamental o Distrital, en los casos de zonas marginadas dispersas o de baja densidad poblacional.

De acuerdo con esto, bajo el entendido que las Entidades Promotoras de Salud -EPS, atendiendo los elementos y principios del derecho fundamental a la salud establecidos en la Ley 1751 de 2015 y a las funciones indelegables del aseguramiento consagradas en el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, deben identificar, prevenir y tratar oportunamente los riesgos que comprometan la salud de la población afiliada, el funcionamiento de la entidad y su sostenibilidad en el sistema, a efecto de suministrar los servicios y tecnologías de salud de manera integral para promover la salud, prevenir, tratar, rehabilitar, paliar o curar la enfermedad; es necesario que la Unidad de Pago por Capitación - UPC, tanto del régimen contributivo como del subsidiado, integre los servicios de promoción y mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad, incluidas las acciones propias de inducción de la demanda y lo correspondiente a la financiación de los Equipos Básicos de Salud.

c. Gestión integral del riesgo en salud

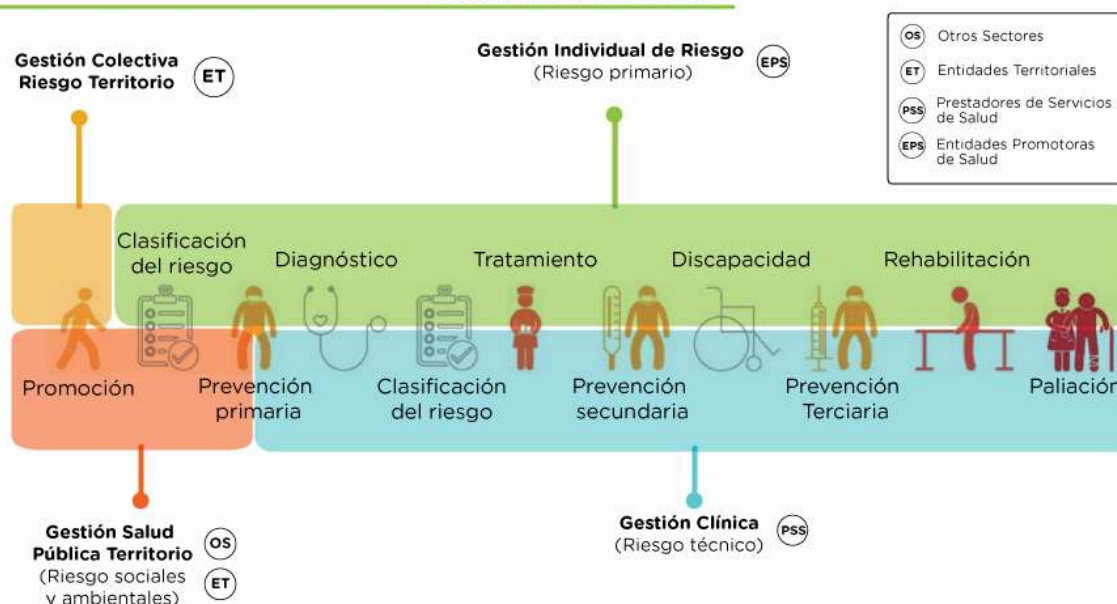
La Gestión Integral del Riesgo en Salud es una estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud, que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población (MSPS, 2018).

La estrategia de Gestión Integral del Riesgo en Salud, cuyo diseño ha sido liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social, se ha desarrollado con el objetivo de lograr un mejor nivel de salud de la población, una mejor experiencia de los usuarios durante el proceso de atención y unos costos acordes a los resultados obtenidos (MSPS, 2016a); para ello, desde un enfoque práctico, la Gestión Integral del Riesgo en Salud se anticipa a las enfermedades y los traumatismos para que éstos no se presenten o se detecten y traten precozmente para impedir, acortar o paliar su evolución y consecuencias (MSPS, 2018).

De acuerdo con lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social ha identificado la necesidad de aumentar los esfuerzos para mejorar el acceso de los ciudadanos a los servicios de salud en forma equitativa, oportuna, continua y eficiente, de manera sostenible, teniendo en cuenta la existencia de importantes diferencias regionales en el país (MSPS, 2016b). Sin embargo, en la práctica se han visto diferencias sustanciales entre la participación y las responsabilidades que tienen los actores que participan en la Gestión Integral del Riesgo en Salud, por lo que, en aras de contar con una disposición normativa que permita identificar con total claridad las responsabilidades de los distintos participantes en este modelo de gestión, es necesario contar con una disposición en la ley que defina la Gestión Integral del Riesgo en Salud, sus objetivos, los actores que participan en esta y las responsabilidades que se interrelacionan en esta.

En la siguiente gráfica, tomada de la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, se muestra la ruta de atención de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, desde las actividades de promoción hasta la paliación de la enfermedad:

Ruta de Atención

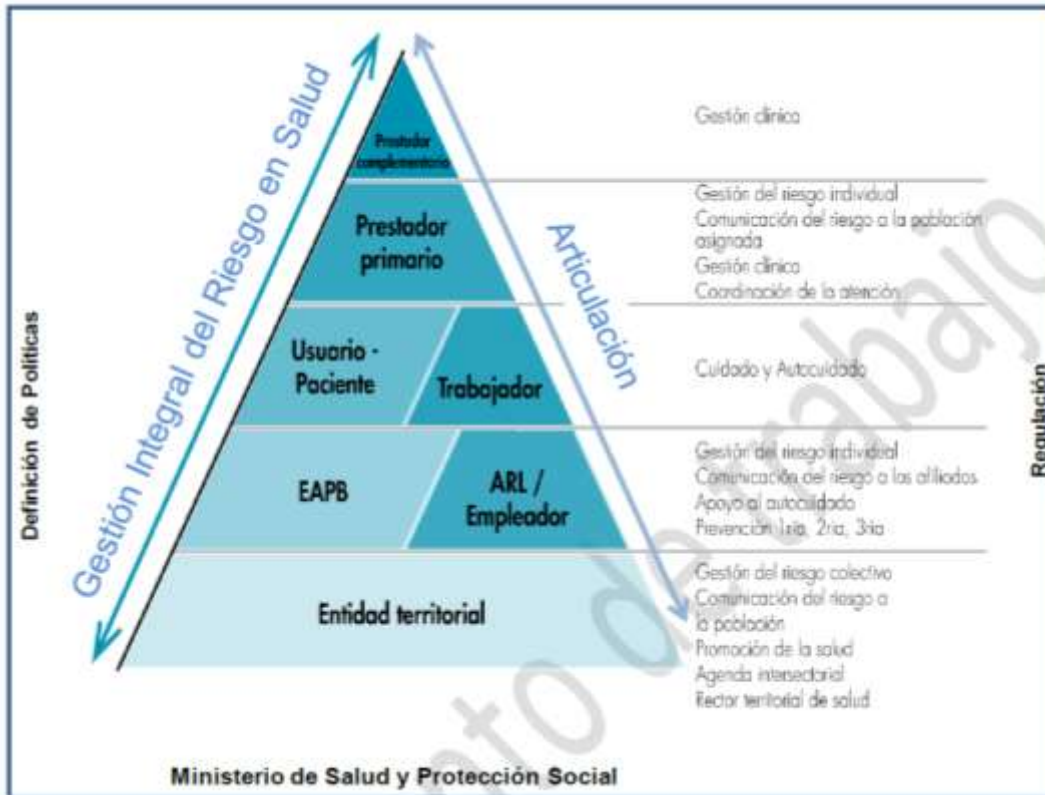


Fuente: Adaptado MSPS, 2016. Política de Atención Integral de Salud

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

Como se muestra en la gráfica, en la Gestión del Riesgo participan distintos actores, quienes deben tener responsabilidades particulares para lograr un mejor nivel de salud de la población. No basta con que el Sistema General de Seguridad Social en Salud responda correctamente a la enfermedad, se requiere que el Sistema la prevea y la evite, por lo que necesita la participación de todos los actores, incluyendo a las Entidades Territoriales, las Entidades Promotoras de Salud - EPS, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los individuos, las familias y las comunidades.

En el marco de lo anterior, en la siguiente gráfica se muestran las actividades que son ejecutadas por cada uno de los actores para lograr una adecuada Gestión Integral del Riesgo en Salud:



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

Así las cosas, en cumplimiento de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, con la expedición del Decreto 1599 de 2022, recogiendo los avances normativos y de políticas públicas que ha desarrollado el Ministerio de Salud y Protección Social, se adoptaron los lineamientos de la Política de Atención Integral en Salud y se determinó que esta se encuentra orientada a resolver los retos en materia de acceso oportuno y efectivo, superponiendo el interés de las personas sobre el interés de los agentes. Dicha política se hace operativa a través del Modelo Integral de Atención en Salud, el cual se basa en la Gestión Integral del Riesgo en Salud como hilo conductor para articular las intervenciones poblacionales, colectivas e individuales que realizan los distintos agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, quienes deben propender por la humanización del sistema, centrando su atención en las personas, el mejoramiento de la calidad de su gestión, el trabajo colaborativo con otros agentes y la gestión de recursos y alianzas externas para la obtención de resultados para las personas, la sociedad, las organizaciones y los trabajadores.

Con fundamento en los antecedentes y en el contexto presentado, en aras de avanzar en el fortalecimiento de la Gestión Integral del Riesgo en Salud y comprometer a los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud a realizar acciones efectivas para mejorar la situación de salud de la población y superar las barreras funcionales entre los actores, es necesario contar con un marco legal que determine claramente las funciones y responsabilidades que tiene cada uno de los actores en la Gestión Integral del Riesgo en Salud, delimitando los campos de acción y de interacción entre éstos.

Esta Gestión Integral del Riesgo en Salud permite desarrollar el modelo de salud basado en el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad, pues como se dijo anteriormente, no

basta con que el Sistema General de Seguridad Social en Salud responda correctamente a la enfermedad, se requiere que el Sistema la prevea y la evite, por lo que necesita la participación de todos los actores, incluyendo aquellos que sirven de eje de conexión intersectorial con los sectores que intervienen directamente los determinantes sociales de la salud, si partimos de la base que la fuente de los riesgos en salud son los determinantes sociales y las condiciones de vida de la población.

En cuanto a la participación de las Entidades Territoriales, en virtud de las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001, en concordancia con el artículo 287 de la Constitución Política de Colombia, les corresponde la rectoría del Sistema General de Seguridad Social en Salud en la jurisdicción de su territorio; en este sentido, su obligación debe ser la de establecer las necesidades y prioridades en salud de la población y coordinar la agenda sectorial e intersectorial requerida para dar respuesta a éstas. Así mismo, considerando, como ya se indicó, que la salud depende en mayor medida de los determinantes sociales y las condiciones de la población para el acceso a agua potable, alimentación, ambiente sano, entre otros, las Entidades Territoriales son responsables de coordinar y articular la intervención de los determinantes sociales con incidencia en los riesgos en salud del individuo, las familias y la comunidad, con los diferentes sectores que manejan dichos determinantes.

Además, como ente rector en la jurisdicción de su territorio, deben gestionar los riesgos colectivos de salud, de forma armónica y coordinada con las intervenciones que realizan las Entidades Promotoras de Salud - EPS, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, los individuos y las familias frente a los riesgos individuales; debido a que esta acción coordinada y armónica permitiría lograr una mejor Gestión Integral del Riesgo en Salud y se establecerían vías de acción para lograr los objetivos planteados.

Por otro lado, las Entidades Promotoras de Salud – EPS deben fortalecer su capacidad de mejora continua e innovación en la gestión del riesgo en salud de sus afiliados, integrando la información de identificación y caracterización realizada por los Equipos Básicos de Salud, de igual forma son funciones propias del aseguramiento representar los usuarios ante los prestadores de servicios de salud y demás agentes del sistema, organizar y gestionar las redes integrales de prestadores de servicios de salud y administrar el riesgo financiero derivado, interactuando en cada territorio para articular las intervenciones individuales de su competencia con las intervenciones colectivas a cargo de la Entidad Territorial, armonizadas con las intervenciones que realizan los prestadores y las que realizan las personas, las familias y los cuidadores, a fin de garantizar el acceso equitativo, eficiente y con calidad a los servicios de salud, y lograr resultados en salud. Por lo que, son responsables de la gestión de los riesgos individuales de la población a su cargo.

En este sentido, las Entidades Promotoras de Salud – EPS, atendiendo los elementos y principios del derecho fundamental a la salud establecidos en la Ley 1751 de 2015 y a las funciones indelegables del aseguramiento, consagradas en el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, deben identificar, prevenir y tratar oportunamente los riesgos que comprometan la salud de la población afiliada, el funcionamiento de la entidad y su sostenibilidad en el sistema, a efecto de suministrar los servicios y tecnologías de salud de manera integral para promover la salud, prevenir, tratar, rehabilitar, paliar o curar la enfermedad. De acuerdo con esto, deben asumir los efectos financieros de los riesgos en salud que sean materializados en la población a su cargo, por lo que, en atención a su gestión financiera, les corresponde asumir las acciones que permitan evitar y mitigar los riesgos, desde el aseguramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, o asumir los efectos para el

tratamiento y paliación de la enfermedad, cuando se materializa el riesgo en salud. Es decir, como entidades aseguradoras deben asumir el *up side* o el *down side* que se pueda generar con el riesgo de la población, esto es, tanto los efectos positivos como los negativos.

En cuanto a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, se debe tener en cuenta que los prestadores del componente primario y complementario de la red de servicios ejecutan la mayor parte de las acciones de gestión individual del riesgo a partir de la gestión clínica. Para el efecto deben desarrollar un modelo de prestación de servicios teniendo en cuenta los riesgos en salud de la población contratada (MSPS, 2018).

Ahora bien, como lo identificó el Ministerio de Salud y Protección Social en la memoria justificativa del Decreto 441 de 2022, el relacionamiento entre Entidades Promotoras de Salud - EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS debe formarse con el objetivo de lograr una atención integral de los ciudadanos, de acuerdo con sus necesidades en salud; en este sentido, frente a las modalidades de pago incluidas en los acuerdos de voluntades, en dicho documento se expresa:

“Con relación a las modalidades de pago, es necesario actualizar las modalidades de pago a aquellas enfocadas en la atención integral del usuario, la agrupación de servicios y tecnologías en salud alrededor de una población definida o de eventos y condiciones en salud, y que permitan la optimización en el uso de recursos para las atenciones en salud, y que tengan como hoja de ruta para el seguimiento de la ejecución del contrato, la definición conjunta entre ERP y PSS de una nota técnica que incluya las frecuencias esperadas de uso de los servicios y tecnologías de salud en razón a las condiciones de la población a cargo, generándose un instrumento de transparencia y confianza para los integrantes del Sistema de Salud, y la incorporación de medidas de protección frente al riesgo para garantizar la calidad de la atención al usuario, la eficiencia en el uso de recursos y la sostenibilidad financiera de las entidades participantes y del Sistema de Salud en su conjunto, dejando espacio para la innovación entre los agentes como estímulo hacia el logro de los objetivos comunes del sector salud.

Siendo así, y aunque las partes hacen la elección de la modalidad de pago para las prestaciones en salud, sean colectivas del ente territorial (ET) o las individuales de las EPS y las ET, en concordancia con los PSS, el propósito del Ministerio con la promulgación del presente proyecto de decreto es que a través del conocimiento de las necesidades en salud de la población y los riesgos en salud que se asumen, las partes adopten, adapten y mejoren tales modalidades para que las contrataciones estén provistas de alternativas que les permitan asumir con mayor rigor técnico y dentro de la autonomía que la normativa les otorga, las responsabilidades y compromisos suscritos en los contratos, siempre considerando las condiciones de salud de las personas en aras de que los prestadores potencialicen sus servicios y los pagadores planeen y estructuren mejor las atenciones requeridas para la obtención de resultados en salud.”

De acuerdo con lo anterior y conforme a las funciones esenciales de aseguramiento y prestación de servicios, se determinan esquemas de contratación que desarrollen los agentes en consonancia con la garantía del derecho a la salud, tal y, como lo precisa el artículo 53 de la Ley 1438 de 2011, enfocados en lograr una Gestión Integral del Riesgo en Salud y alcanzar resultados en Salud

favorables para la población, buscando el acceso al servicio de salud sin restringir su continuidad, oportunidad y calidad, evitando la fragmentación en la atención de los usuarios.

Ahora bien, para lograr dichos objetivos que fueron formulados desde la política pública y en busca de superar las barreras funcionales entre los actores, es necesario contar con un marco legal que determine, con total certeza y sin lugar a interpretación, las funciones y responsabilidades que tiene cada uno de los actores en la Gestión Integral del Riesgo en Salud, con el fin de delimitar los campos de acción y de interacción entre estos, en aras de superar las limitaciones administrativas y lograr una adecuada gestión del riesgo de los ciudadanos, pues el mantenimiento de la salud no depende únicamente de una respuesta efectiva ante la enfermedad, se requieren de acciones preventivas, tanto el ámbito colectivo como en el individual, que permita mejorar los hábitos y condiciones de vida, buscando que los ciudadanos gocen de buena salud y se esté ante un sistema preventivo y no únicamente reactivo.

d. Prestación y provisión de servicios y tecnologías de salud

Para la prestación de los servicios de salud, conforme a lo establecido en el artículo 60 de la Ley 1438 de 2011, se definió el concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud como *“el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda”*.

Conforme lo ha determinado el Ministerio de Salud y Protección Social, *“La gestión de la prestación de los servicios de salud ha demandado desarrollos conceptuales e instrumentales para la organización, articulación y gestión de la oferta en función de la demanda de servicios de la población, para una respuesta acorde, efectiva y eficiente a la misma, en condiciones de accesibilidad, continuidad, integralidad, calidad y resolutivez. En el marco de estos propósitos, el concepto de redes ha sido abordado desde décadas atrás, como instrumento de organización y gestión de la provisión de los servicios de salud”* (MSPS, 2016).

De acuerdo con la Organización Panamericana de Salud, la Redes Integradas de Servicios de Salud

“son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la Atención Primaria en Salud a nivel de los servicios de salud, contribuyendo a hacer una realidad varios de sus elementos más esenciales tales como la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptimas; la Orientación familiar y comunitaria: y la acción intersectorial, entre otros” (OPS, 2022).

En el marco de lo anterior, en el artículo 61 de la Ley 1438 de 2011, se determinó que la prestación de servicios de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud debe hacerse a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud ubicadas en un espacio poblacional determinado y que las Entidades Promotoras de Salud – EPS, deberán garantizar, y ofrecer los servicios a sus afiliados de manera integral, continua, coordinada y eficiente, con portabilidad, calidad y oportunidad, a través de las redes.

Para su habilitación y conformación, en el artículo 62 de la Ley 1438 de 2011 se determinó que las Redes Integradas de Servicios de Salud se habilitarán de acuerdo con la reglamentación expedida

por el Ministerio de Salud y Protección Social, quien podrá delegar en los departamentos y distritos lo pertinente y a su vez define en los artículos 63 y 64 se adoptaron los criterios para la conformación de dicha red y la forma como esta se articula para garantizar el acceso a los servicios de salud.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, se han desarrollado las Redes Integradas de Servicios de Salud en el marco de la Resolución 1441 de 2016, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, como un

“conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido (...) con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario (...) que busca garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud.” (MSPS, 2016).

Con la prestación de servicios mediante Redes Integradas de Servicios de Salud se ha buscado *“dar respuesta a problemas de fragmentación, atomización e interrupción en la provisión de los servicios, restricciones de acceso y falta de oportunidad, baja eficacia de las intervenciones por limitada capacidad resolutive, inexistencia o insuficiencia de la oferta a nivel territorial, ineficiencias por desorganización y duplicidad en la oferta, dificultades en sostenibilidad financiera, entre otros.” (MSPS, 2016)*

Por su parte, la Corte Constitucional, en sentencia C-313 de 2014, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, precisó que

“El concepto de “redes integrales” de servicios de salud que incorpora la ley examinada, lo cual, valga decir, no puede confundirse con el de “redes integradas”. Para este Tribunal, las primeras, son aquellas que en su estructura cuentan con instituciones y tecnologías de cada una de las especialidades para garantizar una cobertura global de las contingencias que se puedan presentar en materia de salud; las segundas, guardan relación con sistemas interinstitucionales comprendidos como una unidad operacional, lo que no necesariamente implica la disposición de todos los servicios necesarios para abordar el mayor número de situaciones posibles, ya que de su etimología, como ya se dijo, tan solo se desprende la idea de varias entidades compartiendo un orden funcional, más no el propósito de atender la demanda de la salud en todos sus ámbitos”.

Asimismo, en el artículo 13 de la Ley 1751 de 2015 se estableció que el Sistema General de Seguridad Social en Salud está organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas.

Ahora bien, es de aclarar que estos modelos consideraban solamente a los Prestadores de Servicios de Salud, pues estos, hasta antes del 2019, eran los únicos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud que realizaban la atención de los ciudadanos. Sin embargo, con la expedición de la Ley 1955 de 2019, mediante su artículo 243 se adicionó el numeral 8 al artículo 155 de la Ley 100 de 1993 y se incluyeron a los Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y los Gestores Farmacéuticos como integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud; sin embargo, es necesario contar con una disposición normativa que los defina con total claridad y sin lugar a

interpretación, priorizando una noción determinada con base en conceptos funcionales y no nominales para determinar a qué categoría corresponde cada actor.

En este contexto, con la expedición del Decreto 441 de 2022, mediante el cual se adicionó el artículo 2.5.3.4.1.3 al Decreto 780 de 2016, entre otros, se estableció la definición de Proveedores de Tecnologías en Salud, incluyendo a los Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud y los Gestores Farmacéuticos, como actores fundamentales en el proceso de atención de las personas, por lo que se hace necesario su integración en las Redes Integradas de Servicios de Salud de las Entidades Promotoras de Salud - EPS, pues estas últimas deben garantizar la integralidad y continuidad del proceso de atención, el cual incluye tanto la prestación de los servicios de salud como la provisión de las tecnologías en salud.

Para la conformación de las Redes Integradas de Servicios de Salud y conforme a las normas adoptadas mediante el Decreto 441 de 2022, las Entidades Promotoras de Salud – EPS deben cumplir con los siguientes parámetros: 1) En la red integral de prestadores y proveedores debe existir complementariedad de servicios y tecnologías en salud ofertados. 2) En la atención de las Rutas Integrales de Atención en Salud, las consultas, toma de muestras y dispensación de medicamentos que hagan parte de la misma fase de prestación, deben garantizarse en el mismo lugar de atención o en el lugar de residencia de la persona.

La habilitación de las Redes Integradas de Servicios de Salud es uno de los elementos que se revisan en el proceso de autorización de las Entidades Promotoras de Salud - EPS (numeral 3.3 del artículo 2.5.2.3.3.1 del Decreto 780 de 2016), las cuales deben ser constituidas a partir de la localización geográfica de su población afiliada y la coordinación de la red por parte de la Entidad Promotora de Salud - EPS.

Aunado a lo anterior, mediante el artículo 7 de la Ley 1966 de 2019, se determinó que

“Los Departamentos, en coordinación con los Municipios de su jurisdicción, y los Distritos, reorganizarán la oferta de prestación de servicios de salud teniendo en cuenta los prestadores públicos, privados y mixtos. También promoverá la racionalización de servicios y el control de la oferta de los mismos en su territorio, privilegiando la red pública y atendiendo los principios de transparencia, coordinación, concurrencia, complementariedad, eficiencia, responsabilidad, austeridad y asociación, así como las normas que hacen parte del régimen de protección de la libre competencia en materia del control de integraciones empresariales y además las normas especiales que aplican al sector salud sobre tales materias”

La conformación de las Redes Integradas de Servicios de Salud es uno de los mecanismos con los que cuenta el esquema de aseguramiento para garantizar la adecuada ejecución del modelo de atención propuesto por la Entidad Promotora de Salud – EPS y la Gestión Integral del Riesgo, por cuanto es a partir de la identificación de las necesidades en salud de su población que se determina la capacidad asistencial de respuesta a las mismas, en los diferentes niveles de complejidad y a partir de oferta de servicios existente en los territorios donde se encuentra la población.

Sin embargo, si bien se ha incluido el concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, conforme se determinó en los artículos 60 a 64 de la Ley 1438 de 2011, y el Ministerio de Salud y Protección Social ha reglamentado los

requisitos para su constitución y funcionamientos (Resolución 1441 de 2016), se han evidenciado limitaciones en el proceso de habilitación de las Redes Integradas de Servicios de Salud, toda vez que en la reglamentación particular se establece que las Entidades Promotoras de Salud -EPS deben realizar una autoevaluación a partir de los estándares y el manual de habilitación para que después de hecha la autoevaluación, la Entidad Departamental o Distrital de Salud, analice y verifique el cumplimiento de los estándares y criterios de entrada para habilitación.

Al respecto, considerando los avances y la importancia de la Gestión Integral del Riesgo en Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, así como la planeación de la salud pública, es necesario que, en el marco del proceso de habilitación de las Redes Integradas de Servicios de Salud, el Gobierno nacional determine los procesos, procedimientos y criterios de organización de servicios a nivel municipal, distrital, departamental y nacional que deben observar las Entidades Territoriales para la habilitación inicial y continuidad de las redes; para ello, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá contar con un estudio de suficiencia de la capacidad de oferta de servicios en cada territorio, el cual deberá ser actualizado periódicamente conforme a la disponibilidad de los servicios de salud en el ámbito territorial. Para superar las barreras de acceso a la prestación de los servicios de salud, se debe conocer la oferta de servicios de salud en cada territorio.

Así las cosas, el procedimiento administrativo que debe surtir para la habilitación de las Redes Integradas de Servicios de Salud debe ser transparente y reglado, para que las Entidades Promotoras de Servicios de Salud – EPS puedan conformar la red de acuerdo con criterios objetivos y las Entidades Territoriales, en el proceso de habilitación, puedan verificar el cumplimiento de los estándares de acuerdo con la oferta de servicios y las necesidades de la población.

De esta forma, se busca mejorar las condiciones de salud de la población a través de acciones articuladas y coordinadas entre los agentes del sistema y la población, bajo el liderazgo de las Entidades Territoriales como instancia rectora a nivel regional, la conformación de las Redes Integradas de Servicios de Salud por parte de las Entidades Promotoras de Salud – EPS como responsables de garantizar la prestación de servicios a sus afiliados y con la rectoría del Ministerio de Salud y Protección Social como autoridad nacional de política pública de salud.

En este proceso, la Entidad Promotora de Salud – EPS constatará la capacidad y calidad de los servicios ofertados, la mejor forma de contratación y relacionamiento con las instituciones para efectos de garantizar la adecuada atención con calidad, la gestión de riesgo en salud y con ello los resultados que se buscan para su población a cargo.

Aunado a lo anterior, en el marco de la Atención Primaria en Salud y su reglamentación integral, se hace necesaria la reglamentación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social de los Equipos Básicos de Salud y su inclusión en las redes integrales e integradas de prestadores y proveedores de servicios de salud. Al respecto, se debe considerar que, con la expedición de la Ley 1438 de 2011, se definieron los Equipos Básicos de Salud como:

“un concepto funcional y organizativo que permita facilitar el acceso a los servicios de salud en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Para la financiación y constitución de estos equipos concurrirán el talento humano y recursos interinstitucionales del sector salud destinados a la salud pública y de otros sectores que participan en la atención de los determinantes en salud.

La constitución de equipos básicos implica la reorganización funcional, capacitación y adecuación progresiva del talento humano. Los equipos básicos deberán ser adaptados a las necesidades y requerimientos de la población”.

A su vez, en el artículo 16 de la Ley 1438 de 2011 se determinaron las funciones que ejercerán éstos, las cuales se encuentran orientadas a actividades extramurales de caracterización de la comunidad, las familias e individuos, identificando los riesgos en salud, realizando actividades de promoción en la salud y prevención de la enfermedad.

Con base en lo anterior, los Equipos Básicos de Salud cobran relevancia para la Gestión Integral del Riesgo en Salud, en la medida que, de acuerdo con su finalidad y funciones, estos juegan un rol principal en la identificación de los riesgos sociales y ambientales que dan lugar a la formulación de los planes y acciones tendientes a su mitigación, así como los riesgos individuales de salud que identifiquen en ejecución de sus actividades. Para ello, se requiere que los Equipos Básicos de Salud cuenten con una acción coordinada e integrada con las Entidades Territoriales y las Entidades Promotoras de Salud - EPS, con el fin que informen oportunamente la existencia o previsión de los riesgos colectivos e individuales, para que estas entidades adopten de manera oportuna las medidas pertinentes para mitigar sus efectos y disminuir las consecuencias nocivas de la materialización de los riesgos; en este sentido, se requieren de instancias de coordinación entre los distintos actores, así como un sistema único de información que permita acceder a los datos de manera estandarizada y confiable, mitigando así dificultades en los procesos de transferencia de información.

Considerando que los Equipos Básicos de Salud realizan actividades fundamentales en la Gestión Integral del Riesgo en Salud, éstos deberán ser conformados de forma conjunta por las Entidades Promotoras de Salud - EPS que operen en cada territorio, observando los requisitos y condiciones que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, y serán habilitados por las Entidades Territoriales de acuerdo con lo establecido en el artículo 15 de la Ley 1438 de 2011.

Aunado a lo anterior, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la Atención Primaria en Salud es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas (OMS, 2018). En este sentido, la Atención Primaria de Salud es reconocida como un componente clave de los Sistemas de Salud, debido a la evidencia de su impacto sobre la salud y desarrollo de la población (OPS, 2008).

Los Centros de Atención Primaria en Salud se constituyen en un factor fundamental para el adecuado desarrollo de la estrategia de la Atención Primaria en Salud, junto con los Equipos Básicos de Salud son la puerta de entrada de los usuarios al sistema y en ellos se garantiza la prestación de los programas de promoción y mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad y la atención en los servicios básicos de medicina y odontología general así, como la consulta de especialidades básicas de pediatría, ginecología y medicina interna, incluidos los servicios de apoyo diagnóstico.

Sobre la Atención Primaria en Salud, la Corte Constitucional, en sentencia C-313 de 2014, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, precisó que

Otro referente que configura el marco normativo del derecho a la salud, es la declaración de Alma Ata. Se trata del documento emanado de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, que en 1978 y con miras a promover la salud la califica como un objetivo social a alcanzar por todos los pueblos. En Alma Ata la salud presenta la dimensión de derecho-deber, tanto en lo individual como en lo colectivo.

Advierte la Corte que ya desde Alma Ata, se postulaba la solidaridad como un deber de los pueblos encaminado, en esa ocasión, al logro de la atención primaria en salud, el párrafo IX dispuso en lo pertinente:

“Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países (...).”

En el marco de la Atención Primaria en Salud, el Estado, como garante de los derechos fundamentales de las personas, dentro de los que se encuentra el derecho a la salud, debe garantizar la existencia de infraestructura funcional que permita desarrollar esta atención primaria. En este contexto, los Centros de Atención Primaria en Salud, al ser la puerta de entrada de los usuarios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, permiten garantizar la prestación de los programas de promoción y mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad y la atención en los servicios básicos de medicina y odontología general así, como la consulta de especialidades básicas de pediatría, ginecología y medicina interna, entre otras, incluidos los servicios de apoyo diagnóstico.

Las inversiones en infraestructura, dotación y operación de los Centros de Atención Primaria en Salud podrían llegar a ser realizadas a través de la vinculación de capital privado, en un esquema asociativo con el Sector Público; para ello, se cuenta con la normativa general de los esquemas de asociación público-privada, pero no se tiene una reglamentación específica para la vinculación de capital privado en el sector salud a través de estos mecanismos.

En el marco normativo general, en el artículo 210 de la Constitución Política de Colombia, se otorgó la facultad a los particulares de cumplir funciones administrativas, lo cual se traduce en el reconocimiento de la capacidad del sector privado para vincularse a proyectos de diferente índole como colaborador de la administración, dentro de los que se encuentra el sector salud, con el fin de, por ejemplo, participar en la construcción y operación de infraestructura y la prestación de servicios propios de la administración, como contratistas de entidades del orden nacional y territorial, para el cumplimiento de las funciones del sector público.

En relación con el Régimen General de la Contratación Estatal, en el artículo 3º de la Ley 80 de 1993 se estableció que, al celebrar y ejecutar contratos estatales, las entidades públicas buscan el cumplimiento de los fines del estado, la continua y eficiente prestación de los servicios públicos y la efectividad de los derechos e intereses de los ciudadanos que colaboran en el cumplimiento de los fines; por su parte, los particulares al celebrar los contratos adquieren obligaciones derivadas de la colaboración que prestan a las entidades para el logro de sus fines y cumplimiento de una función pública.

Al respecto, en el Documento CONPES 3615 de 2009, se definió la asociación público-privada como una tipología general de relación público-privada, materializada en un contrato entre una organización pública y una compañía privada, para la provisión de bienes públicos y de sus servicios relacionados en un contexto de largo plazo, financiados parcial o totalmente con pagos por resultados diferidos en el tiempo por parte del Estado. Dicha asociación se traduce en retención y transferencia de riesgos, en derechos y obligaciones para las partes, que se retribuye al privado a través de pagos relacionados con la disponibilidad y el nivel de servicio de la infraestructura y/o servicio, incentivos y deducciones y, en general, en el establecimiento de estándares de calidad de los servicios contratados e indicadores claves de cumplimiento.

Con base en la necesidad de vinculación de capital privado para el desarrollo de proyectos de interés público, se expidió la Ley 1508 de 2012, que define el mecanismo de asociación público-privada como un instrumento de vinculación de capital privado, que se materializa en un contrato estatal, para la provisión de bienes públicos y de sus servicios relacionados, que involucra la transferencia de riesgos entre las partes y mecanismos de pago sujetos a la disponibilidad, nivel de servicios y estándares de calidad de la infraestructura.

El esquema de vinculación de capital privado en infraestructura pública, que se implementó a través de la Ley 1508 de 2012, es actualmente el motor de desarrollo de proyectos de infraestructura de transporte en todo el territorio nacional; en cambio, la aplicación del esquema de las asociaciones público-privadas al sector salud, es un campo con poco desarrollo en Colombia y que no cuenta con una reglamentación específica, lo cual ha dificultado la implementación de estos esquemas en el Sector Salud.

Ahora bien, en cuanto al ámbito de aplicación de la Ley 1508 de 2012, en su artículo 3 se estableció que es

“aplicable a todos aquellos contratos en los cuales las entidades estatales encarguen a un inversionista privado el diseño y construcción de una infraestructura y sus servicios asociados, o su construcción, reparación, mejoramiento o equipamiento, actividades todas estas que deberán involucrar la operación y mantenimiento de dicha infraestructura, así como los que versen sobre infraestructura para la prestación de servicios públicos”.

De esta forma, en la normativa precitada se estableció un marco normativo general que podría ser aplicable a todos los sectores; sin embargo, al basarse su desarrollo en la infraestructura de transporte, se ha dificultado la implementación en proyectos de infraestructura social como los del Sector Salud y Protección Social.

Los mecanismos de asociación público-privada permiten la vinculación de capital privado de forma efectiva y atractiva para que el sector privado diseñe, construya, mejore, rehabilite, equipe, opere y mantenga infraestructura pública, a cambio de una retribución condicionada a la disponibilidad de la infraestructura y al cumplimiento de niveles de servicio y estándares de calidad; los procesos de selección y las reglas para la celebración y ejecución de contratos derivados de esquemas de asociación público-privada se rigen por la Ley 80 de 1993 y la Ley 1150 de 2011, salvo lo regulado en la Ley 1508 de 2012.

En este marco, en aras de promover la inversión privada en el Sector Salud y contar con los particulares para suplir la carga presupuestal del Estado en la disposición de recursos que permitan

desarrollar la infraestructura, dotarla y operar los Centros de Atención Primaria en Salud, se hace necesario establecer que el Estado debe contar con la infraestructura privada existente y utilizar los recursos de inversión pública en los sitios donde no se cuente con la misma y, adicionalmente, que legalmente de forma expresa se permita la ejecución de estas actividades a través de mecanismos de asociación público-privada y el Gobierno Nacional cuente con la facultad para hacer la reglamentación específica de estos proyectos, como representante del Estado, el cual dirige, coordina y controla la Seguridad Social en el país, incluyendo garantizar la disponibilidad de la infraestructura eficiente para la prestación de los servicios de salud.

Por otro lado, en cuanto a la financiación de los servicios y tecnologías en salud para la atención de enfermedades huérfanas y de los servicios complementarios, es necesario considerar que en la ley 1751 de 2015 Ley estatutaria en Salud se estableció una modificación a la concepción del Plan de Beneficios que el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a la población al establecer que el mismo es inclusivo, es decir se cubre y garantiza la prestación y suministro de todos los servicios y tecnologías en salud que requiera la persona, excepto lo que este expresamente excluido. Así mismo, la ley precitada establece la integralidad como fundamento del Sistema General de Seguridad Social en Salud y conforme a ésta los servicios deben ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia entre otros aspectos de los mecanismos de financiación. En este sentido la Unidad de Pago por Capacitación - UPC debe ser integral y con ella se deben financiar todos los servicios y tecnologías que se garanticen, razón por la cual la fuente de financiamiento de Presupuestos Máximos creada en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 debe ser eliminada.

No obstante, lo anterior se debe tener en cuenta que existen algunos servicios y tecnologías que no resulta técnicamente posible ser financiados por la Unidad de Pago por Capacitación - UPC, como es el caso de los servicios y tecnologías necesarios para la atención de enfermedades huérfanas, por cuanto éstos al ser de muy baja frecuencia de uso y muy alto costo, deben ser garantizados y financiados mediante un modelo de atención, prestación y financiación diferente que el Ministerio de Salud y Protección Social debe reglamentar de acuerdo con la Ley 1392 de 2010, por la cual se reconocen las enfermedades huérfanas como de especial interés y se adoptan normas tendientes a garantizar la protección social por parte del Estado colombiano a la población que las padece.

De igual forma, frente a los servicios sociales que hasta hoy se han reconocido y pagado por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en atención a fallos de tutela o por el mecanismo de Presupuestos Máximos, tampoco resulta técnico incluirlos en la Unidad de Pago por Capacitación - UPC, dado que estos corresponden a servicios que deberían estar asumiendo otros sectores con sus propios presupuestos, bajo un esquema de intersectorialidad.

Finalmente, en aras de contar con un acceso equitativo a la prestación y provisión de los servicios y tecnologías en salud garantizados a través del Plan de Beneficios, es necesario incluir disposiciones que eviten y mitiguen cualquier tipo de discriminación en la oportunidad de acceso debido a la capacidad económica o la adquisición de planes voluntarios de salud. Al respecto, debe considerarse que, de acuerdo con lo establecido en el artículo 169 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011, se prevé la posibilidad de ofertar Planes Voluntarios de Salud que incluyan *“coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud, serán contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o el subsidio a la cotización”*. Para ello, la posibilidad

de adquirir y permanecer en un Plan Voluntario de Salud implica que el afiliado pertenezca al régimen contributivo, pues solo si tiene capacidad de pago puede adquirir estos planes adicionales.

Así las cosas, en el artículo 169 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011. se establece que estos Planes Voluntarios de Salud pueden ser:

“169.1 Planes de atención complementaria del Plan Obligatorio de Salud emitidos por las Entidades Promotoras de Salud.

169.2 Planes de Medicina Prepagada, de atención prehospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada.

169.3 Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera.

169.4 Otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud.”

Sin embargo, en la práctica se ha visto que algunas Instituciones Prestadores de Servicios de Salud y Gestores Farmacéuticos, realizan con mayor celeridad o eficiencia la prestación de servicios o provisión de tecnologías a aquellos usuarios que son beneficiarios de Planes Voluntarios de Salud; lo cual ha sido un reto de política pública frente al acceso efectivo, eficiente y oportuno a los servicios y tecnologías en salud del Plan de Beneficios de Salud.

La evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud, desde 1993 hasta la actualidad, ha permitido que los afiliados, tanto del régimen contributivo como del subsidiado, tengan derecho y acceso a los mismos servicios y tecnologías en salud, sin discriminación por régimen de afiliación o capacidad de pago, lo que ha implicado asegurar el acceso al derecho fundamental a la salud de forma universal, en los términos de la Ley 1751 de 2015. De esta forma, desde el esquema de aseguramiento se ha logrado una cobertura del Plan de Beneficios en Salud a toda la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con atención a los principios que gobiernan el derecho fundamental a la salud.

Conforme a lo anterior y en aras de mitigar las posibles conductas mencionadas, que permiten evidenciar un acceso más oportuno y eficiente por parte de los usuarios de Planes Voluntarios de Salud, se hace necesario adoptar medidas tendientes a mantener los logros del esquema de aseguramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud y conseguir que todas las personas, independientemente de su capacidad de pago o la adquisición o no de un Plan Voluntario de Salud, tengan acceso efectivo y oportuno a la prestación y provisión de servicios y tecnologías de salud.

No es posible que, en una misma Institución Prestadora de Servicios de Salud o Gestor Farmacéutico, que atienda a los ciudadanos bajo las condiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Plan de Beneficios de Salud, se dé prelación a los usuarios de Planes Voluntarios de Salud por encima de aquellos que no tienen contratadas estas asistencias adicionales. La oportunidad en el acceso al derecho fundamental a la salud se debe ceñir a los principios de universalidad, equidad, progresividad y eficiencia y no se debe ver favorecida o limitada por la contratación de asistencias adicionales.

En este sentido, con el fin de garantizar la universalidad del aseguramiento y prestación de los beneficios sin discriminación por capacidad de pago, es necesario incluir una norma que incentive a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a no dar prelación a los beneficiarios de Planes Voluntarios de Salud, cuando estas entidades también atiendan a la población bajo las condiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Plan de Beneficios de Salud.

e. Modelo de atención en zonas marginadas dispersas o de baja densidad poblacional

La Constitución Política, en su artículo 7, establece que el Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana, entendiendo que en materia de salud y de prestación de servicios se debe considerar las particularidades étnicas y culturales de la población al momento de diseñar e implementar políticas, programas y acciones en territorios con estas características.

Por su parte, el Convenio 169 de la OIT, ratificado mediante la Ley 21 de 1991 establece en su artículo 25, entre otros aspectos, lo siguiente:

"1. Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental. 2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales."

Ahora bien, en cuanto al reconocimiento de los enfoques diferenciales que se vinculan a la prestación de los servicios de salud en los distintos territorios, la Corte Constitucional en sentencia T-357 de 2017, M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado, manifestó

A pesar de lo anterior, la Sala nota que la Ley 100 de 1993 no establece las herramientas necesarias para adoptar un modelo de manejo del sistema de salud en territorios con población dispersa y prevalentemente indígena para una administración diferenciada que sea financiera y étnicamente sostenible. Así, con fundamento en la Ley 1438 de 2011, el Gobierno diseñó la opción presentada, no obstante, es evidente que el marco legislativo no despliega opciones concretas que puedan abordar los problemas del aseguramiento en las zonas con esas características que sean efectivamente razonables en términos financieros y étnicos. Luego, se advierte un vacío legislativo en cuanto a normas que establezcan un marco que permita desarrollar condiciones efectivas para prestar el servicio de salud en territorios con rasgos específicos con desafíos como la densidad de la selva, la dificultad en las vías de acceso y una cultura diferente a la mayoritaria. Lo anterior, hace que sea esencial contar con instrumentos que atiendan esas diferencias, no solo de forma eficiente, sino además que incorporen el elemento de aceptabilidad que está directamente relacionado con la garantía del derecho a la identidad cultural.

La Ley 1751 de 2015, Ley Estatutaria de Salud, en sus artículos 1 y 2 establece la garantía del derecho fundamental a la salud y lo define como autónomo e irrenunciable en lo individual y colectivo, así: "el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud". Así mismo, señala que "El Estado adoptará políticas para

asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas".

Además, en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015 se estableció que:

"El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social. En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad"

Y, en el artículo 30 de la Ley 1438 de 2011 se determinó que *"El Gobierno Nacional definirá los territorios de población dispersa y los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades y fortalecerá el aseguramiento"*. Así mismo, en el artículo 79 de la misma Ley, se estableció que

"(...) se garantizarán los recursos necesarios para financiar la prestación de servicios de salud a través de instituciones públicas en aquellos lugares alejados, con poblaciones dispersas o de difícil acceso, en donde estas sean la única opción de prestación de servicios, y los ingresos por venta de servicios sean insuficientes para garantizar su sostenibilidad en condiciones de eficiencia".

La necesidad de contar con un modelo diferencial de aseguramiento y prestación de servicios se da en respuesta a que Colombia presenta uno de los niveles más altos de desigualdad regional en el PIB per cápita de entre los países de ingreso medio y alto, y estas desigualdades afectan precisamente a los grupos más desfavorecidos (OCDE, 2019) y sujetos de especial protección a las que hace referencia el artículo 11 de la Ley 1753 de 2015.

Las minorías étnicas y las personas desplazadas por el conflicto, se concentran de manera desproporcionada en las zonas rurales, el acceso a la educación y los servicios públicos de calidad también es desigual entre las distintas regiones y grupos socioeconómicos, y en la actualidad, el creciente flujo de inmigración procedente de Venezuela que afecta principalmente a las regiones noroccidentales del país (OCDE, 2019) son elementos que hacen necesario un abordaje diferenciado de los problemas en salud a lo largo del territorio.

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

En estas zonas territoriales alejadas o de alta dispersión geográfica de la población, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, se deben implantar modelos diferenciados de aseguramiento. La experiencia de Guainía trae resultados alentadores. Cuando comenzó a implementarse el Modelo Integral de Atención en Salud, 2 de cada 10 habitantes tenían acceso a

una consulta al año en salud, hoy es 6 por cada 10 y aumentó capacidad resolutive y disminuyeron las remisiones totales de 956 en 2014, 648 en 2015, a 480 tras un año del Modelo Integral de Atención en Salud y un 45% de las remisiones se resolvieron en Inírida (DNP, 2017).

El modelo adoptado en el departamento del Guainía mediante el Decreto 2561 de 2014 establece cuatro elementos que fueron ajustados respecto del modelo en el que opera el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el resto del país, a saber: (i) la habilitación de una sola Entidad Promotora de Salud con la capacidad presupuestal y administrativa necesaria para atender a toda la población del departamento del Guainía; (ii) la implementación del énfasis en atención primaria en salud con la obligación de la Entidad Promotora de Salud de desarrollar actividades de visita a las viviendas y la conformación de equipos extramurales para apoyar intervenciones individuales y colectivas; (iii) la conformación de equipos intramurales con la suficiente capacidad resolutive para reducir al mínimo los traslados innecesarios; (iv) la posibilidad de adaptar las normas de habilitación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social sin disminuir la calidad de los servicios de salud en aras de garantizar la capacidad resolutive en el departamento.

Debido a las diferencias geográficas, sociológicas, culturales y poblacionales que se presentan en el territorio colombiano, no es pertinente trasladar un modelo de aseguramiento y prestación de servicios desarrollado para centros urbanos e implementarlo satisfactoriamente en poblaciones rurales, zonas marginadas o de baja densidad poblacional, pues las condiciones territoriales y la oferta de servicios varían según las diferencias de cada territorio. Por esto, es necesario contar con un modelo diferencial para estas zonas de Colombia, que permita garantizar la atención en salud en función de las condiciones geográficas, de acceso y capacidad de oferta en los ámbitos territoriales, así como de los diferentes grupos poblacionales que habitan en los mismos, reconociendo la interculturalidad, prácticas tradicionales, alternativas y complementarias, el cuál debe ser 100% público, por lo que las Entidades Territoriales del orden Departamental o Distrital, asumirían las funciones del aseguramiento de la población que habita en estos territorios.

Considerando que el 70% de la población colombiana se encuentra concentrada en las zonas urbanas, esto es grandes ciudades y ciudades intermedias, y que la capacidad de oferta de los servicios de salud se ha desarrollado en estas, se ha presentado la concentración de las actividades de aseguramiento por parte de las Entidades Promotoras de Salud – EPS en estos territorios, observando una insuficiencia en las opciones de prestación de servicios y aseguramiento en zonas rurales y dispersas, lo cual se ve reflejado en la diferencia de cobertura en cuanto a la afiliación y el acceso a los servicios en éstas zonas con relación a los promedios nacionales.

En este contexto, teniendo en cuenta que, si bien el porcentaje nacional de cobertura del aseguramiento es de aproximadamente el 99%, este varía en distintas zonas del país, debido a sus condiciones socio-económicas, culturales y de dispersión geográfica, pues los porcentajes de cobertura son mayores en las ciudades y centros poblados, y menores en las zonas rurales y en las dispersas; en la siguiente tabla se muestra la cobertura del aseguramiento por departamento con corte a septiembre de 2022:

Departamento	Contributivo	%	Excepción & Especiales	%	Subsidiado	%	Total general	Cobertura
Amazonas	16.387	21%	1.991	3%	58.142	76%	76.520	93%
Antioquia	4.097.879	60%	106.662	2%	2.650.582	39%	6.855.123	100%
Arauca	52.207	17%	6.040	2%	241.030	81%	299.277	98%
Archipiélago De San Andrés	42.601	68%	950	2%	19.000	30%	62.551	96%
Atlántico	1.199.656	43%	38.814	1%	1.536.861	55%	2.775.331	99%
Bogotá, D. C.	6.190.212	78%	136.698	2%	1.659.600	21%	7.986.510	101%
Bolívar	680.381	29%	42.638	2%	1.583.570	69%	2.306.589	103%
Boyacá	481.461	41%	30.878	3%	670.761	57%	1.183.100	94%
Caldas	480.791	52%	20.642	2%	423.555	46%	924.988	89%
Caquetá	73.037	18%	10.552	3%	331.193	80%	414.782	99%
Casanare	160.605	38%	10.112	2%	252.215	60%	422.932	96%
Cauca	286.546	21%	28.207	2%	1.021.246	76%	1.335.999	88%
Cesar	329.099	26%	24.959	2%	922.193	72%	1.276.251	95%
Chocó	54.963	12%	12.077	3%	379.195	85%	446.235	81%
Córdoba	336.931	20%	41.477	2%	1.329.169	78%	1.707.577	92%
Cundinamarca	1.634.775	63%	33.366	1%	940.164	36%	2.608.305	75%
Guainía	5.868	12%	947	2%	44.117	87%	50.932	98%
Guaviare	19.511	23%	1.998	2%	64.447	75%	85.956	95%
Huila	331.577	28%	25.499	2%	817.951	70%	1.175.027	103%
La Guajira	148.663	14%	17.307	2%	862.304	84%	1.028.274	103%
Magdalena	390.701	28%	30.637	2%	985.598	70%	1.406.936	96%
Meta	448.687	43%	19.090	2%	581.221	55%	1.048.998	97%
Nariño	275.204	19%	33.881	2%	1.176.738	79%	1.485.823	91%
Norte De Santander	457.415	27%	28.504	2%	1.178.100	71%	1.664.019	101%
Putumayo	47.645	15%	9.344	3%	271.021	83%	328.010	89%
Quindío	289.450	51%	10.606	2%	271.393	47%	571.449	100%
Risaralda	567.546	55%	17.029	2%	453.281	44%	1.037.856	106%
Santander	1.119.821	50%	68.573	3%	1.069.884	47%	2.258.278	97%
Sucre	163.883	17%	22.393	2%	788.388	81%	974.664	100%
Tolima	508.208	39%	26.430	2%	778.965	59%	1.313.603	98%
Valle Del Cauca	2.501.412	54%	60.610	1%	2.031.440	44%	4.593.462	100%
Vaupés	4.377	13%	1.096	3%	28.253	84%	33.726	69%
Vichada	10.961	13%	1.416	2%	69.761	85%	82.138	71%
Colombia	23.408.460	46%	2.142.985	4%	25.491.338	50%	51.042.783	99%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2022).

De acuerdo con lo anterior, debido a que la accesibilidad al aseguramiento a través de las Entidades Promotoras de Salud en las zonas rurales y dispersas, en especial al régimen subsidiado por parte de la población que no tiene capacidad de pago, en desarrollo de la Ley 100 de 1993 y la Ley 715 de 2001, en aras de garantizar el acceso efectivo al derecho fundamental a la salud de la población, se requiere que las Entidades Territoriales del orden Departamental o Distrital sean las responsables del aseguramiento de la población que habita en su territorio y que no tiene capacidad de pago, así como de la población en general que habita en zonas marginadas o de baja dispersión poblacional, en los términos establecidos en el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015.

Teniendo en cuenta que es función del Estado garantizar la prestación del derecho fundamental a la salud de la población, correspondería a las Entidades Territoriales del orden Departamental y Distrital, asumir las funciones del aseguramiento de la población inscrita en cada entidad; además, serán responsables del pago oportuno y completo de los servicios a los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud que conforman la red integral de servicios. Lo anterior, debido a

que la gestión de los riesgos en salud y la gestión de los riesgos financieros de las prestaciones, son determinantes para garantizar que la población tenga un acceso efectivo y oportuno a la prestación del derecho fundamental a la salud.

En este marco, el Gobierno Nacional contaría con distintas posibilidades para desarrollar el modelo de atención, las cuales deberán ser determinadas, ajustadas y definidas de acuerdo con las necesidades y condiciones de cada uno de los territorios. Así mismo, este modelo diferencial debe contar una fuente de financiación que permita solventar estos enfoques, para ello, se propone contar con: i) una UPC especial que se reconozca de acuerdo con las características del modelo que se adopte en las zonas marginadas dispersas o de baja densidad poblacional; ii) canalizar los recursos de cooperación internacional destinados a dicho fin; y, iii) Determinar el porcentaje de recursos del Sistema General de Participaciones que las entidades territoriales deben destinar a la financiación de éstos modelos.

Además, para lograr estos objetivos, podría contar con la colaboración del sector privado, quien tiene la posibilidad de ser colaborador del Estado para la prestación de servicios públicos. En el marco normativo general, en el artículo 210 de la Constitución Política de Colombia, se otorgó la facultad a los particulares de cumplir funciones administrativas, lo cual se traduce en el reconocimiento de la capacidad del sector privado para vincularse a proyectos de diferente índole como colaborador de la administración, dentro de los que se encuentra el sector salud, con el fin de, por ejemplo, participar en la construcción y operación de infraestructura y la prestación de servicios propios de la administración, como contratistas de entidades del orden nacional y territorial, para el cumplimiento de las funciones del sector público. En este marco, conforme al artículo 3º de la Ley 80 de 1993, las entidades públicas pueden buscar el cumplimiento de los fines del estado, así como la continua y eficiente prestación de los servicios públicos y la efectividad de los derechos e intereses de los ciudadanos, a través de la celebración de contratos estatales con sujetos de derecho privado que colaboran con el cumplimiento de los fines del Estado.

Con base en la necesidad de vinculación de capital privado para el desarrollo de proyectos de interés público, se expidió la Ley 1508 de 2012 que define el mecanismo de asociación público-privada como un instrumento de vinculación de capital privado, que se materializa en un contrato estatal, para la provisión de bienes públicos y de sus servicios relacionados, que involucra la transferencia de riesgos entre las partes y mecanismos de pago sujetos a la disponibilidad, nivel de servicios y estándares de calidad de la infraestructura. Ahora bien, en cuanto al ámbito de aplicación de la Ley 1508 de 2012, en su artículo 3 se estableció que es “aplicable a todos aquellos contratos en los cuales las entidades estatales encarguen a un inversionista privado el diseño y construcción de una infraestructura y sus servicios asociados, o su construcción, reparación, mejoramiento o equipamiento, actividades todas estas que deberán involucrar la operación y mantenimiento de dicha infraestructura, así como los que versen sobre infraestructura para la prestación de servicios públicos”. De esta forma, en la Ley 1508 de 2012 se estableció un marco normativo general que podría ser aplicable a todos los sectores; sin embargo, se ha dificultado la implementación en proyectos de infraestructura social como los del Sector Salud y Protección Social.

Los mecanismos de asociación público-privada permiten la vinculación de capital privado de forma efectiva y atractiva para que el sector privado diseñe, construya, mejore, rehabilite, equipe, opere y mantenga infraestructura pública, a cambio de una retribución condicionada a la disponibilidad de la infraestructura y al cumplimiento de niveles de servicio y estándares de calidad; los procesos de selección y las reglas para la celebración y ejecución de contratos derivados de esquemas de

asociación público-privada se rigen por la Ley 80 de 1993 y la Ley 1150 de 2011, salvo lo regulado en la Ley 1508 de 2012.

En este marco, en aras de promover la inversión privada en el Sector Salud y contar con los particulares para suplir la carga presupuestal del Estado en la disposición de recursos que permitan desarrollar la infraestructura, dotarla y operarla, se hace necesario contar con una disposición normativa que expresamente permita la ejecución de estas actividades a través de mecanismos de asociación público-privada y el Gobierno nacional cuente con la facultad para hacer la reglamentación específica de estos proyectos, como representante del Estado, el cual dirige, coordina y controla la Seguridad Social en el país, incluyendo garantizar la disponibilidad de la infraestructura eficiente para la prestación de los servicios de salud.

f. Flujo de recursos

En cuanto a las medidas que permitan fortalecer el flujo de recursos, es necesario adoptar disposiciones relacionadas con el Giro Directo de la Unidad de Pago por Capitación a prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud, la factura de venta y las glosas aplicables a Gestores Farmacéuticos y Operadores Logísticos de Tecnologías de Salud.

En primer lugar, la Unidad de Pago por Capitación como el principal mecanismo de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la cual es una prima que se define con base en la edad, el sexo y el territorio donde habita el afiliado. Esta prima cubre en la actualidad el 93.6% de los medicamentos y tecnologías que se prescriben en el país y el 97% de los procedimientos que se practican, mientras que los presupuestos máximos son la fuente adicional que cubre las demás prestaciones que están en el Plan de Beneficios en Salud.

La Ley 1751 de 2015 Ley estatutaria en Salud estableció una modificación a la concepción del Plan de Beneficios que el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantiza a la población al establecer que el mismo es inclusivo, es decir se cubre y garantiza la prestación y suministro de todos los servicios y tecnologías en salud que requiera la persona, excepto lo que este expresamente excluido. Así mismo, la ley precitada establece la integralidad como fundamento del Sistema General de Seguridad Social en Salud y confirme a ésta los servicios deben ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia entre otros aspectos de los mecanismos de financiación. En este sentido la Unidad de Pago por Capacitación - UPC debe ser integral y en con ella que se deben financiar todos los servicios y tecnologías que se garanticen, razón por la cual la fuente de financiamiento de Presupuestos Máximos creada en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 debe ser eliminada.

Con base en lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social define el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para el Régimen Contributivo y Subsidiado, de conformidad con lo previsto en los numerales 34 y 36 del artículo 2 del Decreto Ley 4107 de 2011. Dichas decisiones, deben propender por el equilibrio financiero del Sistema de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo, así como su compatibilidad con el marco fiscal de mediano plazo.

En este sentido, para fijar el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC, el Ministerio de Salud y Protección Social realiza un estudio de suficiencia y los análisis técnico actuariales, que permiten actualizar estos valores; adicionalmente, dicha entidad tiene en cuenta los cambios en la estructura

demográfica de la población relevante, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del Sistema para la protección integral de las familias, la maternidad y la enfermedad general en las fases de promoción y fomento de la salud, y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad.

Conforme al esquema actual, *“la UPC no refleja muy bien el costo esperado de los afiliados, de modo que las EPS no necesariamente están recibiendo los recursos adecuados para gestionar las prestaciones que necesitan sus afiliados”* (ANIF, 2022); lo que hace necesario contar con disposiciones normativas que permitan gestionar adecuadamente los recursos que se destinan al aseguramiento de la población y que respondan al mejoramiento de las condiciones de salud.

“En el caso colombiano, se podría desarrollar un modelo más extenso, que no incurra en sobre ponderar los reclamos presentados por los proveedores de atención primaria para pacientes crónicos y no sub pondere ciertas especialidades dentro del modelo de regresión que genera puntajes de riesgo de los afiliados. Lo anterior, de la mano con un esquema de incentivos que priorice el enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por encima de una atención excesivamente orientada al cuidado y tratamiento” (ANIF, 2021).

Para efectos de lograr transparencia y agilidad en el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre Entidades Promotoras de Salud - EPS y Prestadores y Proveedores de servicios y tecnologías en salud, se han adoptado distintas decisiones relacionadas con el giro directo a quienes prestan o proveen servicios y tecnologías.

En este marco, en el artículo 29 de la Ley 1438 de 2011 se estableció que, en el régimen subsidiado, el Ministerio de Salud y Protección Social girará directamente, a nombre de las Entidades Territoriales, la Unidad de Pago por Capitación - UPC a las Entidades Promotoras de Salud – EPS o podrá hacer pagos directos a las Instituciones Prestadoras de Salud. Dicho mecanismo fue reglamentado por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante la Resolución 1587 de 2016, modificada por la Resolución 4621 de 2016.

Además, en el artículo 10 de la Ley 1608 de 2013, se estableció que las Entidades Promotoras de Salud - EPS que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte del organismo de control y vigilancia competente, girarán como mínimo el 80% de la Unida de Pago por Capitación - UPC reconocida a los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud, directamente desde la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES o desde el mecanismo de recaudo o giro creado en desarrollo del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011.

Por otro lado, mediante el artículo 239 de la Ley 1955 de 2019, se dispuso que la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, en nombre de las Entidades Promotoras de Salud – EPS y de las Entidades Obligadas a Compensar, realizará el giro directo de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación - UPC de los regímenes contributivo y subsidiado destinadas a la prestación de servicios de salud, a todas las instituciones y entidades que presten dichos servicios y que provean tecnologías incluidas en el plan de beneficios, así como a los proveedores, de conformidad con los porcentajes y condiciones que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Finalmente, en el artículo 12 de la Ley 1966 de 2019 se estableció que los recursos corrientes de la Unidad de Pago por Capitación - UPC será girado por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, en nombre de las Entidades Promotoras de Salud – EPS, al prestador de Servicios de Salud o proveedores de tecnologías en salud.

En este marco, con el fin de garantizar la eficiente prestación y provisión de los servicios y tecnologías en salud, es necesario contar con un Sistema General de Seguridad Social en Salud que fortalezca los instrumentos que otorguen un flujo ágil de recursos y permita a los prestadores y proveedores de servicios y tecnologías en salud un flujo de caja que corresponda a la prestación y provisión de estos, así como a la atención de sus obligaciones laborales y financieras. Para ello, es necesario contar con una disposición normativa que permita al Gobierno Nacional determinar el porcentaje mínimo de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que deben ser girados directamente por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES a los Prestadores y proveedores de servicios y tecnologías de salud, de acuerdo con la concentración de cartera de las Entidades Promotoras de Salud – EPS, generando un equilibrio financiero a todas las partes.

En primer lugar, en una estructura de aseguramiento como lo es el SGSSS, los aseguradores reciben la prima de manera *ex ante* para cubrir los siniestros del mes al que corresponde dicha prima, de manera que un asegurador que recién empieza a operar o que no tiene deudas, el giro directo sería inoperable porque no tiene a quien hacerle los pagos, sin embargo, se debe constituir una reserva técnica que estima los siniestros que recibirá en el periodo el asegurador, las cuales deben estar respaldadas en activos líquidos y seguros, por tanto estos recursos deben ser destinados a constituir inversiones que respaldan estas reservas técnicas.

De acuerdo con lo anterior, el giro directo debe ser concebido como una medida para agilizar el flujo de recursos del sector y evitar la retención por parte del asegurador, lo cual depende de la velocidad de pago de este último con sus proveedores. Teniendo en cuenta este concepto, el giro directo debe operar en función de la morosidad de las cuentas por pagar de parte del asegurador, de manera que entre más días de mora presente el asegurador en sus pagos, mayor será el porcentaje de recursos que debe destinar a través del mecanismo de giro directo para así solucionar un posible problema de flujo de recursos con los proveedores de servicios y tecnologías en salud.

Por otro lado, se debe tener en cuenta además los tiempos del giro ordinario del sector por operaciones como la radicación de la factura y el proceso de auditoría que el tiempo entre la fecha de radicación y la fecha de pago no sean iguales, sino que estén distanciadas por el tiempo que tomen los demás procesos asociados a la auditoría, que en promedio puede tomar cerca de 30 días.

La cartera del sector debe ser analizada desde el detalle de los estados financieros de las entidades, que se encuentran con el aval del representante legal, revisor fiscal y contador, de manera que cualquier imprecisión en los mismos conlleva responsabilidades legales para cada uno de los responsables. Asimismo, es necesario entender la dinámica en la estimación de reservas técnicas por parte del asegurador y el ciclo de facturación por parte del proveedor de servicios.

En este sentido, por parte del asegurador se deben calcular las reservas técnicas tanto de obligaciones conocidas como no conocidas pendientes de pago. La dinámica de estos dos tipos de reservas depende del momento del conocimiento de la prestación por parte de un asegurador. La reserva de obligaciones conocidas se constituye una vez el asegurador se entere por cualquier

medio del servicio que debe cubrir y en un primer instante debe calcular el valor estimado de dicho servicio para que sea reservado, sin que este implique inmediatamente una cuenta por pagar cierta, ya que esta estimación depende del uso de dicho servicio (si no se utiliza se libera la reserva) o del valor real del servicio al momento de liquidarlo, es decir una vez radicada la factura por parte del proveedor de servicios y auditada por parte del asegurado, momento en el cual pasa a ser registrada como reserva de obligaciones conocidas y constituye una cuenta por pagar 100% cierta por parte del asegurador.

En cuanto a la reserva de obligaciones no conocidas, se debe tener en cuenta que es un pasivo 100% estimado y que no se ha convertido en una obligación de pago por parte del asegurador, pero que debe estar reservada dada la estimación de servicios que van a llegar en un futuro. Si es un asegurador que tiene una sinergia muy alta con el proveedor de servicios y conoce en línea la orden emitida por el médico, va a tener una reserva de obligaciones no conocidas muy baja, mientras que entre más tiempo pase entre la prescripción y el aviso al asegurador, esta reserva va a ser más alta.

De acuerdo con la información reportada por las EPS a la Superintendencia Nacional de Salud, a junio de 2022, las cuentas por pagar de 18 EPS¹⁶ no indígenas que actualmente se encuentran operando el aseguramiento y que representan el 91% del total de afiliados al SGSSS, sumaron \$9.2 billones con las IPS privadas y \$1.8 billones con la red pública, para un total de cuentas por pagar de \$11 billones con la red de prestación de servicios. Asimismo, éstas registraron cuentas por cobrar por anticipos no legalizados por \$4.7 billones, de los cuales el 78% corresponde a IPS Privadas y el 22% corresponde a las IPS Públicas. Si se tiene en cuenta que una vez se legalicen dichos anticipos por parte de las IPS se disminuye las cuentas por pagar de las EPS, se obtiene a una **cartera neta** de \$5.5 billones con la red privada y de \$800 mil millones con la red pública, para un total de **\$6.3 billones** en cuentas por pagar a la red de prestación de servicios de salud del país.

ESTADOS FINANCIEROS EPS			
	IPS PRIVADAS	IPS PÚBLICAS	TOTAL
TOTAL CXP	\$ 9.257	\$ 1.821	\$ 11.078
TOTAL CXC EPS IPS	\$ 3.720	\$ 1.014	\$ 4.734
CARTERA NETA	\$ 5.538	\$ 807	\$ 6.344

*Cifras en miles de millones de pesos

**Fuente: FT003-FT004 SuperSalud. Derecho de Petición

***Fuente: www.supersalud.gov.co - SuperRadar

A junio de 2022, según las cifras reportadas por las EPS, el 8% de sus cuentas por pagar tienen una morosidad mayor a 360 días, el 10% a menos de 30 días y el 60% era cartera no vencida.

¹⁶ ALIANSALUD, ASMET SALUD, CAJACOPI, COMFACHOCÓ, COMFAORIENTE, COMFAVALLE, COMPENSAR, COOSALUD, ECOOPSOS, EMSSANAR, FAMISANAR, MUTUAL SER, NUEVA EPS, SALUD MIA, SALUD TOTAL, SANITAS, SOS y SURA.



Fuente: FT004, Superintendencia Nacional de Salud.

Ahora bien, los estados financieros reportados por las IPS privadas con corte a junio de 2022, registraron cuentas por cobrar con estas EPS por \$13.4 billones, de los cuales \$2 billones aún no estaban radicados, de manera que no son facturas conocidas por las EPS, por tanto, la cuenta realmente radicada ascendía a \$11.4 billones. En cuanto a cuentas por pagar por parte de las IPS privadas con las EPS, se reportaron \$3.5 billones, dejando así una **cartera neta**, sin tener en cuenta las cuentas no radicadas, de **\$7.8 billones**.

ESTADOS FINANCIEROS IPS PRIVADAS	
	TOTAL EPS ANALIZADAS
CXP IPS A EPS - ANTICIPOS	\$ 3.521
Cuentas no radicadas	\$ 2.003
Cuentas Radicadas	\$ 11.417
TOTAL CXC IPS A EPS	\$ 13.420
CARTERA NETA	\$ 7.896

*Cifras en miles de millones de pesos

**Fuente: FT003-FT004 SuperSalud. Derecho de Petición

***Fuente: www.supersalud.gov.co - SuperRadar

De las cuentas por cobrar radicadas que fueron reportadas por las IPS privadas a junio de 2022, el 16% se encuentra con una edad de morosidad mayor a 360 días, el 17% entre 30 y 90 días, el 14% a 30 días y el 27% es cartera no vencida.



Fuente: FT003, Superintendencia Nacional de Salud.

En cuanto a las IPS Públicas, según las cifras publicadas por la Superintendencia Nacional de Salud en la herramienta SuperRadar disponible en la página web, se reportaron cuentas por cobrar por \$3.4 billones con las EPS analizadas en este aparte, de los cuales \$829 mil millones estaban pendientes por radicar, de manera que las **cuentas radicadas** ascendían a **\$2.6 billones**. Asimismo, reportaron únicamente cuentas por pagar por anticipos no legalizados por \$30 mil millones, lo que resulta en una **cartera neta de \$2.57 billones**. Para el caso específico de IPS Públicas no es posible evaluar la edad de la cartera a nivel agregado ya que la fuente de consulta no lo permite y su fuente original (SIHO) no tiene este módulo disponible para consulta al público.

ESTADOS FINANCIEROS IPS PÚBLICAS	
	Total EPS Analizadas
CXP IPS A EPS - ANTICIPOS	\$ 30
Cuentas no radicadas	\$ 829
Cuentas Radicadas	\$ 2.608
TOTAL CXC IPS A EPS	\$ 3.437
CARTERA NETA	\$ 2.578

*Cifras en miles de millones de pesos

***Fuente: www.supersalud.gov.co - SuperRadar

Como se puede observar, hay diferencias entre la información reportada por un actor y por otro, lo que implica que la Superintendencia Nacional de Salud debe realizar una supervisión que permita entender estas diferencias y lograr tener una mayor congruencia en la información. Más allá de estas diferencias, la fuente de información para evaluar el porcentaje de la UPC que se debe destinar a través de giro directo en función de la morosidad de la cartera, debe tomarse como fuente los Estados Financieros de las EPS.

Cabe resaltar que, estas cuentas por pagar por parte de las EPS se entienden como parte de las reservas técnicas, el análisis sobre el respaldo de las mismas con corte de junio de 2022, se encontró que estas entidades cuentan con **\$8 billones** invertidos en activos líquidos y seguros como títulos de renta fija, títulos de deuda pública respaldados por el Estado y depósitos a la vista. Por otro lado, teniendo en cuenta que una vez se legalicen los anticipos por parte de las IPS la reserva técnica disminuye en la misma proporción, se puede inferir que dichos anticipos son un valor adicional al régimen de inversiones que respalda la reserva técnica, los cuales ascienden a \$4.7 billones como se mencionó anteriormente, de los cuales el 78% corresponde a IPS privadas y el 22% a IPS públicas.

		TOTAL EPS ANALIZADAS
TOTAL RESERVAS	\$	14.408
RÉGIMEN DE INVERSIONES	\$	8.384
CXC NO PBS ESTADO	\$	4.406
CXC ESTADO - OTROS	\$	1.318
CXC EPS A IPS - ANTICIPOS	\$	3.720
TOTAL RECURSOS	\$	17.828

*Cifras en miles de millones de pesos

**Fuente: FT001 - FT003 - FT004 SuperSalud.

Derecho de Petición

***Fuente: www.supersalud.gov.co -

SuperRadar

De acuerdo con lo anterior, si se tiene en cuenta el régimen de inversiones más las cuentas por cobrar con el Estado y los anticipos no legalizados, estas **EPS tendrían recursos por \$18.8 billones para responder por sus obligaciones**, los cuales representan el 123% de sus reservas técnicas. Cabe resaltar que este último dato difiere entre EPS, sin embargo, muestra que si el Estado honra su deuda y los prestadores legalizan los anticipos entregados, el régimen de inversiones es suficiente para cubrir toda la reserva técnica de las EPS, incluyendo la deuda con la red pública y privada del país, de manera que se debe buscar la forma de dinamizar el flujo de recursos sin afectar las bases técnicas del aseguramiento como lo son el régimen de inversiones, la constitución de reservas técnicas y la solvencia de las entidades con instrumentos como conciliación de deudas entre todos los actores del sistema, incluido el gobierno, mecanismo para evitar retención de recursos por parte de los aseguradores, como el giro directo u órdenes del supervisor para utilizar el régimen de inversiones, y buenas prácticas en la radicación de cuentas por parte de aseguradores y proveedores de servicios y tecnologías en salud.

En segundo lugar, respecto a las disposiciones relacionadas con la factura de venta en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se debe considerar que la Ley 1438 de 2011, genera unas especificidades relacionadas con la facturación y glosas en el sector, sin embargo, se requieren ajustar los términos de las facturas de venta en el sector salud para que, en concordancia con el concepto del Consejo de Estado con radicado 11001-03-06-000-2018-00093-00, se armonicen las normas del sector con las del Código de Comercio y el Estatuto Tributario en relación con las facturas como título valor. Al respecto, en la memoria justificativa del Decreto 441 de 2022, el Gobierno nacional manifestó:

“Teniendo en cuenta el concepto de la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado, C.P. Edgar González López, del 27 de noviembre de 2018, Rad. 11001-03-06-000-2018-00093-00, con referencia “normas aplicables a las facturas generadas por la prestación de servicios de salud”, en donde concluyó que, en cumplimiento de las funciones reglamentarias asignadas en las Leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011 y 1797 de 2016, “correspondería al Ministerio de Salud y Protección Social adoptar las directrices que sean necesarias para que los prestadores y pagadores de los servicios de salud ajusten las facturas de salud a los requisitos del Estatuto Tributario y la Ley 1231 de 2008, pero con aplicación prevalente de las normas especiales de las facturas de salud”, se incluyen normas relacionadas con las facturas de venta que son expedidas por las prestación o provisión de servicios y tecnologías

en salud en el marco de los acuerdos de voluntades, de forma que se armonicen las normas especiales del sector salud con las de la Ley 1231 de 2008 y el Estatuto Tributario.

De acuerdo con esto, considerando los plazos perentorios establecidos en el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011, se incluyen 3 artículos en el proyecto de Decreto que permiten tener claridad del momento en el cual las glosas y las facturas son aceptadas, de forma expresa o tácita, y el momento a partir del cual la factura de venta constituye un título valor, siempre y cuando cumpla lo estipulado en el Código de Comercio, el Estatuto Tributario y demás normas de la facturación.”

Lo anterior permitió solventar un vacío jurídico que existía sobre el momento en el cual se constituye la factura de venta como título valor, debido a que era necesario articular las normas del Código de Comercio y el Estatuto Tributario con los trámites y procedimientos específicos de la facturación en el Sector Salud. Sin embargo, hoy en día existe un vacío jurídico respecto a la facturación de los servicios y tecnologías en salud prestados en la atención de urgencias o en los eventos de SOAT, toda vez que estos se dan en cumplimiento de un deber legal y no a través de un acuerdo de voluntades; al respecto, la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado, C.P. Edgar González López, del 27 de noviembre de 2018, Rad. 11001-03-06-000-2018-00093-00, manifestó:

“Como se puede ver, el pago por la prestación de servicios de atención inicial de urgencias no requiere de un contrato verbal o escrito que sirva de fuente a la obligación crediticia que se incorpora en la factura, pues en algunos casos, como sucede con la prestación de servicios de salud por eventos catastróficos, la obligación de pago por parte del FOSYGA, hoy ADRES, tiene una fuente legal y no contractual.

De conformidad con lo expuesto, se concluye que en casos como los de servicios de atención inicial de urgencias, no se cumple con el presupuesto exigido por el art. 772 C.Co para que exista una factura cambiarla, esto es, que la factura corresponda a bienes entregados real y materialmente o a servicios efectivamente prestados en virtud de un contrato verbal o escrito.

En consecuencia, las facturas que se emitan para el cobro de estos servicios no se podrían constituir en facturas como título valor, según lo regulado por los arts. 772, modificado por la Ley 1231 de 2008.

(...)

Ahora bien, con excepción de los casos en que las facturas del sector salud se expiden con fundamento en una obligación legal de la empresa o la entidad pagadora de los servicios de salud, como sucede con los servicios de urgencia, es posible concluir que las facturas que se expiden para el cobro y pago de los servicios de salud cumplen con este presupuesto de existencia de las facturas como títulos valores, esto es, corresponder a servicios efectivamente prestados y con fundamento en un contrato verbal o escrito.

En consecuencia, estas facturas deben ajustarse a los requisitos previstos en el art. 774 del C.C., en cumplimiento de la obligación contenida en el art. 50 de la Ley 1438 de 2011, modificada por el art. 7 de la Ley 1608 de 2013. Lo anterior, de manera concordante y con

aplicación prevalente del régimen especial y vigente de las facturas de salud.” (énfasis añadido)

En este sentido, ante la dificultad de aplicar las disposiciones del Código de Comercio para establecer que las facturas emitidas por atención de urgencias o SOAT constituyen un título valor, independientemente que se den en cumplimiento de un deber legal y no de un acuerdo de voluntades, es necesario incluir una disposición de orden legal que extienda estos efectos a dicha facturas, permitiendo así que los prestadores y proveedores de estos servicios y tecnologías en salud cuenten con disposiciones que les permita emitir facturas con las características de un título valor y puedan acceder a sus efectos comerciales, lo cual impactaría de manera positiva en el flujo de recursos al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Finalmente, en cuanto a las glosas aplicables a las facturas emitidas por los Gestores Farmacéuticos y los Operadores Logísticos de Tecnologías de Salud, es necesario considerar que actualmente el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 es aplicable solo a las facturas emitidas por los prestadores de servicios de salud, toda vez que cuando se expidió esta norma no existía formalmente la figura de Gestor Farmacéutico y Operador Logístico de Tecnologías de Salud; en este sentido, con el fin de dar igual de condiciones a toda la facturación que se da al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es necesario contar con una disposición legal que extienda la aplicación del artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 a las facturas de venta en salud expedidas por proveedores de tecnologías en salud, incluyendo a los Gestores Farmacéuticos y los Operadores Logísticos de Tecnologías en Salud.

g. Régimen de insolvencia

Considerando que en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano participan, Entidades Promotoras de Salud - EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS entidades constituidas bajo las figuras societarias de derecho privado, definidas en el Código Civil y en el Código de Comercio, es necesario contar con disposiciones que armonicen los asuntos societarios y empresariales del derecho privado con el funcionamiento de éstas.

Uno de los aspectos que cobra relevancia en esta necesidad de armonización corresponde a los instrumentos legales que, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud, permitan a las empresas que participan en él, mantenerse como entidades viables, con relaciones crediticias normales y que en momentos de dificultades económicas puedan a partir de procesos de reorganización preservar la empresa, renegociar sus obligaciones con sus acreedores y normalizar sus relaciones comerciales y crediticias mediante la reestructuración operacional, administrativa y financiera. Lo anterior con el fin de contribuir a la protección de la buena fe y la confianza en las relaciones derivadas de la operación de las entidades que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Conforme a las facultades otorgadas en los artículos 233 de la Ley 100 de 1993, 68 de la Ley 715 de 2001 y 68 de la Ley 1753 de 2015, la Superintendencia Nacional de Salud puede ordenar la intervención forzosa administrativa y toma de posesión para liquidar con sujeción a la reglamentación del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. Así, desde el año 2019 han entrado en liquidación 17 EPS, generando, entre otras, eliminación de fuentes de empleo y conformación de masas de liquidación insuficientes para pagar los créditos reconocidos; esto como consecuencia de la liquidación de una entidad y la no preservación de las empresas.

En el marco del Derecho Privado se cuenta con la Ley 1116 de 2006, la cual genera un instrumento de insolvencia para *“la protección del crédito y la recuperación y conservación de la empresa como unidad de explotación económica y fuente generadora de empleo, a través de los procesos de reorganización”* (art. 1). Sin embargo, en el Sector Salud no se cuenta con esta prerrogativa, toda vez que el numeral 1 del artículo 3 de dicha Ley excluyó expresamente a *“las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud”*; por esta razón, dichas entidades no pueden acceder a los programas de insolvencia y recuperación empresarial con los efectos otorgados en la Ley 1116 de 2006, quedando únicamente las herramientas otorgadas en el párrafo primero del artículo 230 de la Ley 100 de 1993, en el que se establece:

“Párrafo. El Gobierno reglamentará los procedimientos de fusión, adquisición, liquidación, cesión de activos, pasivos y contratos, toma de posesión para administrar o liquidar y otros mecanismos aplicables a las entidades promotoras y prestadoras que permitan garantizar la adecuada prestación del servicio de salud a que hace referencia la presente Ley, protegiendo la confianza pública en el sistema”

En ejercicio de la referida facultad, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 1600 de 2022, mediante el cual reglamentó los procesos de reorganización institucional de las Entidades Promotoras en Salud - EPS; sin embargo, debido a las limitadas facultades del ejecutivo, dichos procesos se relacionan con el cumplimiento o mantenimiento de las condiciones establecidas en los Capítulos 2 y 3 del Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, mediante la reestructuración operacional, administrativa, de activos o pasivos de las Entidades Promotoras en Salud - EPS. Ahora bien, estos procesos no son concursales y no incluyen la participación activa de los deudores como parte de la reorganización empresarial, por lo que, su estructuración y aplicación queda sujeta a un trámite administrativo entre la Entidad Promotora de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud; además, no generan los efectos legales establecidos en la Ley 1116 de 2006 para los procesos de insolvencia.

De acuerdo con lo anterior, se considera necesario que a las Empresas Promotoras de Salud – EPS y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, les sean aplicables las normas de insolvencia incluidas en la Ley 1116 de 2006. Es mejor recuperar las entidades y preservarlas para que cumplan sus obligaciones, que seguir liquidando entidades sin lograr la recuperación efectiva de la cartera y aumentar los índices de desempleo en el Sector Salud; estas decisiones tienen consecuencias sociales y económicas.

Como se manifestó anteriormente, la Ley 1116 de 2006 contiene varios efectos legales que se causan con ocasión de estos procesos, con los cuales no cuenta el Sector Salud; entre ellos, los establecidos en el artículo 17 de la Ley 1116 de 2006, en los que, una vez presentada la solicitud de reorganización, se produce lo siguiente:

1. Se prohíbe a los administradores de la entidad:
 - a. Realizar reformas estatutarias
 - b. La constitución y ejecución de garantías o cauciones que recaigan sobre bienes propios del deudor, incluyendo fiducias mercantiles o encargos fiduciarios que tengan dicha finalidad

- c. Efectuar compensaciones, pagos, arreglos, desistimientos, allanamientos, terminaciones unilaterales o de mutuo acuerdo de procesos en curso
- d. Conciliaciones o transacciones de ninguna clase de obligaciones a su cargo; ni efectuarse enajenaciones de bienes u operaciones que no correspondan al giro ordinario de los negocios del deudor o que se lleven a cabo sin sujeción a las limitaciones estatutarias aplicables, incluyendo las fiducias mercantiles y los encargos fiduciarios que tengan esa finalidad o encomienden o faculten al fiduciario en tal sentido

Por otro lado, se destacan los siguientes efectos:

1. A partir de la fecha de inicio del proceso de reorganización no podrá admitirse ni continuarse demanda de ejecución o cualquier otro proceso de cobro en contra del deudor. Así, los procesos de ejecución o cobro que hayan comenzado antes del inicio del proceso de reorganización deberán remitirse para ser incorporados al trámite y considerar el crédito y las excepciones de mérito pendientes de decisión, las cuales serán tramitadas como objeciones. (L. 1116/2006; art. 20)
2. Se establece la continuidad de los contratos, por lo que: i) no podrán ser terminados unilateralmente; ii) no se podrá declarar la caducidad administrativa; iii) los incumplimientos de obligaciones contractuales causadas con posterioridad al inicio del proceso de reorganización, o las distintas al incumplimiento de obligaciones objeto de dicho trámite, podrán alegarse para exigir su terminación, independientemente de cuando hayan ocurrido dichas causales; iv) el deudor admitido a un trámite de reorganización podrá buscar la renegociación, de mutuo acuerdo, de los contratos de tracto sucesivo de que fuera parte. (Ley 1116/2006; art. 21)
3. No podrán iniciarse o continuarse procesos de restitución de tenencia sobre bienes muebles o inmuebles con los que el deudor desarrolle su objeto social. (Ley 1116/2006; art. 22)
4. Durante el trámite del proceso de reorganización queda suspendido de pleno derecho, el plazo dentro del cual pueden tomarse u ordenar las medidas conducentes al restablecimiento del patrimonio social, con el objeto de enervar la causal de disolución por pérdidas. (Ley 1116/2006; art. 23)
5. Como consecuencia de la función social de la empresa, los acuerdos de reorganización y los acuerdos de adjudicación celebrados en los términos previstos en la presente ley, serán de obligatorio cumplimiento para el deudor o deudores respectivos y para todos los acreedores, incluyendo a quienes no hayan participado en la negociación del acuerdo o que, habiéndolo hecho, no hayan consentido en él. (Ley 1116/2006; art. 40)

Además, con el fin de evitar la liquidación de las entidades, preservar las empresas y proteger los créditos, es pertinente permitir que los acreedores puedan evitar la liquidación de las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, manifestando su interés en aportar nuevo capital, siempre y cuando se evidencie con la información que reposa en el expediente que el patrimonio de la concursada es negativo; para ello, es necesario otorgar

facultades al Gobierno nacional para que reglamente el procedimiento de salvamento empresarial que será aplicable a las EPS e IPS.

Por otra parte, se señala que en el sector salud no existe un fondo de garantías que se encargue de llevar a cabo la intervención o liquidación de los actores del sistema, sino que lo realiza directamente la Superintendencia Nacional de Salud, asimismo no cuenta con un patrimonio ni funciones que permita el rescate financiero de las entidades que son objeto de medida especial, lo que incrementa el riesgo sistémico o de contagio ante la liquidación de EPS.

En este sentido, desde la perspectiva de la Superintendencia Nacional de Salud, el marco jurídico relacionado con la Supervisión de los sujetos vigilados ha estado signado por lo establecido por el artículo 233 de la Ley 100 de 1993, cuyo texto es el siguiente:

“ARTÍCULO 233. DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. La Superintendencia Nacional de Salud es un organismo adscrito al Ministerio de Salud con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

(...).

PARÁGRAFO 2o. El procedimiento administrativo de la Superintendencia Nacional de Salud será el mismo que se consagra por las disposiciones legales para la Superintendencia Bancaria. Los actos de carácter general que expida la Superintendencia Nacional de Salud no producirán efectos legales mientras no se publiquen en el boletín del Ministerio de Salud, Capítulo, Superintendencia Nacional de Salud, el cual podrá ser editado y distribuido a través de esta.” (Subrayado fuera de texto).

Conforme con el mandato legal arriba expuesto, la gestión de la Superintendencia ha estado orientada, en relación con la gestión de las situaciones de crisis financiera y de servicio de los vigilados, por la aplicación de la regulación establecida en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, lo cual fue ratificado por el artículo 68 de la Ley 1753 de 2015, que dispone que el Superintendente Nacional de Salud podrá ordenar o autorizar a las entidades vigiladas, la adopción individual o conjunta de las medidas de que trata el artículo 113 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, con el fin de salvaguardar la prestación del servicio público de salud y la adecuada gestión financiera de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Igualmente, la Superintendencia Nacional de Salud ha dado aplicación a lo normado en los artículos 114 y siguientes del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero en cuanto a la toma de posesión de sus sujetos vigilados, acción que en conjunto con las medidas preventivas establecidas en el artículo 113 arriba citado, constituye el eje de medidas especiales a cargo de esta entidad.

El artículo 2.5.5.1.9 del Decreto 780 de 2016, único reglamentario del sector salud señala que las medidas cautelares y la toma de posesión de bienes, haberes y negocios de los sujetos vigilados, se regirán por las disposiciones contempladas en el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y serán de aplicación inmediata, de conformidad con lo previsto en el artículo 335 del mismo Estatuto.

En armonía con lo establecido en las normas anteriores, la Ley 1966 de 2019 como parte de las normas que reforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud, estableció en su artículo 17 que todas las facultades del Superintendente Nacional de Salud que desarrollan el eje de medidas especiales (artículo 37 numeral 5 de la Ley 1122 de 2007) estarían dotadas de un efecto inmediato.

En cumplimiento del marco jurídico arriba descrito, la Superintendencia ha adelantado acciones tales como la toma de posesión para liquidar EPS, o para asumir la administración de empresas sociales del Estado. Igualmente, ha impuesto a EPS, IPS y ESE, medidas tales como la Vigilancia Especial o el Programa de Recuperación.

Sin embargo, es claro que la institucionalidad actualmente existente es insuficiente para superar, las que en todo caso se constituyen en importantes deficiencias del esquema por medio del cual opera en la actualidad el eje de medidas especiales, siendo la principal de ellas la insuficiencia patrimonial de la mayoría de vigilados que han sido objeto de las medidas especiales, lo cual genera un impacto directo e inmediato en la prestación del servicio.

Dicha insuficiencia patrimonial bien podría ser gestionada mediante instituciones similares al FOGAFÍN que si existe en el sector financiero, y que según su propia regulación, aplica de ser necesario, diferentes operaciones de apoyo a sus entidades inscritas para reducir o minimizar los efectos adversos de situaciones de crisis en el sistema Financiero; administra el Seguro de Depósitos y lo paga a los ahorradores de una entidad inscrita en caso que la misma entre en liquidación; así mismo, realiza seguimiento a las entidades financieras en toma de posesión y en liquidación.

Dado que en el sector salud no existe una figura similar, el alcance de la labor de la Superintendencia resulta cuando menos insuficiente, pues la misma se concentra hasta cierto punto en promover el mejoramiento operacional y financiero de los vigilados a través de acciones que dependen principalmente de la voluntad, disponibilidad de recursos y la capacidad de gestión de sus administradores y socios, considerándose importante contar con una figura adicional que coadyuve en la gestión de las crisis, de forma similar a como lo hace FOGAFÍN.

Además, es relevante notar que actualmente el sistema de salud se encuentra en una situación difícil frente al riesgo sistémico que presentan las EPS que no cumplen con las condiciones de habilitación financiera, que corresponden a aquellos mínimos en capital y patrimonio que deben tener las entidades para poder operar el aseguramiento de forma oportuna. El riesgo se presenta en dos escenarios: en el caso en el que se permite que la entidad continúe operando, y en aquel en el que se liquida la entidad. Esto se debe principalmente a que hay muchos prestadores cuyos activos dependen en un porcentaje importante de la cartera por cobrar con esas EPS o sus ingresos operativos dependen fundamentalmente del costo de esas EPS, y dado que no existen recursos para solventar esta situación, los prestadores quedan en una situación que posiblemente los podría llevar a la quiebra financiera, afectando la oferta disponible en salud. En el primer caso, donde se permite que la EPS siga operando sin alguna intervención, su desempeño puede continuar siendo cada vez más deficiente, afectando así a todas los proveedores y usuarios con los que tiene algún vínculo. Por otra parte, si la EPS sigue operando con una intervención para administrar, es difícil lograr mejorar los resultados ya que para cumplir esos mínimos financieros de operación se requiere no solo mejorar la gestión sino a su vez y de forma oportuna aumentar el capital para responder por la operación que demanda el aseguramiento. Por su lado, los recursos disponibles para salvar los prestadores que dependen de las EPS que se liquidan, estarán determinados por el resultado del

proceso liquidatorio, específicamente, por el valor y la probabilidad de recuperación de los activos de dicha entidad.

Se destaca que según la normatividad vigente las entidades públicas, es decir las Empresas Sociales del Estado - ESE, tienen la posibilidad de apelar a figuras como la restructuración de pasivos; por lo contrario, las IPS privadas, no pueden acceder a este tipo de acuerdos con las garantías del sector público (están excluidas del régimen de insolvencia establecido en la Ley 116 del 2006)¹⁷, y, en consecuencia, se encuentran en alto riesgo de insolvencia.

Teniendo en cuenta lo anterior, se resalta el tamaño de la crisis financiera y el riesgo latente en el sistema de un posible cierre masivo de IPS, para lo cual se requiere de un soporte jurídico, de herramientas y recursos enfocados al fortalecimiento de la solidez financiera y operativa de las entidades, que permitan obtener confianza de los actores del sector, a través de la preservación del equilibrio económico impidiendo la insolvencia de los prestadores de servicios de salud, y de esta manera se garantice la continuidad del servicio y el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

Es preciso recordar, en 1985 en el sector financiero en Colombia se apeló a una entidad que ejecutara un programa de salvamento, FOGAFIN, para enfrentar la crisis en 1982 para evitar la corrida bancaria que fue consecuencia de prácticas irregulares, autopréstamos de las entidades bancarias, cartera morosa, alto nivel de endeudamiento y por ende la pérdida de confianza de los depositantes. De forma similar, nuevamente en la década de los 90, la misma entidad se consolidó como una herramienta para recuperar las entidades financieras que entraron en crisis, atendiendo las dificultades que afrontaban los establecimientos de crédito y los ahorradores del sistema. También, en 1998 en la economía solidaria, en atención a una crisis que surgía por formas indebidas de manejo de recursos, se crearon dos entidades jurídicas complementarias para salvar esa situación y retornar la confianza en dicho sector: la Superintendencia de la Economía Solidaria - Supersolidaria- y el Fondo de Garantías del Sector Cooperativo -Fogacoop (fondo de garantías especial e independiente para el sector cooperativo¹⁸).

Por otra parte, el sector salud no es ajeno a la configuración de estructuras empresariales tales como grupos empresariales donde participan EPS y prestadores de tecnologías y servicios de salud. Según la teoría se espera que a través de estas estructuras empresariales se alcance una mayor eficiencia en la prestación del servicio de salud a los usuarios; sin embargo, existe un riesgo latente en cuanto a la extracción de rentas. Existen algunos mecanismos que ayudan a mitigar o reducir ese riesgo, tales como la declaratoria de grupo empresarial y aplicación de las normas internacionales de información financiera para la consolidación del estado financiero del grupo, la adopción y seguimiento a la gestión de riesgo de grupo.

No obstante lo anterior, se presentan casos donde se consolidan grupos empresariales que buscan operar sin transparencia, donde se debe forzar a la declaratoria del grupo, y que posterior a ello, cuando la EPS debe ser liquidada o entra en quiebra, se observa que esa situación es resultado de la mala administración del grupo empresarial cuyo único objetivo era la extracción de los recursos

¹⁷ Para más información ver artículo de Fernando Hernandez Velez en <https://www.ambitojuridico.com/noticias/especiales/laboral-y-seguridad-social/crisis-financiera-de-ips-privadas-en-colombia-y>

¹⁸ Para profundizar en las funciones ver artículo 8 del decreto ley 2206 de 1998.

del Sistema de Salud, a través de otras empresas que pertenecen al grupo. Aunado a ello, cuando se liquida una de las entidades integrantes del conglomerado perteneciente al sector salud, dada la normatividad vigente la prelación puede favorecer a sus propios integrantes dejando por fuera a otros acreedores de la entidad con el mismo derecho para el pago de sus créditos. Esta situación desconoce que en muchos casos la liquidación de la entidad obedece al mal manejo del grupo empresarial.

Ahora bien, en cuanto a la revelación de los conglomerados, se precisa que la reglamentación vigente aplica para entidades comerciales dejando por fuera otro tipo de entidades que participan en estas estructuras que se consolidan en el sector salud, tales como, entidades solidarias, fundaciones, entre otras entidades sin ánimo de lucro. En la actualidad, en el ordenamiento jurídico no hay mecanismos establecidos para una revelación correcta de los conglomerados en el sector salud que facilite la supervisión del uso de los recursos y los riesgos inherentes a su operación.

Según la teoría, se espera que a través de estas estructuras empresariales se alcance una mayor eficiencia en la prestación del servicio de salud a los usuarios; sin embargo, existe un riesgo latente en cuanto a la extracción de recursos. Las ganancias en eficiencia se dan por menores costos de transacción, y disminución en las asimetrías de información. Con la existencia de estas estructuras se facilitan las tareas de monitoreo del prestador para el cumplimiento de procedimientos y mejoramiento de la calidad del servicio, así como el aumento en la inversión en campañas de promoción y prevención, y mejorar la cobertura y calidad en la atención de primer nivel. En ese sentido se deben generar incentivos para aprovechar la existencia de conglomerados bajo ambientes de competencia, contratación a tarifas justas con estricto seguimiento a la contratación y los resultados.

Según Restrepo Zea et al (2006), a partir de un modelo de doble marginalización, muestran que la integración vertical entre EPS e IPS podría ofrecer una solución superior a la que se obtendría cuando tanto EPS como IPS actúan independientemente; esto se da por el vínculo de los costos del riesgo con la provisión de servicio, y en el caso de los servicios de atención básica, la inducción a mayor demanda por servicios lleva hacia un control del gasto subsecuente mediante una promoción efectiva y el manejo de protocolos de atención adecuados, y a su vez en este tipo de atención hay bajos costos de inversión y mantenimiento.

No obstante, se deben tener en cuenta los riesgos de la existencia de estos, y por tanto, la relevancia de su declaración, gestión y supervisión. Esto también es recomendado por Bardey & Buitrago (2016); quienes sugieren migrar de un modelo de regulación de la integración hacia un modelo de supervisión.

Frente a los riesgos de la existencia de los conglomerados, se destacan dos estudios en Colombia: Chaverra (2021), donde encuentra que no hay efecto sobre la rentabilidad de las IPS, y Cifuentes Dos Santos (2018), que encuentra que el efecto de inspección y vigilancia en precios depende del mecanismo de pago y tipo de servicio, para los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico y consulta de medicina especializada, el efecto es negativo en precios, y para el servicio de medicina general el efecto es positivo, en el caso de los servicios hospitalarios se encuentra que en general el efecto es positivo, aunque no en todos los casos significativo estadísticamente.

Es así como es de vital importancia avanzar en la revelación de los conglomerados, promoviendo la transparencia en el sector salud, su adecuada operación, así como la gestión de los riesgos que se derivan de la consolidación de este tipo de estructuras.

h. Inspección, vigilancia y control

La supervisión de los diferentes sectores de la economía a nivel mundial está migrando a supervisiones preventivas que permitan al supervisor actuar antes que las entidades entren en situaciones que impidan su continuidad en el desarrollo de la actividad para la cual fueron creadas.

En este sentido se han implementado modelos de supervisión basada en riesgos que cuentan con una vigilancia prudencial y activa para fortalecer la operación de las entidades vigiladas, el cual tiene que fundamentarse en un sistema de alertas tempranas y el desarrollo de buenas prácticas de gobierno corporativo enfocadas en la transparencia y el bienestar del usuario del SGSSS como centro de los objetivos de las entidades que participan en dicho sistema.

De esta manera, se debe continuar en la implementación de un modelo dinámico de supervisión enfocado en la comprensión y la anticipación de los posibles riesgos que las entidades vigiladas enfrentan; incluyendo no solamente aquellos relacionados directamente con la seguridad del paciente, la prestación de servicios y los derechos de los pacientes, sino también los concernientes a la gestión administrativa y financiera que soporta la operación (Resolución 4559 de 2018, Superintendencia Nacional de Salud).

De forma complementaria, para poder adoptar medidas preventivas en el sector salud y salvaguardar los recursos del sistema, teniendo en cuenta que existen conglomerados y con ellos potenciales riesgos, se requiere conocer de manera detallada la estructura y gestión de los conglomerados para identificar alertas frente a posibles riesgos que se deriven de las interacciones de los miembros del grupo. En este caso se debe buscar desde la supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud identificar los riesgos en el uso de los recursos y frente a las entidades del sector salud que se deriven de la operación de estas estructuras.

La supervisión del conglomerado facilita la adopción de mecanismos de control y seguimiento a los riesgos de las entidades del sistema que se derivan de esas estructuras. Una vez definido el conglomerado, la Superintendencia Nacional de Salud estará facultada para supervisar cualquier entidad que integra el conglomerado independientemente si es o no su vigilado. El alcance de la supervisión de los conglomerados se limita a la inspección y vigilancia de éste para la identificación de riesgos en relación con los recursos del sistema de salud. El control continúa siendo solo para los agentes del sector salud que hacen parte del conglomerado. Esta supervisión no debe sustituir las facultades de las otras Superintendencias, pero si complementar y fortalecer la supervisión basada en riesgos.

Por otra parte, en cuanto al Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud, creado mediante el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019, en el cual se integran las acciones especializadas y coordinadas entre la Superintendencia Financiera, la Superintendencia de Sociedades, la Superintendencia de Industria y Comercio y la Superintendencia Nacional de Salud, es necesario realizar ajustes para esclarecer las funciones de cada una de las entidades que allí

participan e incluir la totalidad de Superintendencias que tienen relación con agentes del Sector Salud. Al respecto, en el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019 se dispuso:

“ARTÍCULO 2o. EL SISTEMA INTEGRADO DE CONTROL, INSPECCIÓN Y VIGILANCIA PARA EL SECTOR SALUD. Créase el Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud, a partir de la acción especializada y coordinada entre la Superintendencia Financiera, Superintendencia de Sociedades, la Superintendencia de Industria y Comercio y la Superintendencia Nacional de Salud, bajo la coordinación y dirección de esta última quien será la encargada de adelantar el proceso sancionatorio, sin causar cargo alguno por sobretasas, o tarifas de contribución adicionales.

La Superintendencia Financiera podrá servir de asesor técnico, brindar capacitación, emitir conceptos, transferencia de conocimiento, y mejores prácticas para el fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que esta ejerza la inspección, vigilancia y control sobre las Entidades Promotoras de Salud u otras aseguradoras en salud, así mismo, sobre operadores logísticos de tecnologías en salud y gestores farmacéuticos, en lo que corresponde a las condiciones financieras y a las buenas prácticas de gobierno corporativo que deben cumplir estas entidades. La Superintendencia Financiera emitirá un informe anual sobre el desempeño de los principales indicadores financieros de estas entidades.

La Superintendencia de Sociedades ejercerá la inspección, vigilancia y control sobre las sociedades del sector salud y empresas unipersonales que operen en el sector, a efecto de verificar el cumplimiento de las normas de derecho de sociedades y demás asignadas a este ente de control. El Gobierno reglamentará la materia.

La Superintendencia de Industria y Comercio ejercerá la vigilancia, control e inspección sobre la promoción de la competencia en el sector salud, mediante la imposición de multas cuando se infrinjan las disposiciones de prácticas comerciales restrictivas a la competencia y competencia desleal, fusiones y obtención de control de empresas en el mercado de la salud y el abuso de posición de dominante, entre otras.”

En el precitado artículo, se establecieron las funciones particulares de cada una de las Superintendencias que participan en el Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud. Con relación a las funciones de cada Superintendencia, en el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019 se establece cuál es el rol de cada entidad de inspección vigilancia y control dentro del Sistema Integrado; de esta forma, las funciones asignadas a la Superintendencia Financiera son:

1. Servir de asesor técnico, brindar capacitación, emitir conceptos, transferencia de conocimiento, y mejorar prácticas para el fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud
2. Emitir un informe anual sobre el desempeño de los principales indicadores financieros de estas entidades.

Ahora bien, en el marco de las competencias asignadas a las distintas entidades que hacen parte del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud, la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado, en decisiones del 30 de noviembre de 2020 (Rad.11001-03-06-000-2020-00200-00) y del 13 de diciembre de 2021 (Rad. 11001-03-06-000-2021-00082-0), ha

ratificado que la competencia de la Superintendencia Nacional de Salud se encuentra circunscrita a los asuntos relacionados con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y que las otras entidades son competentes para ejercer la inspección, vigilancia y control respecto de los asuntos de su especialidad.

En este sentido, se considera que la Superintendencia Financiera de Colombia es la competente para ejercer la inspección, vigilancia y control de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, en los asuntos relacionados con su actividad financiera, por lo tanto, se propone modificar el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019, en este sentido, de acuerdo con los competencias concurrentes y especializadas de este ente de control.

Ahora bien, en cuanto a las competencias sancionatorias de la Superintendencia de Sociedades, por expresa disposición legal incluida en el inciso tercero del artículo 2 de la Ley 1966 de 2019, corresponde a esta ejercer la inspección, vigilancia y control de las sociedades del Sector Salud, dentro de las que se encuentra la facultad sancionatoria sobre estos puntos de conformidad con lo establecido en el artículo 228 de la Ley 222 de 1995.

Al respecto, se debe tener en cuenta también que la Sala de Consulta y Servicio Civil del Consejo de Estado, en decisiones del 30 de noviembre de 2020 (Rad.11001-03-06-000-2020-00200-00) y del 13 de diciembre de 2021 (Rad. 11001-03-06-000-2021-00082-0), ha ratificado que la competencia de la Superintendencia Nacional de Salud se encuentra circunscrita a los asuntos relacionados con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y que la Superintendencia de Sociedades es competente para ejercer la inspección, vigilancia y control respecto de los asuntos de derecho societario y demás asuntos reglamentados en la Ley 222 de 1995, que no hayan sido atribuidas expresamente a la Superintendencia de Sociedades. Por lo tanto, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019, la Superintendencia de Sociedades es competente para ejercer *“la inspección, vigilancia y control sobre las sociedades del sector salud y empresas unipersonales que operen en el sector, a efecto de verificar el cumplimiento de las normas de derecho de sociedades y demás asignadas a este ente de control”*, lo cual incluye la facultad sancionatoria sobre estos aspectos.

Ahora bien, la puesta en práctica de estas competencias a cargo de la Superintendencia de Sociedades se dificulta debido a la disposición incluida en el numeral 44 del artículo 7 del Decreto 1736 de 2020, en el que se estableció que es función de dicho ente de control: *“44. Ejercer las funciones asignadas a la entidad dentro del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud creado mediante la Ley 1966 de 2019, sobre sociedades y empresas unipersonales que operan en el sector, a fin de apoyar a la Superintendencia Nacional de Salud frente a la verificación del cumplimiento de las normas de derecho de sociedades, bajo la coordinación y dirección de dicha superintendencia, quien es la encargada de adelantar los procedimientos administrativos sancionatorios que correspondan”*, sustrayéndose así de la facultad sancionatoria y trasladándola a la Superintendencia Nacional de Salud.

Con base en lo anterior, en aras de dirimir el conflicto de competencias que se ha presentado en la práctica, es necesario ajustar el artículo 2 de la Ley 1966 de 2019, manifestando expresamente que le corresponde a la Superintendencia de Sociedades ejercer la inspección, vigilancia y control sobre las sociedades del sector salud y empresas unipersonales que operen en el Sector Salud, a efecto de verificar el cumplimiento de las normas de derecho de sociedades y demás asignadas a este ente de control, así como adelantar los procesos sancionatorios relacionados con el incumplimiento de las

disposiciones del régimen societario consagradas en el Código de Comercio, la Ley 222 de 1995 y sus decretos reglamentarios.

Ahora bien, debido a que en el Sector Salud también participan organizaciones de economía solidaria y de las Cajas de Compensación Familiar, es necesario vincular a la Superintendencia del Subsidio Familiar y la Superintendencia de la Economía Solidaria en el Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud.

Finalmente, en cuanto al artículo 75 de la Ley 1955 de 2019, en el que se dispusieron las competencias de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud, frente a todo acto jurídico, sin consideración a su naturaleza, de nacionales o extranjeros, que tenga por objeto o efecto la adquisición directa o indirecta del diez por ciento (10%) o más de la composición del capital o del patrimonio de una entidad promotora de salud; es necesario modificar dicho artículo en aras de aclarar que la solicitud de aprobación opera independientemente de que el potencial adquirente tenga una participación directa o indirecta superior al diez por ciento (10%); así mismo, considerando que se presume una situación de control cuando se es propietario de más del cincuenta por ciento (50%), no es necesario contar con dicha aprobación debido a que no se modifica el control en las decisiones al interior de la Entidad Promotora de Salud.

Ahora bien, en aras de garantizar la celeridad en los trámites de la administración pública, se considera necesario traer la excepción de la autorización incluida en el numeral 3 del artículo 88 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, en los asuntos que son aplicables al Sector Salud, debido a que, en la práctica se ha evidenciado la duplicidad de trámites por aprobaciones obtenidas en un rango de tres (3) años continuos.

i. Sistemas de información

Si bien la evidencia empírica indica que como país hemos avanzado en la mejora de diversos indicadores de salud, en el país existe una alta percepción de que el Sistema General de Seguridad Social en Salud no funciona adecuadamente e incluso que, al interior de éste, hay cabida de prácticas fraudulentas y corruptas y se necesita mayor transparencia en el flujo de recursos que se da en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, permitiendo identificar tanto la cartera pendiente y adeudada como la efectivamente pagada.

En este sentido, es necesario contar con un sistema de información público que permita visualizar las cuentas por pagar y cuentas por cobrar entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS y Entidades Promotoras de Salud - EPS, detallando los costos y gastos causados, los valores facturados, las glosas en firme, los pagos anticipados, la legalización de estos y los pagos definitivos. Lo anterior, permitirá a la Superintendencia Nacional de Salud y a los entes de control, revisar que los registros contables de las entidades correspondan a los valores facturados, pagados y pendientes por pagar; lo cual permite conocer la realidad del flujo de recursos, el estado de las cuentas y la sostenibilidad financiera del Sistema.

Esta herramienta permite contar con un instrumento de transparencia en el giro de los recursos, que deberá ser integrada al Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial, conforme al artículo 3 de la Ley 1966 de 2019, para que así se tenga información de acceso público sobre el estado de las cuentas pagadas, pendientes por pagar y vencidas.

Ahora bien, desde la expedición de la Ley 1966 de 2019, la cual entró en vigencia el día 11 de julio de 2019, se estableció que el Ministerio de Salud y Protección Social debía crear y poner en funcionamiento el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial y un Registro de Contratación de Servicios y Tecnologías en Salud; sin embargo, a la fecha, este sistema no ha iniciado funcionamiento ni ha sido presentado a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por lo que su implementación tiene mora de cuatro (4) años. En este sentido, es necesario que el Ministerio de Salud y Protección Social presente a la comisión séptima de cada cámara del Congreso de la República un informe en el que dé cuenta del cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 3 y 4 de la Ley 1966 de 2019, así como un plan de trabajo con plazos claros y exactos para el inicio de operación del Sistema de Información Financiera y Asistencial y del Registro de Contratación de Servicios y Tecnologías de Salud. Así mismo, con el fin de tener una herramienta de seguimiento a las actividades desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, estas deberán rendir un informe semestral a la comisión séptima de cada cámara del Congreso de la República, en el cual den cuenta del estado y avance del Sistema y los módulos dispuestos en la presente Ley, en el que indiquen, como mínimo su estado de implementación, riesgos identificados, nivel de cumplimiento en los reportes de información e interoperabilidad efectiva.

j. Liquidación de Entidades Promotoras de Salud que no cumplen condiciones financieras de habilitación y permanencia y compensación de la prima por traslados de afiliados

En el Decreto 780 de 2016 se encuentran establecidas las condiciones financieras y de solvencia de obligatorio cumplimiento por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), relacionadas con el capital mínimo, el patrimonio adecuado; constitución de la reserva técnica y régimen de inversiones que respalda la reserva técnica, con el objetivo de garantizar la solvencia de las entidades y proteger el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Según el último informe disponible de la Superintendencia Nacional de salud relacionado con el cumplimiento de condiciones financieras, con corte a septiembre de 2022, 11 EPS no cumplen con patrimonio adecuado por ende tendrán que ser capitalizadas o de otra manera se encontrarán en una situación de liquidación.

No obstante lo anterior, el Decreto 1600 de 2022, adicionó el Capítulo 6 al Título 2 de la Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, reglamentó las condiciones, requisitos y límites de los procesos de reorganización institucional de las entidades promotoras de salud, permitiendo así que las entidades que por sus condiciones jurídicas o financieras no pueden ser capitalizadas inmediatamente, puedan acceder herramientas que permitan realizar planes de ajuste financiero.

Teniendo en cuenta que estas 11 EPS están en riesgo de liquidación, se debe considerar que el sector salud está expuesto al riesgo sistémico, el cual surge debido a que en el sistema de salud existen fuertes interconexiones o vínculos entre los actores, y en consecuencia hay una probabilidad que al ocurrir un evento adverso se genere un efecto sucesivo de contagio por diferentes canales afectando a un gran número de actores representativos para el aseguramiento y la prestación del servicio de salud.

Los procesos de liquidación ordenados por la Superintendencia en cumplimiento de su obligación son un mecanismo para mitigar el riesgo que afronta el SGSSS cuando de la operación de sus vigilados resultan evidente la incapacidad para atender la prestación del servicio público de salud y

la adecuada gestión financiera de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y la continuidad de su operación acrecentar la afectación de la sostenibilidad del Sistema. Es por este que, en caso de liquidar o salida de EPS, se pueden desencadenar una serie de consecuencias que involucran otros actores del SGSSS como las demás EPS y los prestadores de servicios de salud (PSS). Las EPS deben recibir el traslado de afiliados de forma inmediata y dependiendo del contexto puede convertirse en un riesgo operativo para estas, ya que la entidad puede no tener el capital necesario, y, la red adecuada, suficiente y oportuna para garantizar el aseguramiento de estos nuevos afiliados. Se resalta que estos afiliados trasladados pueden tener una alta carga de morbilidad y posibles repesas en la atención, ya que los afiliados vienen de EPS que no han realizado la gestión de riesgos en salud de forma adecuada, afectando de forma directa e inmediata la siniestralidad de las EPS receptoras.

En este sentido, el impacto sobre los costos va a depender de características de los afiliados de la EPS que deja de operar, tales como edad, género, lugar de residencia, tiempo que llevan sin atención, entre otros. Cabe señalar que en caso que, la demanda esté contenida, los servicios y costos requeridos por esa población trasladada no fueron reflejados en los reportes de información relacionada con el estudio de suficiencia y estimación de la UPC, por lo que puede verse afectada la siniestralidad que debe enfrentar la EPS receptora para esos afiliados. Adicionalmente, los servicios y tecnologías que habían sido autorizados y no prestados, se encontraban contemplados en las reservas técnicas de la entidad, sin embargo, al momento del traslado no es posible estimar estos costos, de manera que tanto la reserva de conocidos como la de no conocidos puede estar subvalorada inicialmente, lo que implica un aumento de los costos de manera atípica al momento de empezar a garantizar los servicios de esta población.

Adicionalmente, teniendo en cuenta que los traslados forzosos no se anuncian de manera anticipada, las EPS receptoras no cuentan con el tiempo necesario para la transición operativa que se requiere para atender de inmediato a la población con una gestión del riesgo adecuada. No obstante, durante el tiempo de transición se asumen algunos sobrecostos por servicios y tecnologías en salud en modalidades de pago que no son eficientes, para poder garantizar la continuidad en el servicio. Aquí se debe tener en cuenta que la EPS receptora debe concentrar esfuerzos en realizar una caracterización de la población de forma eficaz para ajustar los contratos existentes o buscar la oferta adecuada. Asimismo, dentro de la transición, se debe en algunos casos, abrir nuevos dispensarios que garanticen la entrega de medicamentos domiciliaria, así como nuevos puntos de atención al usuario.

En concordancia con lo mencionado anteriormente, un reciente estudio realizado y compartido por la Superintendencia Nacional de Salud muestra que los traslados forzosos de afiliados realizados desde 2019 a abril de 2022 tuvieron un efecto negativo sobre la siniestralidad de las EPS receptoras, encontrando que una desviación estándar aumenta en 0.14 puntos la siniestralidad, es decir, pasa de 1 a 1.14 para el primer mes posterior al traslado. En específico encuentran un efecto rebote en el segundo mes, el cual aducen al traslado de un gran porcentaje de afiliados del régimen contributivo al inicio de 2022. Este impacto está acompañado a su vez, por un aumento temporal de la tasa de atenciones de 0.22 puntos.

En caso que sean liquidadas las EPS que se encuentran en medidas especiales, de acuerdo con la normatividad vigente de asignación de afiliados y la información de Base de Datos Única de Afiliados - BDUA disponible en datos abiertos, se estima que se distribuirían aproximadamente 8,4 millones

de afiliados. Esto implicaría aumentos en promedio para las EPS receptoras del 22% de los afiliados, con un máximo del 64%.

Tomando como base el artículo 5 de la resolución 2381 de 2021, por medio de la cual se fija el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación, en el cual se otorga un ponderado por concentración de riesgo etario a la EPS037 de 4% de la UPC de ambos regímenes y como se demostró anteriormente, existe un choque negativo en la siniestralidad para las EPS receptoras, entre otros, por el cambio en su pirámide poblacional, se propone tomar como referente este ponderador adicional como valor máximo para compensar estos efectos negativos y que las EPS puedan expandirse y garantizar adecuadamente el acceso al derecho fundamental en salud sin poner en riesgo la viabilidad financiera de los aseguradores.

5. ANÁLISIS DE IMPACTO FISCAL

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003, se deja constancia que las medidas propuestas en el proyecto de ley para el mejoramiento y fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social de Salud, garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, mejorar los resultados en salud hasta ahora alcanzados en la población, la experiencia de los usuarios respecto a la calidad de los servicios, la sostenibilidad financiera y el flujo de recursos, no tienen impacto fiscal, pues no generan costos o gastos adicionales a los que hoy en día financia el Sistema General de Seguridad Social en Salud; se busca optimizar los recursos hoy en día existentes y fortalecer el Sistema para garantizar el acceso al derecho fundamental a la salud, sin generar costos o gastos adicionales que la Nación no pueda sufragar.

Al respecto, en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 se establece:

"Artículo 7º. Análisis del impacto fiscal de las normas. En todo momento, el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Para estos propósitos, deberá incluirse expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite respectivas los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el financiamiento de dicho costo.

El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en cualquier tiempo durante el respectivo trámite en el Congreso de la República, deberá rendir su concepto frente a la consistencia de lo dispuesto en el inciso anterior. En ningún caso este concepto podrá ir en contravía del Marco Fiscal de Mediano Plazo. Este informe será publicado en la Gaceta del Congreso.

Los proyectos de ley de iniciativa gubernamental, que planteen un gasto adicional o una reducción de ingresos, deberá contener la correspondiente fuente sustitutiva por disminución de gasto o aumentos de ingresos, lo cual deberá ser analizado y aprobado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

En las entidades territoriales, el trámite previsto en el inciso anterior será surtido ante la respectiva Secretaría de Hacienda o quien haga sus veces"

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley 819 de 2003, solo dos disposiciones requieren un análisis de impacto fiscal, pues su implementación representaría costos para el erario: i) la creación del Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud; y, ii) la compensación de la prima por traslados de afiliados como consecuencia de la liquidación de las Entidades Promotoras de Salud que a la fecha de expedición de la presente Ley no cumplan con las condiciones financieras de habilitación y permanencia.

Respecto a la creación del Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme a lo establecido en los numerales 2 y 3 del artículo 142 de la ley 5 de 1992, en concordancia con el numeral 7 del artículo 150 de la Constitución Política de Colombia, corresponde al Gobierno nacional analizar y dar aval a la creación del Fondo, teniendo en cuenta que se trata de una entidad del orden nacional adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, por lo cual, para la emisión de su aval a este aspecto de la iniciativa, requiere analizar los costos fiscales de su creación y puesta en funcionamiento. Ahora bien, una vez inicie el funcionamiento del Fondo de Garantías del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el artículo 47 del proyecto de ley se incluyen las fuentes que servirán para su financiación, las cuales serán generadas con la operación del Fondo y el giro de las actividades aseguradoras que realizaría esta instancia; al respecto, para financiar el Fondo, una vez entre en funcionamiento, se propone que las siguientes sean las fuentes de recursos:

1. El producto de los derechos de afiliación obligatoria de las Entidades Promotoras de Salud, las Empresas de Medicina Prepagada, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, privadas y mixtas, los Gestores Farmacéuticos y los Operadores Logísticos de Tecnologías de Salud, que se causarán por una vez y serán fijados por la Junta Directiva del Fondo.
2. Las primas que deben pagar las entidades afiliadas en razón del seguro de acreencias y otras modalidades de seguro fijados por la Junta Directiva del Fondo.
3. Los beneficios, comisiones, honorarios, intereses y rendimientos que generen las operaciones que efectúe el Fondo.
4. El producto de la recuperación de activos del Fondo.
5. El producto de préstamos internos y externos.
6. Recursos del Presupuesto General de la Nación.
7. Las demás que obtenga a cualquier título, con aprobación de su Junta Directiva.

En cuanto a la compensación de la prima por traslados de afiliados como consecuencia de la liquidación de las Entidades Promotoras de Salud que a la fecha de expedición de la presente Ley no cumplan con las condiciones financieras de habilitación y permanencia, se estima que a precios de octubre de 2022, el reconocimiento adicional en la UPC de los afiliados trasladados para compensar el efecto de siniestros represados o choques negativos en la siniestralidad, en un nivel máximo de 4% por 4 meses de operación, implica un esfuerzo fiscal cercano a los \$140 mil millones. Los cuales, no requieren de una fuente de ingreso adicional para solventar estos costos, sino se estima que pueden ser asumidos con cargo a las fuentes de los recursos destinados a la salud,

teniendo en cuenta que se trata de la cobertura del aseguramiento de la población trasladada y no se figuras o coberturas diferentes al aseguramiento del Plan de Beneficios en Salud.

Por lo anterior, en cumplimiento del mandato señalado en el artículo 7 de la Ley 819 de 2003, es necesario que, en cualquier momento del trámite legislativo, el Ministro de Hacienda y Crédito Público rinda su concepto sobre el impacto fiscal y su concordancia con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

6. CONFLICTOS DE INTERÉS

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 291 de la Ley 5 de 1992, se considera que los siguientes eventos darían lugar a la existencia de un posible conflicto de intereses entre los congresistas a cuyo conocimiento para votar o fungir como ponente llegue el presente proyecto de ley:

- a. Cuando el Congresista, su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil sean socios, controlantes, matrices, administradores, representantes legales, revisores fiscales o empleados de entidades que hagan parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- b. Cuando el cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil del Congresista, sean empleados o contratistas del Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Departamento Nacional de Planeación, Direcciones o Secretarías de Salud de las Entidades Territoriales, la Superintendencia Nacional de Salud, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos -INVIMA y el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud – IETS.
- c. Cuando el Congresista, su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil sean financiadores, asesores o hagan parte, de cualquier forma, directa o indirecta, de asociaciones de usuarios o asociaciones de pacientes.
- d. Cuando el Congresista, su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil sean acreedores de Entidades Promotoras de Salud o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

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

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

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

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

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

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

(...)”

7. Bibliografía

Jurisprudencia y documentos oficiales

Corte Constitucional de Colombia (1992). Sentencia C-457 de 1992 [Exp. T.1376]. Bogotá D.C., Colombia.

Corte Constitucional de Colombia (2014). Sentencia C-313 de 2014 [Exp. PE-040]. Bogotá D.C., Colombia.

Corte Constitucional de Colombia (2017). Sentencia T-357 de 2017 [Exp. T-5.674.866]. Bogotá D.C., Colombia.

Departamento Nacional de Planeación – DNP (2000). *Gasto Público en Salud 1990-1999*. Claudio René Karl. Unidad de Análisis Macroeconómico.

Departamento Nacional de Planeación – DNP (2017). *Evaluación de procesos y resultados de la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) en el Guainía*. Recuperado de https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Evaluacion_Modelo_Integral_Atencion_Salud_MIAS_Guainia%20informe.pdf

Organización Mundial de la Salud – OMS (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>

Organización Panamericana de la Salud – OPS (2008). *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31333/9789275332627-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Panamericana de Salud – OPS (2022). *Redes integradas de servicios de salud*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/redes-integradas-servicios-salud>

Ministerio de Salud y Protección Social – MSPS (2016). *Redes Integrales de prestadores de servicios de salud. Lineamientos para el Proceso de Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/Redes-Integrales-prestadores-servicios-salud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social . MSPS (2016a). *Política de Atención Integral en Salud. “Un sistema de salud al servicio de la gente”*.

Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia. (2016b). Resolución 1441 de 2016. Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS (2018). *“GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD. Perspectiva desde el Aseguramiento en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud”*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-prespectiva-desde-aseguramiento.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2022). *Audiencia Pública de Rendición de Cuentas 2021-2022 “Es con hechos que le cumplimos a Colombia”*. Bogotá D.C., Colombia.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos - OCDE (2019). *Estudios Económicos de la OCDE*. Colombia. Recuperado de <https://www.oecd.org/economy/surveys/Colombia-2019-OECD-economic-survey-overview-spanish.pdf>

Publicaciones científicas y doctrina

ANIF (2021). *Propuestas para la financiación del Sistema de Salud en Colombia en la próxima década*. 2021, septiembre. Bogotá D.C., Colombia.

ANIF (2022). *Fortalecer el aseguramiento para preservar los logros del sistema de salud colombiano*. Comentario económico del día. 2022, mayo 25. Bogotá D.C., Colombia.

Bardey, D., & Buitrago, G. (2016). *Integración vertical en el sector colombiano de la salud*. *Desarrollo y Sociedad* (77), 231-262.

Chaverra (2021). *Efectos de la Integración Vertical en la Rentabilidad de los Prestadores de Servicios de Salud: el caso colombiano*. Trabajo de grado para optar por el título de Magister en Economía de la Salud. Pontificia Universidad Javeriana. Julio, 2021. Bogotá D.C.

Cifuentes Dos Santos (2018) *Efecto de la integración vertical en los precios de los servicios de salud: el caso colombiano*. Pontificia Universidad Javeriana.

Escobar, Giedion, Giuffrida & Glassman (2010). "Colombia: una década después de la reforma del sistema de salud". Salud al alcance de todos: Una década de expansión del seguro médico en Colombia. [ed. Glassman et al]. BID, Washington D.C.

Pontificia Universidad Javeriana (2022). *Recomendaciones para mejorar los sistemas de salud y riesgos laborales en Colombia*. Bogotá D.C.

Restrepo Zea, J. H., Lopera Sierra, J. F., & Rodríguez Acosta, S. (2006). *La integración vertical en el sistema de salud colombiano*. Revista de Economía Institucional, 9 (17), 279-308.


De los Honorables Congresistas:



ANDRÉS EDUARDO FORERO
Representante a la cámara



HONORIO HENRIQUEZ
Senador de la República



JUAN ESPINAL
Representante a la cámara



ANDRÉS FELIPE GUERRA
Senador de la República



CHRISTIAN GARCÉS
Representante a la cámara



MIGUEL URIBE TURBAY
Senador de la República



MARÍA FERNANDA CABAL
Senadora de la República

JOSÉ VICENTE CARREÑO
Senador de la República

JOSUE ALIRIO BARRERA
Senador de la República

YULIETH SÁNCHEZ
Representante a la cámara

CARLOS EDWARD OSORIO
Representante a la cámara

PALOMA VALENCIA LASERNA

OSCAR DARÍO PÉREZ
Representante a la cámara

EDUAR ALEXIS TRIANA RINCÓN
Representante a la Cámara
Departamento de Boyacá

YENNY ESPERANZA ROZO ZAMBRANO
C.C. 85.394.596 DE Mosquera

JENNY ESPERANZA ROZO
Senadora de la República

CIRO RAMIREZ
Senador de la República

CARLOS MANUEL MEISEL VERGARA
Senador de la República

Nota Aclaratoria H.S PALOMA VALENCIA : declaro un conflicto de interés, y por tanto me aparto de los artículos 14, 15, 16, 18, 21, 25, 31, 38, 42, 44, 45, 48, 49, 50, 54, 55, 56, 58, 60, 62, 63 y 64, al tener un pariente en el primer grado de afinidad que tiene una IPS que

sólo se dedica a la práctica médica privada, no contrata con el estado y tampoco trabaja con el Plan Obligatorio de Salud

HERNÁN CADAVID
Representante a la cámara

JOSÉ JAIME USCÁTEGUI
Representante a la cámara

HR. YENICA SUGEIN ACOSTA INFANTE
Representante a la Cámara
Departamento del Amazonas

JUAN FELIPE CORZO
Representante a la cámara

HOLMES ECHAVARRÍA
Representante a la cámara