



Proyecto de Ley Estatutaria No ___ de 2024

Por la cual se modifica la ley 1751 de 2015 y se dictan otras disposiciones en materia de salud y seguridad social en salud

1. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Proyecto de Ley Estatutaria No ____ de 2024

Por la cual se modifica la ley 1751 de 2015 y se dictan otras disposiciones en materia de salud y seguridad social en salud

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 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 de salud 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) y las cajas de previsión social 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 el acceso al Sistema General de Seguridad Social de Salud y al Plan de Beneficios de Salud (MSPS, 2022).

El actual Sistema General de Seguridad Social en Salud, que se basa en el aseguramiento a través de las Entidades Promotoras de Salud - EPS, públicas, privadas y mixtas, 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 éste 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 (ANIF, 2022).

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 aproximadamente el 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.

Con el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el aseguramiento en Colombia ha aumentado de forma sostenida, pasando de menos del 28% de la población para 1991 (DNP, 2000) y llegando a un máximo histórico de 99% en el 2021, como se ve en la siguiente gráfica (ANIF, 2022).



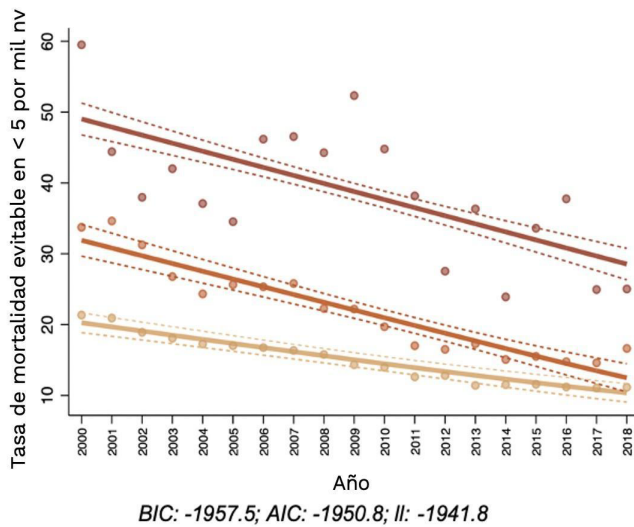
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2021)

“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

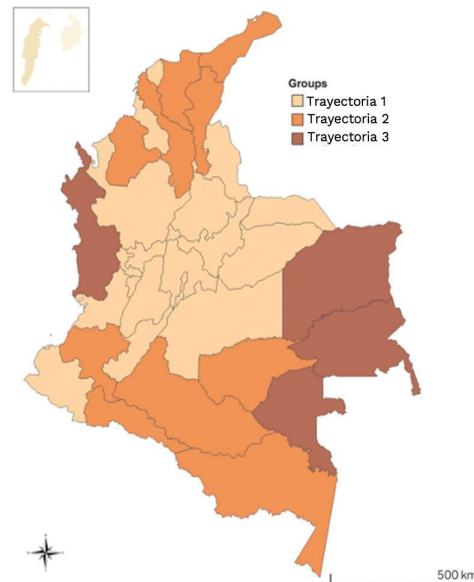
a 77 años, y la mortalidad infantil se redujo en más del 50%, pasando de alrededor de 26 muertes por 1000 nacidos vivos a 12". (ANIF, 2022)

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 cómo 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.

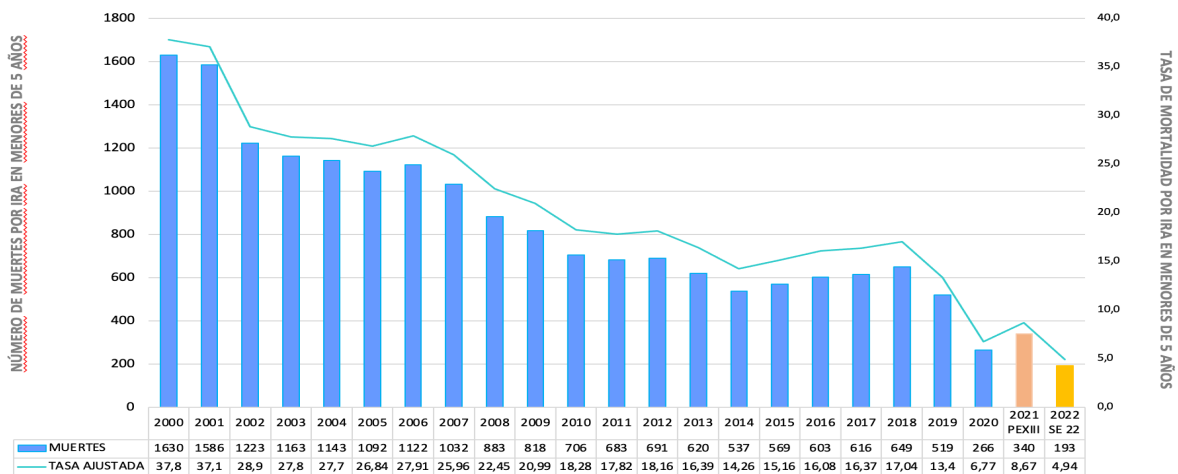
a. Evolución de la tasa de mortalidad evitable en niños menores de cinco años según trayectoria de departamentos



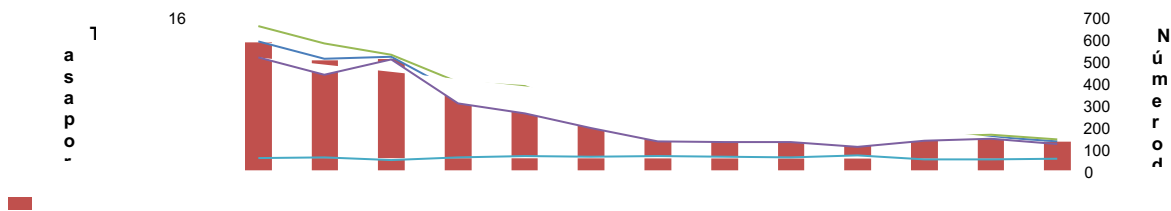
b. Perfiles de departamentos según trayectoria



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2022)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2022)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2022)

Para lograr estos objetivos, el Sistema General de Seguridad Social en Salud ha integrado la participación del Estado, las Entidades Territoriales, las Entidades Promotoras de Salud - EPS, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – 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.

La promoción y mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad, tiene un deficiente desarrollo debido a la poca resolutivez 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.

En este sentido es preciso que desde la Ley se aborden nuevamente una serie de aspectos relacionados con el modelo de aseguramiento y prestación de los servicios y la financiación del Sistema, con el fin de lograr una mejora continua y medible en el acceso a los servicios y la calidad de los mismos, en iguales condiciones en todo el territorio nacional, contribuyendo con ello a fortalecer la materialización del goce efectivo del derecho fundamental a la salud desde las lecciones aprendidas y los logros obtenidos en estas tres décadas de evolución del sistema.

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 de afiliación al Sistema de aproximadamente el 99% de la población garantizando que los servicios del Plan de Beneficios en Salud se presten con oportunidad y calidad adecuada a las necesidades clínicas de cada persona, 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 metas alcanzados o caer en un Sistema que no logre siquiera 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)

En esta justificación del proyecto normativo 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 avanzar en la garantía de este derecho fundamental.

Disposiciones Estatutarias

Con la expedición de la Ley 1751 de 2015, se reguló el derecho fundamental a la salud, con el fin de garantizar su acceso a todas las personas y establecer sus mecanismos de protección; en el marco de esto, al ser una Ley Estatutaria, la Corte Constitucional se pronunció, de manera previa a su expedición, sobre el proyecto de ley 209 de 2013 Senado – 267 de 2013 Cámara y en la sentencia C-313 de 2014 analizó el contenido de la regulación estatutaria y estableció ciertas condiciones para su expedición. Dentro de los aspectos revisados por la Corte Constitucional, “se destacó la importancia de la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, dada su pertinencia para la regulación del derecho a la salud” (p.538).

Respecto al artículo 4 de la Ley Estatutaria, la Corte Constitucional manifestó

“Frente al artículo 4, atinente a la definición de sistema de salud, la Corte resolvió declararlo exequible, advirtiendo que la expresión “que el Estado disponga”, contenida en el enunciado legal, leída desde la Constitución, no supone una potestad para disminuir los factores existentes que configuran el sistema de salud y que el conjunto de los mismos es el irreductible punto de partida para la consecución del derecho. Para la Sala, la expresión resaltada, no puede conducir a que todo el conjunto de componentes que involucra el sistema y que son del resorte potestativo y discrecional del Estado, en particular el financiamiento, esto es los recursos del sistema, puedan ser definidos sin parámetros constitucionales, con lo cual resulta inaceptable un adelgazamiento del volumen de recursos orientados a la garantía del derecho, pues ello implicaría un detrimento para su materialización.

La lectura predicada del financiamiento también debe hacerse a propósito de los restantes componentes del sistema, con lo cual, se evita comprometer la garantía del derecho fundamental a la salud en diversos aspectos e ir en contravía de lo dispuesto por el constituyente.

Para la Sala, el principio de no regresividad que se predica de derechos fundamentales como el que está en estudio, debe orientar el significado de la disposición revisada”

En este sentido, teniendo en cuenta que uno de los avances más importantes en la garantía del derecho fundamental a la salud es la Gestión Integral del Riesgo en Salud, considerando el principio de no regresividad, es necesario ajustar el artículo 4 de la Ley 1751 de 2015, con el fin de incluir este concepto en la definición del sistema de 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).



	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Defunciones	58	60	60	64	74	75	106	12	14	14	24	10	19
Casa	14	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Casa hombres	13	12	12	12	13	14	14	15	16	17	18	19	20
Casa mujeres	17	18	15	19	19	21	21	19	19	21	17	17	17
Diferencia hombres/mujeres	13	13	0	3	5	4	5	4	3	6	1	1	2

En la gráfica se observa que en la Gestión del Riesgo participan los distintos actores del Sistema, cada uno con responsabilidades particulares para lograr un mejor nivel de salud de la población. No basta con que el Sistema General de Seguridad Social de Salud responda correctamente a la enfermedad, se requiere que el sistema la prevea y la evite, por lo que necesita la participación de todos.

Por otro lado, respecto al artículo 5 de la Ley Estatutaria, relacionada con las obligaciones a cargo del Estado, la Corte Constitucional manifestó:

“El inciso 1 al referirse a las obligaciones del Estado, no incorpora todas las indicadas en la Observación 14, por ende, una lectura de la disposición que se acompase con la Carta y la precitada Observación, debe incorporar las clases de obligaciones en materia

de salud faltantes.

(...)

El literal b) fue declarado exequible al encaminarse a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato, advirtiéndose que su lectura desde la Carta, no debe dar lugar a desconocer la obligación de trato diferenciado para grupos discriminados o marginados.

El literal i) fue declarado exequible dada la importancia de la sostenibilidad financiera para la realización del derecho, pero, se advirtió, que de conformidad con el precedente contenido en sentencia C- 459 de 2008 “la sostenibilidad financiera no puede comprender la negación a prestar eficiente y oportunamente todos los servicios de salud debidos a cualquier usuario. Para la Corporación, es un deber social del Estado el asegurar el acceso de las personas a la red hospitalaria y su financiación. Con dichos fundamentos la declaración de exequibilidad de este precepto fue condicionada” (énfasis añadido)

Conforme a este análisis, es necesario, ajustar el artículo 5 de la Ley Estatutaria, incluir la totalidad de obligaciones enunciadas en la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y adicionar otras para el adecuado funcionamiento del Sistema, es así como se adicionan las obligaciones relacionadas con la garantía de la equidad en la salud, el respeto a la libre elección por parte de las personas de las entidades que gestionan su riesgo en salud y las que le prestan los servicios de salud, como lo ha manifestado la Corte Constitucional en Sentencia C-1041/2007 “La libertad de escogencia de los afiliados, además de ser una garantía conexas al derecho de acceso a prestaciones en materia de salud, guarda estrecha relación con el derecho fundamental de la dignidad humana, dentro de cuyo haz de conductas protegidas se encuentra la autodeterminación del sujeto en la toma de decisiones que lo afectan, entre las que se cuentan la escogencia de las instituciones prestadoras de servicios de salud; al igual que con el derecho al libre desarrollo de la personalidad, entendido como derecho de libertad in nuce, que protege ámbitos de la autonomía individual no protegidos por derechos de libertad específicos.”

Redes Integrales de Servicios de Salud e Integración Vertical

Para la prestación de los servicios de salud, de conformidad con 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 responsables del aseguramiento deberán garantizar y ofrecer los servicios a la población a su cargo, 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 definió en los artículos 63 y 64 los criterios 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, resolutivez 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 éstos, 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, por lo tanto, es necesario que se precise que en las Redes Integrales de Servicios de Salud este tipo de actores forman parte de ellas, como actores fundamentales en el proceso de atención de las personas, 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 Integrales de Servicios de Salud y conforme a las normas adoptadas mediante el Decreto 441 de 2022, las entidades responsables del aseguramiento 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 conformación de las Redes Integrales 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 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 la oferta de servicios existente en los territorios donde se encuentra la población.

Por otro lado, en cuanto a la integración vertical que se puede presentar al conformarse las Redes integrales de Prestadores de Servicios, hoy se encuentra regulada por el artículo 15 de la Ley 1122 de 2007, en el sentido de prohibir a las Entidades de Salud - EPS la contratación, directa o a través de terceros, con sus propias Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS de más del 30% del gasto en salud, distribuido en todos los niveles de complejidad de los servicios del Plan de Beneficios en Salud, se modifica permitiendo que exista integración vertical sin limitación alguna en cuanto a Atención Primaria en Salud y nivel de baja complejidad. De acuerdo con diferentes estudios realizados sobre el tema y en particular sobre la integración vertical en el Sistema de Salud Colombiano, se considera que la integración vertical tiene como ventajas la disminución de costos de transacción en la contratación de los servicios, mejor seguimiento y control a la aplicación de guías, disminución de la asimetría en la información de costos y producción que permite aprovechar economías de escala. (Bardey, Buitrago; 2016) (Castaño, 2004).

En la Atención Primaria y el nivel básico, la integración vertical del asegurador y prestador cobra importancia en la medida que constituyen la puerta de entrada a los servicios que garantiza el Sistema, y como lo manifiesta, Ramón Abel Castaño es el "eje de coordinación del proceso de atención", por lo tanto, la resolutivez y el adecuado control de la referencia a otros niveles es importante para la obtención de los resultados en salud de la población y el uso eficiente de los recursos.

De igual forma, en la literatura se establece que cuando las personas se encuentran sanas no valoran tanto la diversidad de prestadores, por cuanto no sabe si se enfermarán y de qué y no tienen claro que tipo de prestador necesitan, diferente a los individuos con una mayor probabilidad de enfermarse quienes valoran más la diversidad de prestadores. (Bardey, Buitrago; 2016).

Por lo anterior, se considera necesario continuar con la limitación a la integración vertical en los niveles de mediana y alta complejidad, aclarando, frente a la disposición que regula actualmente la materia que dicho límite se da en la contratación de los servicios de estos niveles de complejidad con instituciones en las que las Entidades



AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

Promotoras de Salud - EPS, directamente o por intermedio o con el concurso de sus subordinadas o de las subordinadas de éstas; tengan participación superior al 30% del capital social, siendo esta una limitación que va más allá del

control societario definido por las leyes de comercio que regulan las sociedades en general. Esta limitación se exceptúa solo en los casos que en la insuficiente oferta de servicios ponga en riesgo el goce efectivo del derecho a la salud.

Enfoque Diferencial - Zonas Marginadas 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 (y)) (sic) 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"

De igual forma, 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". Y 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 nor-occidentales del país (OCDE, 2019) son elementos que hacen necesario un abordaje diferenciado de los problemas en salud a lo largo del territorio.

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 evidencia 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 socioeconómicas, 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	%	Subsidio	%	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	1 2 %	947	2%	44.117	8 7 %	50.932	98%
Guaviare	19.511	2 3 %	1.998	2%	64.447	7 5 %	85.956	95%
Huila	331.577	2 8 %	25.499	2%	817.951	7 0 %	1.175.027	103%
La Guajira	148.663	1 4 %	17.307	2%	862.304	8 4 %	1.028.274	103%
Magdalena	390.701	2 8 %	30.637	2%	985.598	7 0 %	1.406.936	96%
Meta	448.687	4 3 %	19.090	2%	581.221	5 5 %	1.048.998	97%
Nariño	275.204	1 9 %	33.881	2%	1.176.73 8	7 9 %	1.485.823	91%
Norte De Santander	457.41 5	2 7 %	28.504	2%	1.178.10 0	7 1 %	1.664.019	101%
Putumayo	47.645	1 5 %	9.344	3%	271.021	8 3 %	328.010	89%
Quindío	289.450	5 1 %	10.606	2%	271.393	4 7 %	571.449	100%
Risaralda	567.546	5 5 %	17.029	2%	453.281	4 4 %	1.037.856	106%
Santander	1.119.8 21	5 0 %	68.573	3%	1.069.88 4	4 7 %	2.258.278	97%
Sucre	163.883	1 7 %	22.393	2%	788.388	8 1 %	974.664	100%
Tolima	508.208	3 9 %	26.430	2%	778.965	5 9 %	1.313.603	98%
Valle Del Cauca	2.501.412	5 4 %	60.610	1%	2.031.44 0	4 4 %	4.593.462	100%
Vaupés	4.377	1 3 %	1.096	3%	28.253	8 4 %	33.726	69%
Vichada	10.961	1 3 %	1.416	2%	69.761	8 5 %	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 - EPS 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 también puedan ser responsables del aseguramiento de la 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.

Así mismo, otro 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).

Es por las razones expuestas que en las zonas marginadas o de baja dispersión poblacional 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 resolutiva 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 -EPS 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 -EPS 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 resolutiva 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 resolutiva 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.

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 con una fuente de financiación que permita solventar estos enfoques, para ello, se propone contar con:

i) una Unidad de Pago por Capitación - UPC especial que se reconozca de acuerdo con las características del modelo que se adopte en las zonas marginadas 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 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.

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.

Unidad de Pago por Capitación

El principal mecanismo de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud es la Unidad de Pago por Capitación - UPC, 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, junto a los presupuestos

máximos, garantizan, hoy en día, el tratamiento integral establecido en la ley Estatutaria de la 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 esté expresamente excluido. Así mismo, la ley precitada establece la integralidad como fundamento del Sistema de Salud y confirme a ésta que 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 Capitación - UPC debe ser integral y es 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.

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 Capitación - 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 Capitación - UPC, dado que estos corresponden a servicios que deberían estar asumiendo otros sectores con sus propios presupuestos, bajo un esquema de intersectorialidad.

De otra parte, es importante precisar que la Unidad de Pago por capitación - UPC se define con base en la información remitida a través de varias fuentes, que permiten establecer las necesidades específicas en términos de costos de los servicios y tecnologías de salud garantizados mediante el aseguramiento por afiliación, de acuerdo con los cálculos actuariales, de modo que el valor per cápita fijado a reconocerse por cada afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud sea

suficiente para su atención en salud. En este sentido, se incluye la Unidad de Pago por Capitación - UPC por Gestión de Riesgo en Salud Integral, que contempla la integración de las tecnologías en salud que se convierten en asegurables desde Presupuestos Máximos hacia la Unidad de pago por Capitación - UPC, cuya inclusión tiene en cuenta las frecuencias de uso observadas de estas tecnologías durante los últimos años, en cada uno de los regímenes, así como su incremento esperado al pasar a ser financiado por la misma.

Como fuentes de información que sirven para el cálculo de la Unidad de pago por Capitación - UPC, en los artículos 112 y 114 de la Ley 1438 de 2011, se determinó que el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Plataforma PISIS del Sistema Integrado de Información de la Protección Social - SISPRO, administra, articula y maneja la información que provean las Entidades Promotoras de Salud - EPS, los Prestadores de Servicios de Salud, las Direcciones Territoriales de Salud y los demás agentes del Sistema, de forma confiable, oportuna y clara; la cual resulta necesaria para la operación del sistema de monitoreo de los sistemas de información del Sector Salud y la elaboración de los respectivos indicadores.

Así mismo, se cuenta con el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS, definido como "el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control (...)", que se origina en los Prestadores de Servicios de Salud y que se transfieren a la entidad administradora de planes de beneficios, a quien compete reportar la información a su vez al Ministerio de Salud y Protección Social.

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.

Con fundamento en lo anterior y considerando la constante variación de las condiciones que son tenidas en cuenta para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación - UPC, es necesario que el Ministerio de Salud y Protección Social monitoree permanentemente, durante cada vigencia, la suficiencia del valor establecido para la Unidad de Pago por Capitación - UPC en el respectivo año, y pueda ser revisada en caso de ser necesario, sea ajustada conforme a los resultados del monitoreo, las veces que sea necesario durante el año, pues las condiciones analizadas y las variables económicas del estudio actuarial, pueden variar, incluso por factores externos al Sector Salud; en este sentido, para que el Ministerio de Salud y Protección Social puede hacer el monitoreo permanente de la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación - UPC, requiere contar con fuentes de información actualizadas periódicamente. Por lo anterior, en aras de contar con estas herramientas, es necesario contar con una norma que obligue al Ministerio de Salud y Protección Social a monitorear permanentemente la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación - UPC durante la correspondiente vigencia y se habilite para definir la periodicidad y los mecanismos de envío de los reportes de información que le permitan realizar esta actividad, pues el cálculo de la UPC debe responder a la variación de las condiciones que son tenidas en cuenta para su definición.

Además de esto, teniendo en cuenta que la fijación de precios de los servicios y tecnologías en salud son afectados directamente por la variación del Índice de Precios al Consumidor y, además, son incrementados de acuerdo con las variaciones específicas de los precios en el Sector Salud, tanto nacional como internacional; se requiere que el Ministerio de Salud y Protección Social tenga en cuenta el Índice de Precios al Consumidor y el Índice de Precios al Consumidor en Salud para fijar el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC, así como el aumento en frecuencia de uso, la mayor severidad y el costo de los servicios, debido a que estas variables determinan si los valores asignados por la prima son suficientes para cubrir el aseguramiento de la población.

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).

Giro Directo

Para efectos de profundizar la transparencia y garantizar la oportunidad en el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre las entidades responsables del aseguramiento 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.

Con el fin de lograr el adecuado flujo de recursos financieros, 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 debe ser girado 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 Territoriales y las Entidades Promotoras de Salud – EPS. teniendo en cuenta que se requieren de recursos para realizar la Gestión Integral del Riesgo en Salud y contar con recursos de administración que permitan su funcionamiento, cuyos porcentajes son del 8% para el régimen subsidiado y del 10% para el contributivo, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011.

Para que la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES pueda realizar los giros directos se requiere contar con reportes de información con los detalles de las facturas pagadas para que, tanto prestadores y proveedores como las Entidades Territoriales y las Entidades Promotoras de Salud – EPS tengan registros contables que correspondan a los giros que han sido realizados a través de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, sin que estos puedan ser modificados con posterioridad a su realización y reporte. Además, teniendo en cuenta que se trata de recursos públicos, dicha información debe ser publicada por la ADRES en un sistema de información unificado.

Bibliografía

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. *Revista Desarrollo Y Sociedad*, 1(77), 231-262. <https://doi.org/10.13043/dys.77.6>

Castañó, Ramón Abel (2004). Integración vertical entre empresas promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud. *Revista Pontificia Universidad Javeriana*, volumen 3, número 6 (2004).

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

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

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%20_informe.pdf

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.



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-perspectiva-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.

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

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

Cordialmente,

 <p>Paloma Valencia Laserna Senadora de la República</p>	 <p>Paola Holguín Senadora de la República</p>
 <p>CHRISTIAN M. GARCÉS ALJURE Representante Valle del Cauca</p>	 <p>HR. YENICA SUGÉIN ACOSTA INFANTE Representante a la Cámara Departamento del Amazonas</p>
 <p>OLMES ECHEVERRÍA DE LA ROSA Representante a la Cámara Departamento del Magdalena</p>	



Esteban Quintero Cardona
Senador de la República



JUAN ESPINAL
Representante a la Cámara por Antioquia
Partido Centro Democrático

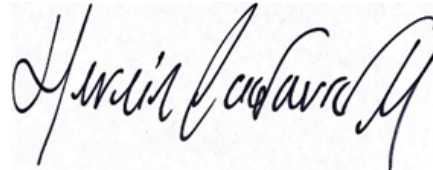
ó



Andrés Guerra
Senador de la República



Miguel Uribe Turbay
Senador de la República







HERNÁN DARÍO CADAVID MÁRQUEZ
Representante a la Cámara
Departamento de Antioquia




Josue Alirio Barrera Rodriguez
Senador de la República



HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

	 <p>EDINSON VLADIMIR OLAYA MANCIPE Representante a la Cámara por Casanare</p>
 <p>EDUAR ALEXIS TRIANA RINCÓN Representante a la Cámara Boyacá Centro Democrático</p>	 <p>Enrique Cabrales Baquero Senador de la República Centro Democrático</p>
 <p>José Jaime Uscátegui Pastrana Representante a la Cámara por Bogotá D.C. Partido Centro Democrático</p>	 <p>CARLOS EDWARD OSORIO AGUIAR Representante a la Cámara Centro Democrático</p>
 <p>MARÍA FERNANDA CABAL Senadora de la República Centro Democrático</p>	

	<p>Jose Vicente Carreño Castro . Senador de la República</p>
 <p>JUAN FELIPE CORZO ALVAREZ Representante a la Cámara Norte de Santander</p>	

2. ARTICULADO

Proyecto de Ley Estatutaria No ___ de 2023

Por la cual se modifica la ley 1751 de 2015 y se dictan otras disposiciones en materia de salud y seguridad social en salud

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1. La presente Ley tiene por objeto adoptar disposiciones y medidas tendientes a fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando su progresividad y el goce efectivo del derecho fundamental a la salud de las personas.

ARTÍCULO 2. Modifíquese el artículo 4 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:

“ARTÍCULO 4o. DEFINICIÓN DE SISTEMA DE SALUD. Es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; entidades públicas, privadas y mixtas; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación que el Estado disponga para la Gestión Integral del Riesgo en Salud y del riesgo financiero, que permitan garantizar y materializar el derecho fundamental de la salud.”

ARTÍCULO 3. Adiciónense los literales k), l) y m) al artículo 5 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:

“ARTÍCULO 5o. OBLIGACIONES DEL ESTADO. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:

(...)

k) Garantizar el derecho de los ciudadanos a elegir libremente entre las diferentes entidades encargadas del aseguramiento y de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, las cuales serán públicas, privadas o mixtas.

l) Ajustar el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que reciban las entidades encargadas del aseguramiento y de la Gestión Integral del Riesgo en Salud, para garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud, para lo cual deberá tener en cuenta, como factores de riesgo, las condiciones en salud de los individuos, los factores socio-demográficos y de zona geográfica.

m) Adoptar medidas tendientes a garantizar la equidad en la salud de los habitantes de las zonas marginadas o de baja densidad poblacional, en cada territorio, de acuerdo con sus condiciones geográficas, socio demográficas, culturales, necesidades en salud, las capacidades de atención y las condiciones de acceso a los servicios de salud.”

ARTÍCULO 4. Modifíquese el artículo 13 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:

“ARTÍCULO 13. REDES DE SERVICIOS. La prestación y provisión de los servicios y tecnologías no excluidos del Plan de Beneficios en Salud, será organizada por la respectiva entidad aseguradora, en redes integrales e integradas, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas y estarán organizadas territorialmente de acuerdo con las necesidades de la población y las condiciones geográficas de acceso en cada territorio.”

ARTÍCULO 5. Modifíquese el artículo 24 de la Ley 1751 de 2015, el cual quedará así:

“ARTÍCULO 24. DEBER DE GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS EN ZONAS MARGINADAS O DE BAJA DENSIDAD POBLACIONAL.

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.

El Gobierno Nacional determinará el modelo de aseguramiento y prestación de servicios de salud para las zonas marginadas o de baja densidad poblacional, teniendo en cuenta los siguientes principios:

1.Reconocimiento de las condiciones geográficas, de acceso y capacidad de oferta en los ámbitos territoriales y de los diferentes grupos poblacionales que habitan en los mismos; así como la interculturalidad, prácticas tradicionales, alternativas y complementarias.

2.El modelo de atención deberá ser implementado por las Entidades Territoriales y podrá hacer uso del mecanismo de Asociaciones Público Privadas para la gestión del riesgo y prestación de servicios en salud en los términos de la Ley 1508 de 2012; en



AQUÍ VIVE LA DEMOCRACIA

ellas podrán participar Instituciones de Educación Superior, con el fin de aportar a la formación y educación del Talento Humano en Salud y la transferencia de conocimientos.

3. El Gobierno Nacional reglamentará las condiciones operativas, administrativas, técnicas y financieras bajo las cuales se registrarán estas opciones. Para efectos de la financiación del modelo, el Ministerio de Salud y Protección Social deberá establecer el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC especial; así mismo, canalizará los recursos de cooperación internacional destinados a dicho fin y determinará el porcentaje de recursos del Sistema General de Participaciones que las Entidades Territoriales deben destinar a la financiación de estos modelos.

4. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá incentivos para el talento humano en salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS que presten sus servicios en éstas zonas.”

ARTÍCULO 6. ACTUALIZACIÓN VALOR UPC. El Ministerio de Salud y Protección Social actualizará como mínimo una vez al año el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC. Si a 31 de diciembre de cada año el Ministerio no ha aprobado un incremento en el valor de la UPC, dicho valor se incrementará automáticamente en la inflación causada.

A partir del año 2024, para efectos del cálculo de la Unidad de Pago por Capitación, se adicionarán las condiciones en salud de la población, perfil epidemiológico, como factor de ajuste de riesgo individual, además de los factores sociodemográficos y de zona geográfica.

La Unidad de Pago por Capitación contemplará la financiación de todos los servicios y tecnologías en salud que se utilicen y prescriban en el país, a excepción de los relacionados directamente con la atención de las enfermedades huérfanas y los servicios sociales complementarios, para lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social deberá establecer las fuentes y los mecanismos de financiación.

ARTÍCULO 7. Modifíquese el artículo 10 de la Ley 1608 de 2013, el cual quedará así:

“ARTÍCULO 10. Giro Directo de EPS. El mecanismo de giro directo se aplicará a las Entidades Promotoras de Salud – EPS que no cumplan las normas de habilitación financiera, o se encuentren en medidas de vigilancia especial, intervenidas o en liquidación.

Con el fin de garantizar el adecuado flujo de recursos financieros bajo el mecanismo de giro directo, el Gobierno Nacional determinará el porcentaje máximo de la UPC que debe ser girado directamente por parte de la ADRES a los prestadores y proveedores de tecnologías y servicios en salud, de acuerdo con la concentración de cartera de la respectiva Entidad Promotora de Salud – EPS y el porcentaje de UPC destinado para gastos de administración.

Los recursos objeto del giro directo serán computados dentro de la inversión que soporta la reserva técnica que deben hacer las Entidades Promotoras de Salud - EPS.”

ARTÍCULO 8. SALARIOS DEL PERSONAL EN SALUD. El Gobierno Nacional establecerá un piso mínimo de salarios para el personal médico en salud, que tendrá un escalafón por grado de especialización. Cada año el piso aumentará como mínimo la inflación de final de año, y será costado con una parte de la Unidad de Pago por Capitación-UPC-.

ARTÍCULO 9 – VIGENCIA Y DEROGATORIAS. La presente Ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,

 <p>Paloma Valencia Laserna Senadora de la República</p>	 <p>Paola Holguín Senadora de la República</p>
 <p>CHRISTIAN M. GARCÉS ALJURE Representante Valle del Cauca</p>	 <p>HR. YENICA SUGEIN ACOSTA INFANTE Representante a la Cámara Departamento del Amazonas</p>
 <p>OLMES ECHEVERRÍA DE LA ROSA Representante a la Cámara Departamento del Magdalena</p>	



Esteban Quintero Cardona
Senador de la República



JUAN ESPINAL
Representante a la Cámara por Antioquia
Partido Centro Democrático

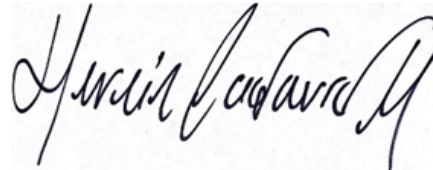
ó



Andrés Guerra
Senador de la República



Miguel Uribe Turbay
Senador de la República







HERNÁN DARÍO CADAVID MÁRQUEZ
Representante a la Cámara
Departamento de Antioquia




Josue Alirio Barrera Rodriguez
Senador de la República



HUGO DANILO LOZANO PIMIENTO
Representante a la Cámara por Vaupés

	 <p>EDINSON VLADIMIR OLAYA MANCIPE Representante a la Cámara por Casanare</p>
 <p>EDUAR ALEXIS TRIANA RINCÓN Representante a la Cámara Boyacá Centro Democrático</p>	 <p>Enrique Cabrales Baquero Senador de la República Centro Democrático</p>
 <p>José Jaime Uscátegui Pastrana Representante a la Cámara por Bogotá D.C. Partido Centro Democrático</p>	 <p>CARLOS EDWARD OSORIO AGUIAR Representante a la Cámara Centro Democrático</p>
 <p>MARÍA FERNANDA CABAL Senadora de la República Centro Democrático</p>	

	<p>Jose Vicente Carreño Castro . Senador de la República</p>
 <p>JUAN FELIPE CORZO ALVAREZ Representante a la Cámara Norte de Santander</p>	