



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXVIII - N° 1158

Bogotá, D. C., viernes, 29 de noviembre de 2019

EDICIÓN DE 48 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO

www.secretariasenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA

www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY 117 DE 2019 SENADO

por medio del cual se hacen ajustes al Sistema de Salud, se redefinen aspectos de su funcionamiento y se dictan otras disposiciones orientadas a garantizar el derecho a la salud y la sostenibilidad del Sistema.

Bogotá, D. C., noviembre de 2019 Senador

JOSÉ AULO POLO

Vicepresidente de la Comisión Séptima

Senado de la República

Ciudad

En cumplimiento del encargo realizado por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima del Senado de la República, presento Informe de Ponencia para Primer Debate del **Proyecto de ley número 117 de 2019 Senado**, por medio del cual se hacen ajustes al Sistema de Salud, se redefinen aspectos de su funcionamiento y se dictan otras disposiciones orientadas a garantizar el derecho a la salud y la sostenibilidad del Sistema.

La presente ponencia está estructurada así:

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

1. TRÁMITE DE LA INICIATIVA

El proyecto de ley objeto de estudio es de autoría del Senador Fabián Castillo, en compañía de diversos miembros de las bancadas del Senado y la Cámara de Representantes, del Partido Cambio

Radical, como son los honorables Senadores: Emma Claudia Castellanos, Carlos Abraham Jiménez, Germán Varón Cotrino, Rodrigo Lara, Richard Aguilar y los honorables Representantes: José Daniel López, Gloria Betty Zorro, Carlos Cuenca, Carlos Mario Farelo, Ángela Sánchez Leal, entre otros. Fue radicado ante la Secretaría General del Senado de la República el pasado 13 de agosto de 2019 y publicado en la *Gaceta del Congreso* número 860 de 2019; asimismo, la iniciativa fue repartida a la Comisión Séptima del Senado de la República, por ser materia de su competencia.

El 10 de septiembre de 2019 fue radicado en la Comisión Séptima del Senado el expediente del Proyecto de ley número 117 de 2019 Senado, por medio del cual se hacen ajustes al Sistema de Salud, se redefinen aspectos de su funcionamiento y se dictan otras disposiciones orientadas a garantizar el derecho a la salud y la sostenibilidad del Sistema, y el 11 de septiembre de 2019, mediante Oficio CSP-CS-1788 de 2019, la Mesa Directiva de la Comisión Séptima de Senado, designó como ponente único al Senador Fabián Castillo Suárez, quien rinde la presente ponencia.

Una iniciativa legislativa que contenía disposiciones similares a las aquí planteadas, fue el Proyecto de ley número 215 de 2018 Senado por medio del cual se hacen modificaciones al sistema de salud, se redefine su funcionamiento y se dictan otras disposiciones orientadas a garantizar el derecho a la salud y la sostenibilidad del sistema, disponible en la *Gaceta del Congreso* número 1068, también de autoría del Senador Fabián Castillo y la bancada del partido Cambio Radical, el cual tuvo diversos foros y rondas de socialización en los que distintos actores públicos y privados, además de resaltar lo conveniente de las propuestas, hicieron sus comentarios y aportes.

Todo lo anterior, fue insumo esencial para la actual propuesta legislativa, la cual también ya ha sido socializada y robustecida tras distintas audiencias y controles políticos realizaos al interior de la Comisión Séptima del Senado.

2. OBJETO Y CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY

El presente proyecto tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en aras de garantizar el derecho a la salud a toda la población, materializando el Estado Social de Derecho y centrando el sistema alrededor de la persona, todo de acuerdo a los lineamientos de la Ley 1751 de 2015 “Estatutaria de Salud” y su definición de Sistema de Salud.

En este sentido, el proyecto original cuenta con 50 artículos incluidos objeto y vigencia, estructurados a lo largo de 8 capítulos así:

Capítulo 1	Disposiciones generales	Dar algunos de los nuevos lineamientos del sistema como es la articulación intersectorial, la humanización dentro de la garantía de la prestación de los servicios de salud y el reconocimiento de la UPC de acuerdo a indicadores de calidad en la atención.
Capítulo 2	Aseguramiento en salud	Fortalecer el aseguramiento en salud mediante una depuración del sistema en la que los actores ineficientes salen de circulación, el aumento de exigencia en los requisitos de habilitación de los aseguradores en salud, y el establecimiento de un componente de buenas prácticas en salud evaluadas periódicamente y que condicionan la habilitación de funcionamiento.
Capítulo 3	Modelo de atención	Medidas orientadas a implementar un modelo de atención enfocado en el nivel primario, territorializado y con énfasis en salud familiar, con capacidad resolutoria de más de la mitad de las patologías.
Capítulo 4	Sistema Interoperable de información	Generar transparencia y eficiencia por medio de un sistema interoperable que contenga la historia clínica electrónica, la información financiera y asistencial, y de contratación de servicios y tecnologías de salud. De esta forma se busca reducir la fragmentación y dispersión de información que limita el adecuado funcionamiento del sistema y las interacciones entre los actores.

Capítulo 5	Talento humano en salud	Mejorar y garantizar la cantidad y calidad de talento humano en salud, los mecanismos de acceso a su formación, así como sus condiciones al interior dentro del SGSS.
Capítulo 6	Financiación y sostenibilidad	Las medidas de sostenibilidad van orientadas a la creación de Fondos de Financiación de Nuevas Tecnologías de forma que se controlen los recobros por concepto no UPC y la creación de un Fondo de garantías del sector salud, que, financiado con recursos de las EPS, tendrán capacidad de respuesta ante eventos financieros de estas entidades.
Capítulo 7	Inspección, Vigilancia y Medidas Antievasivas	Regulación de todas las empresas que manejen recursos de la UPC y de sus <i>holdings</i> en lo concerniente al uso de los recursos de la UPC por parte de la Super, medidas para evitar la posición dominante y se aúnan esfuerzos interinstitucionales entre la DIAN, Unidad de Gestión Pensional y de Parafiscales y el Ministerio de Salud para identificar y sancionar a los que no pagan sus aportes al sistema.
Capítulo 8	Disposiciones finales	

3. ANÁLISIS Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE LEY

Desde su creación el SGSSS ha experimentado una serie de cambios mediante decretos, resoluciones, circulares y acuerdos como fueron la Ley 1122 en 2007 dirigida a mejorar la prestación de los servicios, la Ley 1438 de 2011 que buscaba fortalecer el sistema con un modelo de atención primaria, la Ley 1751 o Ley Estatutaria en Salud que la definió como un derecho fundamental y la reciente Ley 1966 de 2019 que dictó medidas para la gestión y transparencia de los recursos del sector. Sin embargo, estas reformas no han resuelto de fondo los problemas del SGSSS por lo que es necesario redefinir y transformar el funcionamiento del Sistema de Salud, acabando de raíz con muchos de los problemas que en últimas terminan por afectar al ciudadano de a pie, pero manteniendo los elementos que han permitido alcanzar la cobertura universal con alta protección financiera.

En este sentido, son dos los grandes retos que afronta el sistema y sobre los que todos los actores del sector deben enfocar sus esfuerzos. Por un lado, en la sostenibilidad financiera resultado de las nuevas demandas en salud y del modelo de aseguramiento y las relaciones Estado-EPS-IPS. Por el otro en la necesidad de mejorar la prestación del servicio de salud. La solución de estos problemas,

íntimamente relacionados entre sí, puede llevar a la materialización del derecho a la salud consagrado en la Ley Estatutaria y al cumplimiento de los deberes del Estado Social de Derecho.

Estos ajustes y proceso de transformación del sistema parten del reconocimiento de aspectos positivos al interior de este por lo que, en el proceso de mejora y ajuste, no se puede borrar lo ya avanzando. En este sentido, aunque son muchas las tareas y retos pendientes de este sistema de salud, no se pueden desconocer sus ventajas y los beneficios que ha traído para los colombianos en los últimos 25 años, como lo demuestran los siguientes datos.

- A pesar de la violencia propia del conflicto armado la esperanza de vida al nacer ha aumentado en los últimos años a un ritmo comparado con la región. De 68,3 años en 1990 a 74,4 en 2013 según la OMS. (Variación del 9%). Por ejemplo Argentina varió 7% Chile 8,5%.
- Acceso a tratamientos y tecnologías pagando una fracción muy baja de su costo real (gasto de bolsillo del 15%-16% cuando el promedio regional es de 30%).
- Para 1991, solo se reportaban como beneficiarios de la seguridad social a través del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) al 20.6% de la población, mientras que hoy se habla de una cobertura del 95%.
- Programa de vacunación amplio que cubre 19 vacunas para 25 patologías con coberturas del 95%.

Mayores demandas de servicios de salud

La combinación de mayor cobertura, menor gasto por parte de la población y la promesa de acceso universal incluida en la Ley 100 de 1993, han tenido como consecuencia que la demanda de servicios haya aumentado de manera significativa, incrementando sustancialmente el acceso a los servicios curativos.

Gráfico 1. Gasto en salud como porcentaje del PIB países de la OCDE y Colombia. Elaboración propia con base en datos de OECD (2018)¹

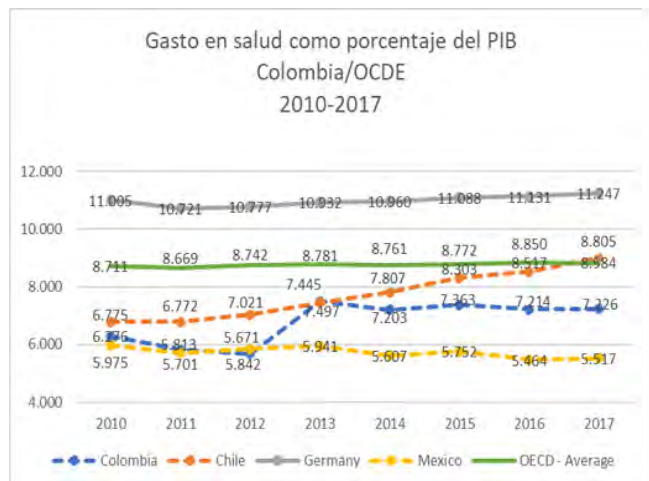
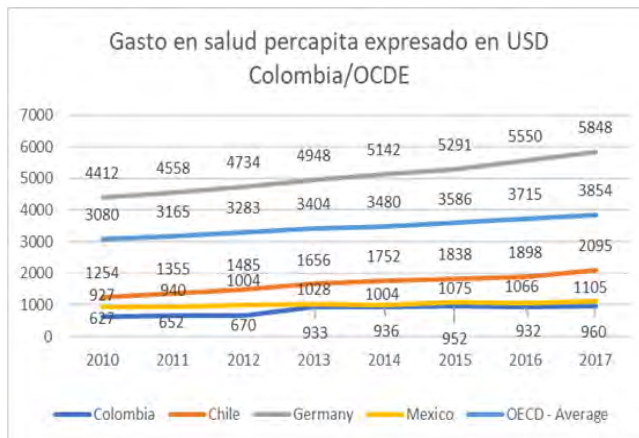


Gráfico 2. Gasto en salud per cápita expresado en USD. Elaboración propia con base en datos de OECD (2019)²



En este sentido, el gasto en salud en Colombia ha venido aumentando en los últimos años tal como lo demuestra el gasto en salud como porcentaje del PIB y como gasto per cápita, los cuales pasaron de 6,7% y 627 USD en 2010, a 7.2 y 960 USD en 2017 (OECD, 2019).

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

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

Lo anterior conlleva que los países tengan que buscar alternativas para alcanzar un óptimo entre ingresos y gastos. La literatura indica tres tipos de herramientas: i) recaudar más dinero para la salud y ii) mejorar la eficiencia del gasto en salud, y iii) reevaluar las fronteras entre el gasto público y el privado, como un proceso de participación de la sociedad ante el aumento de los costos de los servicios (UDEA-GES, 2017)³. Sin embargo, a pesar de su importancia, no se aprecia en el país un debate amplio y bien informado sobre el particular y no existe un consenso sobre lo que significa realmente la sostenibilidad, cómo evaluarla y hacerle seguimiento. (UDEA-GES, 2017).

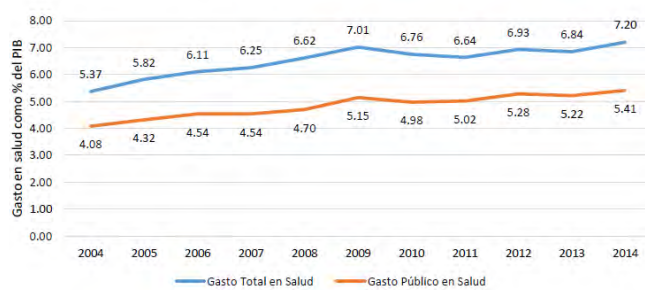
En un análisis del comportamiento del gasto en salud en el país durante el período 2004-2014 (Bardey & Buitrago 2015), evidencian la evolución

² <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
³ UDEA-GES (2017). Sostenibilidad financiera de los sistemas de salud: Alternativas y lecciones para Colombia. En Observatorio de la Seguridad Social. URL: <https://drive.google.com/file/d/0Bz2k8IK1sYArMmhOTXIXkS3Qmt0aDRvMGJ3OTVHTmRrQk5F/view>

¹ <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

del gasto en salud y la composición de este cuya tendencia durante los 10 años de observación ha sido creciente, pasando de 26, 6 billones en el año 2004, a 57, 4 billones para el 2014, una variación de 8,04% en promedio año tras año. Como porcentaje del PIB la tendencia también es creciente con un cambio absoluto en el período observado de 1,83 puntos del PIB para el gasto total en salud.

Gráfico 3. Gasto total y público en salud. Colombia 2004-2014.



Fuente: Bardey & Buitrago, p. 5⁴

De acuerdo a varias proyecciones (Gutiérrez, 2018)⁵ en un escenario de absorción acelerada de tecnología el gasto público en aseguramiento en salud como porcentaje del PIB alcanzará a ser de 6.2%, siendo el 44% de este crecimiento explicado por el cambio tecnológico, crecimiento de la población 38%, envejecimiento poblacional 12% y el 6% restante por el cambio en el perfil epidemiológico hacia enfermedades crónicas. Es decir, que para el 2020 habría que buscar recursos adicionales equivalentes a 1.1 veces la meta de recaudo adicional por aumento del IVA de la reforma tributaria del 2017, y casi 3 veces este monto para el 2030.

Además de estos costos, la realidad financiera de distintos actores del Sistema de Salud imprime presión sobre este y su funcionamiento. Es decir, este problema de sostenibilidad se ve afectado no solamente por las nuevas y crecientes necesidades poblacionales, sino por el mal e inadecuado manejo financiero de los recursos del sistema por parte de algunos de sus actores, lo que ha incidido seriamente sobre la calidad en la prestación de servicios y en la legitimidad del Sistema.

Aseguramiento en salud: Regulación actual y la incidencia sobre el Sistema y sus actores.

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

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

⁴ Bardey, D., & Buitrago, G. (2017). Capítulo-1: Macroeconomía de los gastos en salud en Colombia. URL: <https://www.afidro.org/sites/default/files/Estudio-Universidad-de-los-Andes-Junio-de-2017.pdf>

⁵ Gutiérrez, C. (2018). El Sistema de Salud Colombiano en las próximas décadas: cómo avanzar hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención en Fedesarrollo.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creado en 1993 a través de la Ley 100 se caracteriza por ser un sistema de competencia regulada, basado en la mezcla pública-privada y modulado a través de una combinación mercado-regulación.

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

En este sentido, el sistema se planteó como un esquema descentralizado, en el que la competencia entre los diferentes agentes que lo conforman estaría dada por la calidad que como aseguradoras se les brindará a los usuarios.

Sin embargo, al establecerse una regulación unilateral por el gobierno al POS (producto) y de la UPC (valor), se ha configurado un asegurador (EPS) que recibe una prima calculada exógenamente y actúa principalmente en el mercado de aseguramiento, por un lado, aumentando su volumen de afiliados para distribuir el riesgo en su población y por otro lado negociando los contratos y precios que reconoce a los hospitales, en lugar de concentrarse de la gestión de riesgo en salud de la población. (Ruiz, 2018, p. 9).⁶

En el sistema actual, aunque las UPC recibidas por las EPS se ajustan (imperfectamente) a los riesgos de los individuos, están calculadas sobre la base de una calidad promedio ofrecida por las EPS, lo que conlleva a que haya una situación de subsidios cruzados (no deseable) entre las EPS que ofrecen una mejor calidad hacia las EPS que ofrecen una calidad baja de tal forma. Así, los resultados económicos dependen mucho menos de la calidad ofrecida a sus usuarios respectivos y más control de gasto (Bardey, 2015)⁷.

Esta eventualidad ha ocasionado, por un lado, un modelo de aseguramiento social con muy limitada competencia (Restrepo & López, 2012)⁸ y por el otro, el divorcio entre el esquema de aseguramiento y el esquema de prestación de servicios, concentrados

⁶ Ruiz, F. (2018). Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). En Agenda de Salud 2018. Vecino, A. (ed). Universidad de los Andes.

⁷ Bardey, (2015). Pagos por desempeño en el sistema de salud colombiano. Revista Monitor Estratégico. Ministerio de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/pago-por-desempeno-sistema-salud.pdf>

⁸ Restrepo, D. & López, L. (2012). La unidad de pago por capitación: 17 años en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30(3): 291-299

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

Por otro lado, la no exigencia de procesos de habilitación técnica, ni financiera en el aseguramiento derivó en la proliferación de aseguradores (más de 40) con muy pequeñas o dispersas poblaciones afiliadas, prácticamente sin reservas técnicas y como resultado con siniestralidades muy altas que en muchos casos exceden el 100% de la UPC (Ruiz & Uprimny 2011)⁹. Así, las EPS, principales actores del SGSS han proliferado en el Sistema de Seguridad Social con bastantes cuestionamientos y críticas hacia su papel.

En la actualidad asistimos a la cifra preocupante de que la mitad de los 40 aseguradores que funcionan a la fecha en el Sistema se encuentran bajo algún tipo de medida de la Superintendencia Nacional de Salud. (Superintendencia Nacional de Salud, 2019)¹⁰.

Sin embargo, esta dinámica no es nueva y en los últimos años se observa que el número de EPS ha estado entre las 40 y 50 y casi siempre más de la mitad, tienen serias falencias. La tendencia que se observa es que o estas empresas si bien se mantienen en el modelo de aseguramiento o el porcentaje de retiro del sistema es poca. Se observa un sistema estático y la depuración que traería la competencia propia de la regulación con base en el modelo pluralista estructurado de la Ley 100 de 1993 poco se ha dado.

En este aspecto, hasta los Decretos 2702 de 2014 que definió las condiciones financieras y luego el 682 de 2018 que estableció los requisitos técnicos, que deben cumplir las Entidades Promotoras de Salud para operar en el SGSS, el Decreto 574 de 2007 y sus modificaciones establecieron por más de 7 años las condiciones financieras y solvencia. Bajo este decreto llegaron a existir hasta 45 EPS (2015), la mayoría de ellas en el régimen subsidiado, caracterizándose por ser empresas pequeñas con poblaciones de afiliados y territorios reducidos, pero con necesidades de salud y epidemiológica, que superaban la capacidad resolutoria de estas EPS y sus redes.

A lo anterior, se le puede sumar que las autoridades encargadas fueron laxas ante la operación deficitaria de la mayoría de estas entidades por muchos años,

⁹ Ruiz, Fernando, Uprimny, Miguel. 2012. "Sistema de Salud y Aseguramiento Social: entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio." ECOE Editores. Bogotá.

¹⁰ Respuesta Proposición #3 Congreso de la República.

sin aplicar la ley en plenitud ante la evidencia de inviabilidad e insolvencia, lo que hubiera ameritado el cierre de un mayor número de EPS o la suspensión de sus actividades y reubicación de usuarios. Se terminaron heredando enormes pérdidas financieras para proveedores, trabajadores, profesionales, etc. Son varias las EPS en liquidación en la actualidad y las pérdidas financieras que han dejado, incalculables, en especial en aquellas en donde la intervención de la SNS fue tardía. (Ruiz, 2018, p. 68-69).

En el periodo 2014-2019 la Supersalud "habilitó" 5 EPS. Una nueva entidad promotora de salud, 1 caja de compensación que empezó a operar en el aseguramiento, y 3 EPS que operaban el régimen contributivo o subsidiado, se les dio la oportunidad de operar en el otro régimen.

Tabla 1. EPS Habilitadas 2014-2019

EPS	AÑO	PROCESO
Alianza Medellín Antioquia EPS S.A.S "Savia Salud"	31 de agosto de 2015	Autorizado su operación en el régimen subsidiado tras la operación temporal de 2 años de la alianza CONFAMA y Departamento de Antioquia.
NUEVA EPS	17 de diciembre de 2015	Autorizada la operación en el régimen subsidiado tras 7 años de operación en el contributivo.
Fundación Salud Mía EPS	27 de diciembre de 2017	Nueva EPS que entro a operar en el régimen contributivo, circunscrita a los municipios de Bucaramanga, Floridablanca, Girón y Piedecuesta.
COOSALUD	Marzo de 2019	Autorización para operar en el régimen contributivo en 28 municipios de 12 departamentos y en Bogotá vienen operando en el RS desde 1994.
Mutual Ser	21 de junio de 2019	Se le autorizó funcionar como EPS del régimen contributivo en 19 municipios pertenecientes a los departamentos de Atlántico, Bolívar, Córdoba y Sucre

Fuente: Elaboración propia con base en respuesta de la Superintendencia de Salud a proposición de control político #3¹¹.

Por su parte, en lo que respecta a la liquidación, un número mayor, pero similar de EPS, específicamente 6, fueron expulsadas del sistema de salud.

Tabla 2. Liquidaciones EPS 2014-2019

G o l d e n Group	23 de enero de 2015 y finalizó con la terminación de existencia legal el 15 de julio de 2015	Incumplimiento en la entrega de medicamentos a los afectados, demora en la asignación de citas, inoportunidad en el diagnóstico de cáncer de cuello uterino y alta mortalidad materna, junto a la situación financiera negativa.
Saludcoop	El 24 de noviembre de 2015, casi 4 años después sigue vigente.	Las razones planteadas por la superintendencia fueron la liquidez negativa en capital de trabajo por 1,7 billones, endeudamiento del 350,11% y patrimonio negativo de 2,8 billones.

¹¹ Supersalud. (2019). Respuesta proposición #3. Congreso de la República. Rad. 2-2019-123805.

Caprecom	Inició el proceso en diciembre de 2015 y terminó a finales de enero de 2017.	Deficiencias financieras en el cumplimiento de pagos los prestadores y precaria financiera y operativa.
Cafesalud.		Si bien no se encontraba prestando el servicio de aseguramiento, esta entidad empezó a ser sujeto de demandas por incumplimiento en los pagos de obligaciones con su red de servicios por lo que la Super ordenó la toma de bienes.
Comfacor	23 de julio de 2019	Ineficiente gestión del cobro de su cartera, cuentas por cobrar con edad igual y superior a 360 días y elevado endeudamiento.

Fuente: Elaboración propia con base en respuesta de la Superintendencia de Salud a proposición de control político #3.

En este sentido se puede afirmar que la depuración de EPS no se observa, pues en un lapso de 5 años se liquidó una empresa en promedio, eso sin contar que 4 de esas 6 se encuentran en proceso y no es claro el futuro de esos procesos de liquidación en lo que tiene que ver con las cuentas a cobrar, la red de prestadores y el talento humano en salud.

Ahora bien, comparando las habilitaciones y liquidaciones de EPS durante el periodo 2014-2019 se observa una tendencia al mantenimiento de la cantidad de EPS al interior del Sistema General de Seguridad Social en términos de la relación entre el número de EPS que son depuradas y las nuevas que habilitan o amplían su funcionamiento, es prácticamente igual.

Esta proliferación de EPS sin las condiciones financieras y técnicas para tratar la salud de los usuarios, incidió en la prestación de servicios, donde la carencia de un modelo de atención regulado, las fallas de funcionamiento en red y la nula interoperabilidad de la historia clínica condujo a un modelo basado en la atención de cada episodio enfermedad, centrado en el servicio hospitalario, con muy baja resolutivez en los niveles primarios, ha desembocado en la acumulación de riesgo de enfermedad, discontinuidad en la atención y tiempos muy prolongados para la atención (Ruiz y Zapata, 2017)¹².

En otros términos, estas falencias en la regulación y competencia del sector han sido el punto de partida hacia subsecuentes problemáticas que amenazan la sostenibilidad financiera del Sistema y su funcionamiento, repercutiendo en el acceso a los servicios de salud de los usuarios a través del racionamiento de los servicios. Al final el ciudadano queda solo y debe auto gestionar su acceso a tratamientos con un costo muy alto para él y el sistema, pues se recurre a vías judiciales y administrativas.

Gestión de los recursos del sector.

Como se dijo antes, la sostenibilidad del sistema no se afecta solamente por las nuevas y crecientes

demandas tecnológicas de la población, sino por el mal e inadecuado manejo financiero de los recursos del sistema por parte de algunos de sus actores, lo que ha incidido seriamente sobre la calidad en la prestación de servicios y en la legitimidad del Sistema.

Al revisar la gestión del riesgo financiero y el riesgo se observa como el desempeño de las EPS le imprime presión a las necesidades presupuestales del sector.

Las EPS

A fecha de agosto de 2019 funcionan en el país 40 EPS de las cuales 11 operan en el régimen contributivo, 24 en el régimen subsidiado, y 5 en ambos regímenes.

De estas 40 Entidades Prestadoras de Salud que al 31 de septiembre de 2019 operan en el sistema (EPS y Cajas de Compensación) hay 20 EPS bajo medida especial. De estas 20, 4 son EPS del régimen contributivo y 16 son del régimen subsidiado.

Tabla 3. EPS con medida de vigilancia a fecha del 19 de septiembre de 2019

Régimen en el que opera	EPS con medidas de vigilancia por parte de las Supersalud
Contributivo	(1) Servicio Occidental de Salud (SOS), (2) Coomeva, (3) Cruz Blanca, (4) Medimás
Subsidiado	(1) Ecoopos, (2) Capital Salud, (3) Comfahocó, (4) Comfasucre, (5) Comfamiliar huila, (6) Dusakawi, (7) Comfacundi, (8) Convida, (9) Capresoca, (10) Savia Salud, (11) Ambuq, (12) Comparta, (13) Emdisalud, (14) Comfamiliar Cartagena, (15) Asmet Salud (16) Salud Vida.

Fuente: Elaboración propia con base en respuesta de la Superintendencia de Salud a proposición de control político #3¹³.

En este sentido resulta preocupante que la mitad de actores del aseguramiento tengan problemas en su funcionamiento al punto que sea necesaria la intervención de la Supersalud. De una forma u otra esto muestra que el sistema ofrece incentivos para la permanencia de las malas EPS pues es a toda luz inconcebible que la mitad de estas empresas no operen adecuadamente pero aun así tengan autorizado su funcionamiento.

En el caso del subsidiado se refuerza la percepción de que se trata de un régimen en el que la calidad es menor y por lo tanto es allí donde están las peores EPS. En este sentido, el 75% de las EPS investigadas corresponden a este régimen y al interior de este significan el 62% total de aseguradoras. Es decir que solo el 48% de las EPS del régimen subsidiado funcionan, de acuerdo a los criterios de inspección y vigilancia.

Comportamiento 2017.

Para el año 2017 una revisión de los indicadores financieros de Capital mínimo (C.M.), Patrimonio Adecuado (P.A.), constitución de Reservas Técnicas

¹² Ruiz, Fernando, Zapata, Teana. 2015. La equidad en salud para Colombia, Brechas internacionales y territoriales. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/equidad-en-salud-para-colombia.pdf>

¹³ Supersalud. (2019). Respuesta Proposición #3. Congreso de la República. Rad. 2-2019-123805.

y un Régimen de Inversión de las Reservas Técnicas, definidos en Decreto 2702 de diciembre de 2014 dejó ver la situación financiera de 35 EPS (no se incluyen las indígenas) de las cuales, 12 operan en régimen contributivo y 23 pertenecen al régimen subsidiado. (Supersalud, 2017)¹⁴.

De las 12 EPS medidas en el Régimen Contributivo, 3 estaban solventes (Compensar, Comfenalco Valle y EPM), 5 (Aliansalud, Salud Total, Sanitas, Sura) que estuvieron en insolvencia lograron demostrar ante la Superintendencia Nacional de Salud que alcanzaron los compromisos de ajuste del plan de recuperación. Las otras 4 (Famisanar, SOS y Coomeva, Cruz Blanca) se mantuvieron insolventes a pesar de que las tres primeras emprendieron procesos de capitalización.

Tabla 4. Estado financiero EPS Régimen Contributivo 2017

Patrimonio adecuado EPS RC	EPS			
Solvencia	Compensar	Comfenalco Valle	EPM	
Paso de insolvencia a solvencia	Aliansalud	Salud Total	Sanitas	
	Sura	Nueva EPS		
Insolventes	Famisanar	Coomeva	Sos	Cruz Blanca

Elaboración propia de acuerdo a Supersalud (2018)¹⁵.

En el régimen subsidiado de 23 EPS analizadas 4 de ellas fueron solventes (Cajacopí, Comfachocó, Comfaorienté, Coosalud), 2 lograron cumplir compromisos del plan de recuperación del 2015 (Mutual Ser y Comfasucre), y 17 se mantuvieron en la insolvencia a pesar de que 7 capitalizaron y no alcanzaron el indicador de solvencia (Capital Salud, Emssanar, Convida, CCF Cartagena, Comparta, Comfacundi y Comfanariño). Las otras 10 ni intentaron capitalizar y se mantuvieron en la insolvencia (Salud Vida, Savia, Asmet, Comfacor, Ambuq, Emdisalud, Ecoopsos, Capresoca, Comfaguajira y CCF Huila).

Tabla 5. Estados financieros EPS Régimen Subsidiado 2017

Patrimonio adecuado EPS régimen subsidiado	EPS			
Solvencia	Cajacopí	Comfachocó	Comfaorienté	Coosalud
Solvencia (se encontraba en insolvencia en 2015)	Mutual Ser		Comfasucre	
Insolventes	Capital Salud, Emssanar, Convida, CCF Cartagena, Comparta, Comfacundi y Comfanariño). Las otras 10 ni intentaron capitalizar y se mantuvieron en la insolvencia (Savia, Asmet, Comfacor, Ambuq, Emdisalud, Ecoopsos, Capresoca, Comfaguajira CCF Huila y Salud Vida			

Elaboración propia de acuerdo a Supersalud (2018).

¹⁴ Supersalud. 2018. Informe seguimiento indicadores financieros de permanencia para EPS vigencia 2017. URL: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Supervision-Riesgos/EstadisticasEPSRegimenContributivo/INFORME%20SEGUIMIENTO%20INDICADORES%20FINANCIEROS%20DE%20PERMANENCIA%20PARA%20EPS%20VIGENCIA%202017.pdf>

¹⁵ Supersalud. INFORME SEGUIMIENTO INDICADORES FINANCIEROS DE PERMANENCIA PARA EPS VIGENCIA 2017. URL.

Con base en lo anterior se observa que para el año 2017 los indicadores financieros de 36 EPS (11 RC, 25 RS -no incluyen indígenas-) mostraban como solo 7 de 11 EPS en el RC y 6 de 25 en el RS tenían patrimonio solvente/adequado. Más o menos la tercera parte de las EPS.

De estas, solo 8 tenían patrimonio positivo (4 de 24 EPS RS / 4 de 12 EPS RC) y en estos casos sus activos están constituidos en un 60% por cuentas por cobrar. Es decir, que son empresas que sustentan en la deuda.

Para ese mismo año de información solo 4 EPS (SURA, SANITAS, EPM y Aliansalud) todas del R. Contributivo, habían cumplido con todos los indicadores financieros de permanencia en el Sistema. Las otras 36 con cumplimiento parcial en el mejor de los casos.

Comportamiento 2018.

En los resultados financieros del sector salud para el 2018, teniendo en cuenta los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), las compañías de seguros que participan en el sector (riesgos laborales, SOAT, pólizas de salud) y demás entidades que ofrecen planes voluntarios de salud, las aseguradoras, estas empresas tuvieron ingresos totales de \$64,3 billones de los más de 124 billones que movió el sector en ese año.

De estos 64 billones el 81% (52,08 billones) corresponden a las EPS del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Los ingresos de las entidades de planes adicionales de salud (Prepagada, complementarios y pólizas de salud) 9,8% (\$6,3 billones)

Las entidades complementarias al SGSSS, SOAT y ARL, 9,1%. (5,9 billones)

Tabla 6. Resultados financieros sector salud 2018

Ingresos aseguradores año 2018			Número de empresas que participan
Empresas que operan en el SGSS	EPS R. Contributivo	27,9 billones	14
	EPS R. Subsidiado	20,07 billones	30
	Otras (Regímenes de excepción)	3,9 billones	13
Empresas que ofrecen planes adicionales de salud	Prepagada, Complementarios	6,3 billones	37
Complementarias al SGSS	Riesgos Laborales, Accidentes de Tránsito	5,9 billones	22
64,07 Billones	116		

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Supersalud (2019)¹⁶.

En este informe con fecha de corte del 31 de diciembre de 2018 se habla de 44 EPS y no de 40 como en las respuestas de la Supersalud. De estas 44 que operan los regímenes subsidiado y contributivo en Salud se tiene que de las 14 (EPS) del contributivo, activas en 2018, reportaron ingresos por cerca de \$28 billones y las 30 entidades del régimen subsidiado por \$20 billones.

¹⁶ Supersalud (2019). INFORME RESULTADOS FINANCIEROS DEL SECTOR SALUD. URL: <https://docs.supersalud.gov.co>

En este sentido se observan 2 cosas, por un lado, que 14 EPS tuvieron 8 billones más de ingresos que los generados por el doble de EPS del subsidiado que reportaron 20 billones. En promedio una EPS que opere en el régimen contributivo tiene ingresos

de 2 billones de pesos al año y una del subsidiado tiene 0,6 billones de ingresos o 600 mil millones. Es decir, 70% menos. ¿Desequilibrio en el mercado de aseguramiento?_

Tabla 7. Balance financiero EPS ambos regímenes 2018.

Régimen	Utilidades	Empresas que participaron de estas	Pérdidas	Empresas que participaron de estas	Utilidad neta
<i>EPS Contributivo</i>	164,5 mil millones	7	875	7	-711
<i>EPS Subsidiado</i>	261,9 mil millones	13	848	17	-587
<i>Total</i>	427 mil millones	20	1.73 billones	24	1.3 billones

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Supersalud (2019)¹⁷.

Respecto a las utilidades de las EPS de ambos regímenes, en términos netos tuvieron pérdidas por más de \$1,3 billones de pesos para ese año.

En el RC 50% (7) de las entidades reportaron utilidades que ascendieron a \$164 mil millones mientras que la otra mitad (7) generaron pérdidas por \$875 mil millones, para una utilidad neta negativa de 711 mil millones.¹⁷

En el RC el 43% (13) obtuvieron ganancias por \$262 mil millones, pero el otro 57% (17) de las entidades reportaron pérdidas por \$848 mil millones para dejar así una utilidad neta negativa de 587 mil millones de pesos.

En este sentido es preocupante que solo 20 EPS, menos de la mitad del total de ese informe, generen utilidades al sistema mientras que las otras 24, que equivalen al 57%, generen pérdidas que afectan al sistema como un todo. Se trata de una muestra más de cómo al interior del sistema unos pocos actores hacen bien la tarea, pero casi una mitad o la mayoría de entidades, están afectando con sus prácticas financieras, la sostenibilidad y prestación del servicio de salud.

Prestación del servicio.

Como ya se dijo antes muchos de los problemas radican en la forma en que se concibió la regulación de las EPS y las IPS. En este punto surge el tema de la Unidad de Pago por capitación que es la contraprestación a la realización de la prestación del servicio que corresponde a un valor anual fijo por cada afiliado, ajustado según sexo, edad y ubicación. (Restrepo & López, 2015). Esta disposición regulatoria, si bien es un instrumento poderoso para mantener los costos controlados, favorece la dilución o negación del servicio y hace que estas eviten afiliarse pacientes de alto riesgo. (Gutiérrez, 2018, p 13). Sin embargo, el problema que más afecta la sostenibilidad del sistema es el

mecanismo de recobros por las prestaciones que no están incluidas en el POS y que para 2018 podrían alcanzar los 4 billones de pesos, rubro no incluido en la estimación de la UPC ni tampoco financiado, pero sí cubierto de manera obligatoria por las EPS.

El resultado del esquema de mercado adoptado ha sido la concentración creciente tanto en los mercados de aseguramiento como en la prestación de servicios que ha terminado por consolidar monopolios y oligopolios bilaterales. Evidencia reciente indica que el modelo de mercado entre EPS e IPS ha determinado un esquema de monopolio bilateral donde el poder de mercado parece residir en los hospitales de alta complejidad, en su mayor parte privados y el mecanismo de contratación selectiva de servicios por parte de las EPS ha reducido notoriamente su efectividad ante la concentración de mercado hospitalario de servicios (Ruiz, 2018).

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

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

En el sistema actual, aunque las UPC recibidas por las EPS se ajustan (imperfectamente) a los riesgos de los individuos, están calculadas sobre

persalud.gov.co/PortalWeb/metodologias/Informes%20de%20Estudios%20Sectoriales/Resultados%20Financieros%20SGSSS%202018.pdf

¹⁷ Supersalud (2019). INFORME RESULTADOS FINANCIEROS DEL SECTOR SALUD. URL: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/metodologias/Informes%20de%20Estudios%20Sectoriales/Resultados%20Financieros%20SGSSS%202018.pdf>

la base de una calidad promedio ofrecida por las EPS, lo que conlleva a que haya una situación de subsidios cruzados (no deseable) entre las EPS que ofrecen una mejor calidad hacia las EPS que ofrecen una calidad baja de tal forma. Así, los resultados económicos dependen mucho menos de la calidad ofrecida a sus usuarios respectivos y más control de gasto, lo que incentiva estrategias de negación de servicios. (Bardey, 2015).

Las afectaciones en la prestación del servicio terminan por aumentar el problema de sostenibilidad que hay en el Sistema. Por ejemplo, para el 2016, las prestaciones excepcionales (NO POS) otorgadas a través de las Cortes o los comités técnicos científicos alcanzaron casi 3 billones de pesos y representaron un 10% del gasto en seguridad social en salud.

Gráfico 4. Evolución Recobros 2005-2014



Fuente: Bardey & Buitrago, 2015, p. 6.

Este gasto NO POS ha sido un elemento de fuerte impacto sobre la sostenibilidad del sistema

como lo refleja el gran aumento de los recobros en términos reales entre los años 2005 y 2012, pasando de 119 mil millones a 1,7 billones. A su vez se observa cierto periodo de estabilización que puede ser atribuido a sucesos de política como la declaración de Emergencia Social en Salud 2009 por el aumento desproporcionado de los gastos en salud, la igualación de los regímenes y su plan de beneficios en julio del 2012; y la regulación de precios de medicamentos en mayo de 2013. (Bardey & Buitrago, 2017).

Estos problemas financieros terminan reflejándose en la prestación del servicio pues la acumulación de riesgo de enfermedad, discontinuidad en la atención y tiempos muy prolongados para la atención como resultado del control de gastos, ha incentivado el uso extensivo de mecanismos como los PQRS y la tutela para garantizar el servicio (Ruiz y Zapata, 2017).

Tutela y PQRS como reflejo de limitaciones de acceso al sistema.

En 2018 se interpusieron 207.734 tutelas invocando el derecho a la salud, con una participación del 34,21% de un total de 607.308 acciones interpuestas en el país, un incremento del 5,1 por ciento con relación a 2017. Se puede afirmar que una tercera parte (34,2%) de las tutelas en el país son por servicios de salud y que en promedio se ponen 539 diarias. (Defensoría, 2018).

Esta judicialización del servicio de salud ha puesto de manifiesto el incumplimiento de las EPS ya no solo en la gestión del riesgo financiero sino también del riesgo en salud de los colombianos. Durante este año las EPS que más recibieron tutelas fueron:

Tabla 8. Top 10 EPS con más tutelas x 1.000 afiliados 2018

EPS	TUTELAS	TUTELASX1.000	RÉGIMEN	MEDIDA DE VIGILANCIA
Savia Salud EPS	20.985	12,3	Subsidiado	Sí
Cooameva	22.894	10,7	Contributivo	Sí
Entidad Cooperativa Solidaria de Salud del Norte de Soacha - Ecoopsos	2.954	9,3	Subsidiado	Sí
Medimás	24.731	8,3	Contributivo	Sí
Servicio Occidental de Salud (Sos)	5.362	5,8	Contributivo	Sí
Asociación Mutual La Esperanza - Asmet Salud	9.028	4,8	Subsidiado	Sí
Cruz Blanca	1.971	4,8	Contributivo	Sí
Nueva EPS	22.457	4,7	Contributivo	No
Salud Vida	5.463	4,6	Subsidiado	Sí
Cooperativa de Salud Comunitaria - Comparta	7.563	4	Subsidiado	Sí

Elaboración propia con datos de Defensoría (2018)¹⁸.

Medimás/Cafesalud se constituyó como la entidad más demandada en 2018, pues le fueron interpuestas 24.731 tutelas. A esta entidad le siguieron Coomeva con 22.894 acciones y un incremento del 15,35 por ciento frente al 2017, Nueva EPS con 22.457 acciones y un incremento

del 14,28 por ciento, Savia Salud, Asmet Salud y Salud Total. De estas 10 EPS, 4 corresponden a aseguradoras que operan en los dos regímenes, 4 a EPS del régimen subsidiado y 2 a entidades que operan en el régimen contributivo.

Savia Salud, fue la EPS que más tutelas recibió por cada mil habitantes en ambos regímenes, con 12,3 tutelas por 1.000 usuarios. A esta entidad le siguieron Coomeva en el contributivo con 10,7, Ecoopsos en el subsidiado con 9,3, Medimás que

¹⁸ Defensoría (2018). La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social <http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Tutela-los-derechos-de-la-salud-2018.pdf>

opera en ambos regímenes y SOS del contributivo, como las 5 EPS que más tutelan los colombianos.

De este total de 10 EPS, 5 corresponden al régimen subsidiado y 5 del régimen contributivo. De las 10 EPS de este ranking, 9, con excepción de la Nueva EPS, tienen medida de vigilancia por parte de la Super.

Comparando este ranking con el dato de EPS intervenidas por la Supersalud se evidencia que, con la excepción de Coosalud, las mismas EPS que tienen algún tipo de medida de vigilancia, ocupan los primeros puestos en tutelas. Es de extrañar que dentro de las soluciones no esté el deshabilitarlas de una vez por todas, trasladar a los pacientes a las buenas EPS en un marco de transición organizada. De paso, se descongestiona el sistema judicial pues

se reduce el sobreuso de la tutela para reclamar derechos a empresas que tienen la obligación de proveerlos.

Por su parte en este mismo año se interpusieron 588.244 PQRS ante la Supersalud, un aumento del 21% en el número de quejas interpuestas frente a 2017. Para este año el top 10 de EPS que más recibieron PQRS en términos absolutos fueron las EPS del régimen contributivo (6) mientras que del subsidiado hay 4. Con respecto a la anterior, si se analiza con detalle se observa que más de la mitad de las EPS con más PQRS, es decir, 6 del top 10, tienen una medida de vigilancia de la Supersalud.

Cruz Blanca, Coomeva y Medimás en el Contributivo y Comfacundi, Ecoopsos, y Capital en el Subsidiado, son las que más reciben PQRS.

Tabla 9. Top 10 EPS con más PQRS x 1.000 afiliados.

EPS	TOTAL PQRS AÑO 2.018	X 1.000 AFILIADOS	RÉGIMEN	MEDIDA DE VIGILANCIA
Cruz Blanca	23.832	57,8	Contributivo	SÍ
Medimás	87.295	29,2	Contributivo	SÍ
Coomeva	60.824	28,5	Contributivo	SÍ
Servicio Occidental de Salud (SOS)	22.848	24,9	Contributivo	SÍ
Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca -Comfacundi	2.736	23,2	Subsidiado	SÍ
Entidad Cooperativa Solidaria de Salud DEL Norte de Soacha - Ecoopsos	5.256	16,6	Subsidiado	SÍ
Capital Salud	18.818	16,3	Subsidiado	SÍ
Famisanar	35.328	13,8	Contributivo	NO
Nueva EPS	64.859	13,5	Contributivo	No
Salud Total	38.489	12,4	Subsidiado	SÍ

Elaboración propia con datos de Supersalud (2018)¹⁹.

¿Están funcionando las EPS?

Todo esto nos lleva a la situación actual (2019) una situación en la que los indicadores financieros y los de atención al usuario nos dejan ver que existen EPS que fallan en los dos aspectos principales del aseguramiento en salud: la administración del riesgo financiero y la gestión del riesgo en salud.

Para el 2019, en un análisis de sus estados financieros con corte a agosto de este año 2019, su situación de cartera, su relación con los usuarios y si están en la mira de la Supersalud, nos lleva al panorama en que la mitad de los aseguradores tienen medida de vigilancia, menos de la tercera parte tienen patrimonio positivo y solo 7 de 40 en ambos regímenes habrán saneado sus carteras en un escenario de punto final.

Tabla 10. Desempeño EPS régimen contributivo en gestión del riesgo en salud y administración del riesgo financiero.

EPS	Medida de Vigilancia		Patrimonio positivo (2019)		Balance positivo tras saneamiento de deudas (2019)		TOP PQRS (2018)		TOP TUTELAS (2018)	
	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Sura	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Sanitas	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Aliansalud	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Compensar	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Nueva EPS	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Comfenalco	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Saludtotal	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Famissanar	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
SOS	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Coomeva	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

¹⁹ Supersalud. (2018). Comportamiento De Peticiones, Quejas, Reclamos o Denuncias (PQRD) Y Solicitudes De Información. 2018 (enero-diciembre).

EPS	Medida de Vigilancia		Patrimonio positivo (2019)		Balance positivo tras saneamiento de deudas (2019)		TOP PQRS (2018)		TOP TUTELAS (2018)	
	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Medimás	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Cruz Blanca*	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Salud Mía**										

*Ya liquidada

** De operación reciente, no se tiene en cuenta para el análisis.

Fuente: Elaboración propia con base en las respuestas de las EPS a las proposiciones #3 y 4 de la Comisión Séptima, respuesta la Supersalud, tutelas por parte de la Defensoría (2018) y PQRS de la Supersalud.

En términos de patrimonio, 7 de 13 tienen patrimonio positivo para operar. Solo 4 de 13 EPS (Sura, Sanitas, Aliansalud y Compensar) en el régimen contributivo cumplen de alguna forma con su función de administración del riesgo en la medida que logran un patrimonio adecuado y sus deudas quedarían saneadas en un eventual acuerdo de punto final pues no han dependido de esta cartera para funcionar adecuadamente.

A su vez tienen controlados sus indicadores de atención al usuario reflejados en tutelas y PQRS.

Otras EPS como la Nueva EPS deben controlar sus indicadores de tutelas y PQRS de forma que se refleje su estado financiero positivo.

Caso contrario pasa con EPS como SOS, Coomeva, Medimás y la recién liquidada Cruz Blanca, las cuales llevan años con las medidas de vigilancia impuestas por la Supersalud, arrastran un patrimonio negativo desde hace más de 4 años y en sus medidas de control de gastos, no atienden adecuadamente a sus usuarios, lo que aumenta sus números de tutelas y PQRS.

Régimen Subsidiado (21) (No incluye EPS indígenas)

En el régimen subsidiado, sin incluir a las EPS indígenas, se observa que solo 3 de 21 aseguradoras tienen patrimonio positivo y solo 1, Mutua ser, tiene

un balance positivo de cartera entre sus deudas y lo que se le debe. Esto quiere decir que para muchas de estas EPS incluso el reconocimiento de pagos por parte del Estado, no será suficiente para mejorar su situación financiera.

Solo 6, no tienen medida de vigilancia, mientras que 15, más de la mitad de las analizadas, se encuentran bajo la mira de la Super.

EPS como Savia Salud, Asmet Salud, Comparta y Capital Salud, incumplen con casi todos los indicadores aunque entre ellos varía el top de tutelas o PQRS, lo que muestra que tanto en administración de recursos como satisfacción al paciente, estas EPS tienen serias falencias históricas que deben ser corregidas de raíz.

EPS como Ecoopsos y Convida incumplen con todos los indicadores de administración de recursos pues además de tener patrimonio negativo histórico, su cartera no da para sanear todas las deudas. Además de esto tienen los indicadores más altos de tutelas y PQRS.

De estas EPS preocupa el hecho que incluso en un escenario de saneamiento de deudas por parte del Estado, no se saldan todas las deudas que tienen con los prestadores, lo que implica preguntarse si es necesario seguir ampliando esa deuda, siendo que si el punto final no implica en efecto, cerramiento de cartera, no tendría sentido.

Tabla 11. Desempeño EPS régimen subsidiado (sin contar EPS-I) en gestión del riesgo en salud y administración del riesgo financiero.

EPS	Medida de Vigilancia		Patrimonio positivo		Balance positivo tras saneamiento de deudas		TOP PQRS		TOP TUTELAS	
	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Mutual Ser	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Coosalud	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Cajacopi	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Asmet Salud	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Emssanar	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Capresoca	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Comparta	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Savia Salud	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Capital Salud	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Ecoopsos	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Convida	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Emdisalud*	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No		No
Comfamiliar Bolívar	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
ComfaGuajira	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
ComfaCundi	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

EPS	Medida de Vigilancia		Patrimonio positivo		Balance positivo tras saneamiento de deudas		TOP PQRS		TOP TUTELAS	
	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
ComfaChocó	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
ComfaSucre	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Comfaorient	No		Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Comfamiliar Huila	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Caja ComNariño	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Comfacor**	No	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No

*Ya liquidadas

Fuente: Elaboración propia con base en las respuestas de las EPS a las proposiciones #3 y 4 de la Comisión Séptima, respuesta la Supersalud, tutelas por parte de la Defensoría (2018) y PQRS de la Supersalud.

En el caso de las Cajas de Compensación ninguna de ellas tiene patrimonio positivo ni tendrían una cartera adecuada tras el reconocimiento de deudas por parte del Estado. Casos como los de Comfacundi y Comfaorient con y sin medida de vigilancia respectivamente, pero con indicadores negativos de patrimonio y cartera así como alto número de PQRS y tutelas requieren revisión y acompañamiento de la Superintendencia de Salud. Otras como Comfamiliar Huila tienen serias falencias patrimoniales y además es de las EPS con más tutelas y PQRS, incumpliendo con todos los indicadores de riesgo en salud y administración de riesgo financiero, siendo una EPS a todas luces insostenible.

Lo anterior es una muestra significativa del papel que han jugado las EPS en la actual situación del sistema de salud. Casos como los de Saludcoop, Caprecon y Medimás, son tan solo los más visibles de situaciones en las que hay desde corrupción hasta mal manejo financiero y detrimento patrimonial. Sin embargo, la solución del sistema no radica en eliminar un actor sino en ajustarlo o reemplazarlo de forma progresiva, por lo que nuestra propuesta de transformación apunta en esta dirección.

Se propone un plan de fortalecimiento patrimonial y operacional de las EPS en el marco de una depuración del sistema, donde se plantean unos compromisos para el corto plazo y sacando a las EPS ineficientes o incapaces de ajustarse a este plan de fortalecimiento.

En lo que respecta los criterios de habilitación, si bien desde el Decreto 682 de 2018 se avanzó en la exigencia de requisitos técnico-administrativos, tecnológica-científica y Código de Conducta y Gobierno Organizacional, carecen de fuerza ley que hagan aún más fuerte su exigibilidad.

En este sentido se proponen nuevos requisitos de habilitación por ley como son la obligación de contar con un Gobierno Corporativo y una política explícita de humanización y trato al usuario.

Se disminuye el tiempo de vigencia de autorización de funcionamiento de 5 a 3 años y se establecen visitas trimestrales de la Supersalud para los casos de funcionamiento provisional. Lo anterior en razón de la necesidad de vigilancia y supervisión constante que estas entidades han demostrado en los

últimos años. A su vez se establece un componente de buenas prácticas en salud como requisito de habilitación para las nuevas EPS y las que queden tras el proceso de depuración, que incluye:

Obligación de hacer seguimiento, monitoreo y reducción al nivel de tutelas y quejas frente a la prestación del servicio.

Obligación de contar con sistemas interoperables de información que contenga los procesos de aseguramiento, prestación de servicios de salud, gestión financiera y evaluación de calidad.

Obligación de contar con sistemas de Gestión integral del riesgo individual en salud.

Procesos de evaluación interna y externa.

Modelo de atención

La limitación de recursos financieros es una parte importante del problema pero la carencia de un modelo de atención enfocado en la prevención y el manejo racional de los pacientes en los niveles primarios ha determinado un gasto excesivo en servicios hospitalarios que se han transformado en la puerta de entrada del sistema y cuya capacidad de prevenir y tratar oportunamente a los pacientes genera problemas muy severos de discontinuidad de los servicios. En efecto mientras solo 1 de cada 2 colombianos asiste a una consulta de prevención al año, la tasa de hospitalización anual es de cerca del 10%, más del doble de la tasa de hospitalización de México o Brasil (Ruiz y Zapata, 2017).

A lo anterior hay que agregar los efectos de la transición demográfica y epidemiológica que muestra cómo el 83% de la carga de enfermedad corresponde a enfermedad crónica (Rodríguez, 2015). El manejo de la enfermedad crónica requiere intervenciones de largo plazo con alta demanda de medicamentos costosos y alto gasto. La continuidad del servicio es crítica para mantener a la población libre de riesgo y efectuar el adecuado manejo de la enfermedad crónica requiere de servicios primarios altamente resolutivos y programas asistenciales que permitan estandarizar las atenciones, mantener controlada la enfermedad a costos razonables.

Lo anterior es suficiente para, además de medidas orientadas a mejorar la relación entre los actores encargados de la prestación del servicio, se

deben tomar medidas que acerquen efectivamente el Sistema al paciente y garanticen el ejercicio pleno del derecho a la salud.

En este sentido el concepto de Modelo de Atención Primaria con enfoque territorial y familiar a través de redes, ha venido adquiriendo relevancia como el modelo de Atención Primaria a desarrollar en Colombia. Este modelo busca garantizar una atención en salud con equidad, centrada en las personas, con estándares de oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad e incorporando las necesidades propias de cada territorio.

Se trata de un modelo que orienta el sistema hacia la prevención, incrementando la capacidad de resolución del nivel básico de servicios al plantear un esquema regulado de atención por equipos de talento humano bajo el liderazgo de un médico con formación en medicina familiar. Estos Médicos familiares adecuadamente entrenados con acceso a otros profesionales de la salud y equipos de telemedicina, estarían capacitados para atender la gran mayoría de los pacientes con diabetes, así como más del 70% de las patologías, integrando la prevención a un costo mucho menor con mayor oportunidad y continuidad en la atención, que ha sido propuesto como un sistema moderno aplicado en Inglaterra, Holanda y Canadá, con resultados excelentes (Ruiz, 2018, p. 13)²⁰.

Uno de los aspectos centrales para la aplicación de este modelo es la implantación de un sistema de gestión integral del riesgo en salud, como requisito a poseer por toda EPS que opere en el territorio nacional. Con este sistema cada asegurador debe ser capaz de monitorear el riesgo de los pacientes a nivel individual, identificando riesgos individuales, hacer seguimiento de intervenciones y sus efectos, así como para el seguimiento de pacientes en programas de enfermedad crónica y enfermedades huérfanas, identificar su adherencia al tratamiento, así como la evaluación de la calidad y oportunidad en la atención por parte de los prestadores primarios y complementarios en el manejo agudo y crónico de la enfermedad y la ejecución de pruebas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

○ Dichos sistemas de información y monitoreo del riesgo individual de los pacientes deberán estar integrados en el marco del Sistema Único Interoperable.

El Modelo de Atención Primaria con enfoque territorial y familiar a través de redes surge como herramienta que favorece al mejoramiento de la

prestación del servicio al usuario y a la sostenibilidad del sistema, pues al brindar una asistencia primaria integral desde el primer nivel, descongestiona los otros niveles de complejidad que son saturados por los usuarios al no encontrar solución a su problema en el primer nivel de atención. Evidencia de lo anterior se puede apreciar en la ocupación de los niveles de atención hospitalaria, donde el primer nivel de atención no alcanza el 40%, mientras que los otros niveles superan el 78%, teniendo el segundo nivel una ocupación por encima de 97% y 91% el tercer nivel, en el período 2007-2012. (Ministerio de Salud, 2016).

Redes integradas

Dicho sistema implica el establecimiento de las redes integradas de servicios que pueden contribuir de manera sustancial a reducir el uso de los servicios de emergencia (más costosos) como puerta de entrada al sistema, reduciendo las hospitalizaciones evitables, y previniendo la aparición de enfermedades crónicas y sus complicaciones. (Gutiérrez, 2018, p. 10).

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

Con respecto al proceso de habilitación de las RIPSS se encuentra consignado en la Resolución 1441 de 2016 y establece que las EPS deben realizar una autoevaluación a partir de los estándares y el manual de habilitación para que después de hecha la autoevaluación, la entidad departamental o distrital de salud, en un término de sesenta (60) días, analice y verifique el cumplimiento de los estándares y criterios de entrada para habilitación, dando así su visto bueno ante Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud.

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

Frente a esto y enmarcado en el Modelo de Atención Integral Territorial, se busca que el proceso de habilitación de las redes se caracterice por ser corresponsabilidad del Ministerio de Salud y los entes territorial quienes se basarán en los

²⁰ Ruiz, Fernando, Zapata, Teana, Garavito, Liz. 2013. “Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003-2008.” *Pan American Journal of Public Health* 33 (2):107-15.

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

requerimientos del Plan de Beneficios, la situación de salud del territorio según el Análisis de Situación de Salud (ASIS) del territorio, la caracterización propia de las aseguradoras y las prioridades del Plan Territorial de Salud. De esta forma se busca mejorar las condiciones de salud de la población a través de acciones coordinadas entre los agentes del sistema y la población, bajo el liderazgo del departamento o del distrito, que identifica prioridades y se operativiza a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios.

Modelo de atención diferenciado

Uno de los retos del Modelo de Atención Primaria con enfoque territorial y familiar a través de redes es la adecuación de la oferta de servicios en las zonas de alta ruralidad, en donde la mayor parte de los proveedores son públicos y tienen muy bajo nivel resolutivo. En este aspecto, para la dotación y adecuación de los centros que proveerán la atención primaria integrada, se requieren de unos recursos que las entidades territoriales hoy no tienen y el Gobierno nacional tampoco (Gutiérrez, 2018). Por lo tanto se propone la posibilidad de extender u operar redes a través de alianzas público-privadas en zonas donde los aseguradores disponibles en el momento, no ven incentivos para operar.

A su vez se propone implantar zonas o áreas especiales de aseguramiento en las que de acuerdo a una caracterización previa del Ministerio de Salud, se integren áreas de confluencia departamental, afinidad demográfica y/o de necesidades en salud, de forma tal que se cree una red única intraterritorial que garantice la integralidad de la atención. Por ejemplo el Magdalena Medio.

Estrechamente vinculado con la anterior, es necesario apostarle a que en zonas territoriales alejadas o de alta dispersión geográfica de la población, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, se instalen modelos diferenciados de aseguramiento con una única EPS.

La experiencia de Guainía trae resultados alentadores. Cuando comenzó a implementarse el MIAS, 2 de cada 10 habitantes tenían acceso a una consulta al año en salud, hoy es 6 por cada 10 y aumentó capacidad resolutiva y disminuyeron las remisiones totales de 956 en 2014, 648 en 2015, a 480 tras un año del MIAS y un 45% de las remisiones se resolvieron en Infrida. (DNP, 2017)²¹.

La instalación y aplicación efectiva del Modelo de Atención Primaria con enfoque territorial y familiar a través de redes, además de solucionar algunos problemas de atención a los usuarios, puede ser también útil en el objetivo de alcanzar la sostenibilidad financiera del sistema. Un estudio de la OECD para la Comisión Europea analizó el crecimiento esperado del gasto en salud para los

países miembros, y simulando el efecto de una mejora en la salud de la población, encuentra que un incremento del 50% en la proporción de años que las personas pasan en buen estado de salud, reduce el gasto en salud en 2 puntos porcentuales del PIB. Es decir, si el Modelo de Atención Primaria con enfoque territorial y familiar logra que los usuarios pasen la mitad del tiempo de enfermedad y discapacidad, se podría contar con ingresos adicionales equivalentes por lo menos a un punto del PIB y hasta dos, logrando hacer frente a la absorción tecnológica y cambios poblacionales. De hecho el este Modelo de Atención tiene el potencial de reducir las solicitudes por servicios incluidos en el Plan de Beneficios por vía judicial, puesto que al mejor la continuidad y oportunidad del servicio, los ciudadanos ya no deben recurrir a la tutela (Gutiérrez, 2018, p. 18-19).

Sistema Interoperable de Información en Salud

La aplicación de un Modelo de Atención Primaria con enfoque de redes hace necesario la utilización de un Sistema de Información Único para el Sistema de Salud en el que se encuentren los Administradores de los Planes de Beneficios, los Prestadores de Salud y que contenga información relacionada con su estado de cartera, la adquisición de tecnología y el costo de esta, así como la historia clínica del paciente.

Con la centralización e interoperabilidad de la información concerniente a la gestión del riesgo en salud se eliminarían trámites como las autorizaciones, se corregirían procesos como el fraccionamiento de la historia clínica del paciente, lo que tiene implicaciones en la continuidad e integralidad del tratamiento en salud. A su vez la centralización de información relacionada con cartera y procesos de compra puede tener efectos positivos en el entendimiento de las partes con cuentas médicas por servicios prestados. Además de esto, al hacer pública la información sobre los procesos de compra, se van generando precios de referencia que evitarían abusos o irregularidades en estos procesos a lo largo del país.

Se trata no solo de tener información de los recursos devengados y aplicados en cumplimiento en el Sistema, sino que se trata de hacer transparente el comportamiento de los aseguradores y prestadores, y su estado real de su cartera.

Sí bien es cierto que la Ley 1966 de 2019 avanzó en la operación de Sistemas de Información para el sector salud, concibió de manera aislada un Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial, y por otro lado un Registro de Contratación de Servicios y Tecnologías de Salud y más adelante plantea la obligación de generar factura electrónica por parte de todos los prestadores de salud. Estas medidas, sin un enfoque de interoperabilidad, generarían dispersión informativa o incluso duplicidad de esta, lo que tendría efectos inmediatos sobre las relaciones entre los actores y sobre la prestación del servicio.

²¹ DNP. Evaluación de procesos y resultados de la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) en el Guainía https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Sinergia/Documentos/Evaluacion_Modelo_Integral_Atencion_Salud_MIAS_Guainia%20_informe.pdf.

Recurso humano en salud

Otra arista esencial del Sistema de Salud es la formación del talento humano, tema en el cual Colombia también presenta falencias. La formación de médicos generales y especialistas en Colombia se encuentra regulada por el Gobierno nacional a través de sus Ministerios de Educación y de Salud y Protección Social, quienes son los encargados de que los programas ofertados cumplan con ciertos parámetros de calidad y establecen varios requisitos a cumplir por parte de las universidades y que puedan ofertar cupos en las especialidades de medicina. (Montoya, 2016)²².

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

Esta situación es problemática toda vez que independiente del modelo de organización y funcionamiento de los sistemas de salud, el talento humano es el pilar de este, pues, es a través de su acción que se garantiza el acceso y calidad del servicio y se materializa el derecho a la salud. (Ministerio de Salud, 2013).

Esta situación no es ajena a Colombia, donde varios estudios (Cendex) han señalado un déficit en gran parte de los recursos humanos en salud, especialmente en las especialidades médicas. Al comparar con la experiencia internacional, de acuerdo a datos del Banco Mundial (9) se observa el retraso de Colombia en materia de talento humano. En nuestro país, por cada 1000 habitantes hay 1,47 médicos, mientras que en países como Cuba (7,5), Alemania (4,12), Argentina (4,03), España (3,8), Estados Unidos (2,5) y México (2,5), esta proporción es mayor.

Los resultados iniciales del Registro de Talento Humano en salud indican que de los 113.000 médicos en ejercicio, solamente 25.000 son especializados, lo cual indica un severo déficit para un sistema cuya resolutivez está basada en la infraestructura hospitalaria (Minsalud, 2018). Fallas en la regulación de la educación superior e inequidades en el acceso a las residencias médicas son factores críticos que derivan en mayores problemas en la calidad, oportunidad y continuidad de los servicios de salud.

Tanto en los programas de pregrado como en los programas de especialización, se ha dado un aumento continuo pero con caídas en el número de graduados desde 2008 hasta 2014 (Ascofame, 2015). No obstante, hay una relación de casi 3 o

4 médicos generales que se gradúan anualmente frente a un especialista. El resultado es que en el Sistema de Salud haya una gran cantidad de médicos generales con baja capacidad resolutivez que genera un volumen elevado de consultas a pocos médicos especialistas.

No obstante, a pesar de dicha normatividad, en Colombia no se ha podido consolidar un sistema de residencias médicas que satisfaga los intereses de todos los actores implicados. Según el último informe del Observatorio de Talento Humano, se observa un déficit de 16.000 especialistas que corresponden a 4.743 médicos especialistas de ramas quirúrgicas, 10.552 a especializaciones médicas y 266 a las diagnósticas.

En este sentido, al revisar la normatividad colombiana se observa una configuración jurídica que propicia la limitación de cupos. La Ley 100 de 1993 en su artículo 247 señala que desarrollar programas de pregrado o posgrado en el área de salud que impliquen formación en el campo asistencial, las instituciones de educación superior deberán contar con un centro de salud propio o formalizar convenios docente-asistenciales con instituciones de salud que cumplan con los tres niveles de atención médica, según la complejidad del programa, para poder realizar las prácticas de formación.

Se observa como requisito para la formación en el posgrado que las IES cuenten con un centro de salud propio y en los casos que no sea posible se habla de convenios docente-asistenciales que se darían entre las Instituciones de Educación Superior y las instituciones de salud que cumplan con los tres niveles de atención médica. Además, pone como requerimiento que los cupos estarán determinados por la capacidad que tengan los centros de salud, dejando a disposición de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) la oferta de los cupos.

La definición y alcance de la relación servicio-docencia se puede encontrar en el Decreto 2376 de 2010. Este decreto en su artículo 8° en su párrafo faculta a las IES e IPS para que definan “los parámetros para establecer el número de estudiantes que en cumplimiento de la relación docente asistencial se incorporen en los diferentes programas educativos, con arreglo a disposiciones del Gobierno nacional”. A su vez en el artículo 14 se plantea que “cada institución que actúa como escenario de práctica definirá su número máximo de cupos, siguiendo los criterios que para tal fin establezca la Comisión Intersectorial de Talento Humano en Salud”.

En este orden de ideas, y de acuerdo a Ochoa (2018)²³ se puede afirmar que las universidades para poder ofertar cupos dependen de sus propias

²² Montoya, F. (2016). Ofertas de Cupos para Especialidades Médicas en Colombia. Estudios de Mercado. Superintendencia de Industria y Comercio.

²³ Ochoa, L. (2018). Análisis sobre la Cantidad de Especialistas en el Sistema de Salud Colombiano y la Incidencia de los Cupos de Residencia Médica sobre estos. Universidad del Rosario. URL: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/18305/OchoaZuluaga-Luis%20Fernando-2018%20.pdf?sequence=1>.

decisiones. Sin embargo, los cupos dependen en gran medida de la existencia de una IPS propia de las IES, en donde sus estudiantes puedan hacer sus prácticas; y son dichas IPS, teniendo en cuenta los criterios establecidos por los Ministerios en la normatividad explicada, quienes deciden la cantidad máxima de cupos que pueden ofrecer.

A esto se le añade el poder decisorio de los especialistas al interior de las IES y las IPS donde se realizan las prácticas formativas. Sobre esto, Cantor (2012) demuestra, con base en un modelo derivado de la teoría de la política de la competencia, cómo el número de cupos de especialización médicas es definido por los propios médicos o por las Sociedades Médicas, cuyo propósito es mantener sus niveles de ingresos elevados. (Cantor 2012; Ochoa, 2018).

Con base en la anterior problemática, este proyecto de ley busca para mejorar la calidad y cantidad del talento humano en salud, promover un Estudio Nacional de Disponibilidad del Talento Humano en Salud de forma que se diagnostique el déficit o superávit de especialistas médicos y con base en eso se promuevan los cupos de residencia a ofertar por parte de las universidades, a quienes se les deben dar incentivos por abrir estas plazas en aras de mantener la autonomía universitaria.

Para democratizar el acceso a los cupos y medir la calidad promedio de nuestros médicos generales, es necesario implantar un Examen Único Nacional para el ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina. Los puntajes de este examen serían definidos de forma conjunta por el Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, la Asociación de Sociedades Científicas y las Asociaciones Colombianas de Facultades de Medicina.

En la misma línea de los cupos de residencia, es necesario un acuerdo entre Estado, IES y centros formativos, en que se revisen los programas y currículos de los posgrados que se ofrezcan y se determine la cantidad mínima de los cupos de posgrado que deberían ofertar las IES e instituciones con las cuales se establezcan los convenios de docencia-servicio. En este aspecto lo que se busca es ofrecer incentivos para el establecimiento de compromisos de formación de especialistas de acuerdo con los resultados del Estudio Nacional de Disponibilidad del Talento Humano en Salud, con base en la identificación de necesidades por especialidad y territorio.

Asu vez, la actual situación de las denominaciones de especialidades médicas en el país, donde en el momento existen casi 200 denominaciones de especialidades médicas que se corresponden con un número de perfiles profesionales muy inferior, hace que sea necesario un proceso de estandarización de Denominaciones de especialidades médicas, pues además de la dispersión semántica para un mismo perfil profesional, se generan también problemas en la habilitación de servicios pues ciertas prácticas perversas de mercado llevan a exigencias de

reconocimiento documental de la subespecialidad para favorecer a ciertos especialistas.

Al comparar dicha situación con la realidad de otros países se observa que por ejemplo en Estados Unidos, las especialidades no superan las 50 titulaciones y en la Unión Europea no son más de 30 y en vez de llamarse subespecialistas se les denomina expertos en un área específica (mano, de diabetes, etc.)²⁴.

Por último se propone la realización de Programas de Formación y Actualización de competencias en medicina general, revalorizando su rol en el Sistema y aumentando su capacidad resolutoria y estímulos académicos y de investigación para médicos generales y especialistas que presten sus servicios en zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso.

Inspección de vigilancia y medidas anti evasión

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

A propósito del rol del Estado, en lo que respecta la inspección, control y vigilancia es necesario ejercer la capacidad sancionatoria de la Superintendencia de Salud quien ha sido laxa ante la operación deficitaria de la mayoría de estas entidades por muchos años, sin aplicar la ley en plenitud ante la evidencia de inviabilidad e insolvencia, lo que hubiera ameritado el cierre de un mayor número de EPS o la suspensión de sus actividades y reubicación de usuarios. Se terminaron heredando enormes pérdidas financieras para proveedores, trabajadores, profesionales, etc. Son varias las EPS en liquidación en la actualidad y las pérdidas financieras que han dejado, incalculables, en especial en aquellas en donde la intervención de la SNS fue tardía. (Ruiz, 2018, p. 68-69).

La Inspección, Vigilancia y Control (IVC) del derecho a la salud y del propio SGSSS se constituyen en elementos básicos de fortalecimiento de los elementos esenciales que materializan la prestación oportuna y con calidad de los servicios de salud y ahora tras la expedición de la Ley 1949, y las medidas acá contempladas, se espera una acción de vigilancia más amplia y una capacidad sancionatoria más fuerte. Esto se puede lograr mediante el funcionamiento efectivo e intersectorial del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud creado por la Ley 1949 de 2019. En este aspecto se requiere un papel más activo de la

²⁴ Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia. Documento de Recomendaciones para la Transformación de la Educación Médica En Colombia. URL: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/recomendaciones-comision-para-la-transformacion.pdf>

Superintendencia de Industria y Comercio en la revisión de la competencia del sector, así como a la Superfinanciera y Supersociedades para el seguimiento a la admiración del riesgo financiero.

Mediante el actuar mancomunado de estas “CIAS” además de incentivar la competencia se fortalece la lucha contra la corrupción en el sector y se garantiza el uso transparente de los recursos públicos.

La evasión de los pagos de aportes a Seguridad Social es un tema relevante pues afecta la sostenibilidad del sistema en dos formas pues deja de recibir recursos de personas con capacidad de

hacerlo pero reciben servicios de salud. Entre las causas del no pago o pago inexacto, se encuentran elementos de percepción de carencias en materia de pensiones o precarios e intangibles beneficios de salud, pues no son incentivos adecuados para fortalecer afianzar el cumplimiento tributario. (CEPAL, 2014).

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

4. PLIEGO DE MODIFICACIONES

Texto original Proyecto de ley número 116	Texto propuesto para primer debate	Justificación
<p>Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en aras de garantizar el derecho a la salud a toda la población, materializando el Estado Social de Derecho y centrando el sistema alrededor del paciente, todo de acuerdo a los lineamientos de la Ley 1751 -Estatutaria de Salud y su definición de Sistema de Salud. Con ese fin se fortalecen los requisitos habilitación de los aseguradores en salud en aras de lograr mejores resultados en salud, se articula un modelo de prestación de servicios cuya base es la atención primaria, se refuerza la cantidad y calidad del talento humano en salud, se dictan medidas para el manejo de la información, se dictan medidas de inspección, vigilancia y control y se dictan otras disposiciones orientadas a lograr la sostenibilidad del Sistema y el reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos.</p>	<p>Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en aras de garantizar el derecho a la salud a toda la población, materializando el Estado Social de Derecho y centrando el sistema alrededor del paciente <u>usuario</u>, todo de acuerdo a los lineamientos de la Ley 1751 -Estatutaria de Salud y su definición de Sistema de Salud. Con ese fin se fortalecen los requisitos habilitación de los aseguradores en salud en aras de lograr mejores resultados en salud, se articula un modelo de prestación de servicios cuya base es la atención primaria, se refuerza la cantidad y calidad del talento humano en salud, se dictan medidas para el manejo de la información, se dictan medidas de inspección, vigilancia y control y se dictan otras disposiciones orientadas a lograr la sostenibilidad del Sistema y el reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos.</p>	<p>Se hace un cambio en esta denominación pues “usuario” hace referencia a la persona sana mientras que paciente a un episodio de enfermedad. Al ser el centro del sistema la salud y no la enfermedad, se escoge este último término.</p>
<p>Artículo 2°. Ámbito de aplicación. El Gobierno nacional, los Entes Territoriales y todas las Empresas Promotoras de Salud, deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, a través de acuerdos con Prestadores de Servicios de Salud y Alianzas Público-Privadas. Las EPS ofrecerán un Plan de Beneficios, preservando los atributos de continuidad, longitudinalidad, integralidad, y adscripción individual y familiar a los equipos básicos de salud y redes integrales de servicios</p>	<p>Sin modificaciones</p>	
<p>Artículo 3°. Características del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El artículo 156 de la Ley 100 de 1993, quedará así: Para efectos de garantizar el derecho fundamental a la salud, el Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características: a) El Gobierno nacional dirigirá, orientará y regulará, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, el Sistema</p>	<p>Artículo 3°. Características del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El artículo 156 de la Ley 100 de 1993, quedará así: Para efectos de garantizar el derecho fundamental a la salud, el Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características: a) El Gobierno nacional dirigirá, orientará y regulará, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, el Sistema</p>	<p>Se ajusta la redacción en el punto de humanización, precisando su intención y alcance. Se corrige error de mecanografía en el literal (i)</p>

Texto original Proyecto de ley número 116	Texto propuesto para primer debate	Justificación
<p>General de Seguridad Social en Salud. La inspección, vigilancia y control estará a cargo de las Entidades Territoriales, la Superintendencia Nacional de Salud y demás entidades del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud;</p> <p>b) Estará articulado con los sectores de ambiente, transporte, educación, cultura entre otros, partiendo de los determinantes sociales de la salud, de conformidad con el artículo 20 de la Ley 1751 de 2015;</p> <p>c) La humanización dentro de la garantía de la prestación de los servicios de salud la cual se define como el contacto con el usuario a través de una comunicación clara y efectiva dentro de un trato respetuoso, garantista y digno, acorde con el concepto de dignidad humana;</p> <p>d) Todos los residentes en Colombia deberán estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado dependiendo si es o no cotizante al sistema;</p> <p>e) Todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud recibirán un Plan de Beneficios en Salud que será determinado por el Ministerio de Salud y Protección Social;</p> <p>f) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y las funciones propias del aseguramiento en salud, así como la garantía de la prestación de los servicios a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) debidamente habilitadas;</p> <p>g) Por cada persona afiliada y beneficiaria, la Entidad Promotora de Salud recibirá una Unidad de Pago por Capitación (UPC) que será establecida periódicamente, bajo las condiciones que el Ministerio de Salud y Protección Social y obedeciendo a criterios de calidad en la atención;</p> <p>h) Los afiliados elegirán la Entidad Promotora de Salud y la Institución prestadora de servicios de salud, dentro de la oferta disponible, según las normas de habilitación y de acuerdo con el modelo de atención que se defina para cada territorio;</p> <p>i) Los afiliados podrán conformar alianzas o asociaciones de usuarios que los representarán ante las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con el fin de participar en las decisiones del sistema. (Ampliar capacidad de incidencia);</p> <p>j) Las Instituciones Prestadoras de Salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud;</p>	<p>General de Seguridad Social en Salud. La inspección, vigilancia y control estará a cargo de las Entidades Territoriales, la Superintendencia Nacional de Salud y demás entidades del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud;</p> <p>b) Estará articulado con los sectores de ambiente, transporte, educación, cultura entre otros, partiendo de los determinantes sociales de la salud, de conformidad con el artículo 20 de la Ley 1751 de 2015;</p> <p>c) La humanización dentro de la garantía de la prestación de los servicios de salud, la cual se define <u>Esto es</u>, el contacto con el usuario a través de una comunicación clara y efectiva dentro de un trato respetuoso, garantista y digno, acorde con el concepto de dignidad humana.</p> <p>d) Todos los residentes en Colombia deberán estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado dependiendo si es o no cotizante al sistema;</p> <p>e) Todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud recibirán un Plan de Beneficios en Salud que será determinado por el Ministerio de Salud y Protección Social;</p> <p>f) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y las funciones propias del aseguramiento en salud, así como la garantía de la prestación de los servicios a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) debidamente habilitadas;</p> <p>g) Por cada persona afiliada y beneficiaria, la Entidad Promotora de Salud recibirá una Unidad de Pago por Capitación (UPC) que será establecida periódicamente, bajo las condiciones que el Ministerio de Salud y Protección Social y obedeciendo a criterios de calidad en la atención;</p> <p>h) Los afiliados elegirán la Entidad Promotora de Salud y la Institución prestadora de servicios de salud, dentro de la oferta disponible, según las normas de habilitación y de acuerdo con el modelo de atención que se defina para cada territorio;</p> <p>i) Los afiliados podrán conformar alianzas o asociaciones de usuarios que los representarán ante las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con el fin de participar en las decisiones del sistema. (Ampliar capacidad de incidencia);</p> <p>j) Las Instituciones Prestadoras de Salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud;</p>	

Texto original Proyecto de ley número 116	Texto propuesto para primer debate	Justificación
<p>k) Las entidades territoriales en coordinación con las EPS e IPS garantizarán el acceso al servicio de salud de todas aquellas personas residentes que no estén afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y es obligación de estas entidades, proceder a los trámites correspondientes para garantizar la afiliación de manera inmediata al sistema;</p> <p>l) Desde el aseguramiento del riesgo, pasando por la operación de redes, hasta la prestación del servicio de salud, tendrá como principio la territorialización, esto es, el reconocimiento de las distintas interacciones que se dan entre las personas y comunidades con sus espacios geográficos más allá de las fronteras físicas;</p> <p>m) La diferencia en la prestación económica relacionada con la licencia de maternidad entre el régimen contributivo y régimen subsidiado se cerrará de manera progresiva en un periodo de 5 años hasta que la población del régimen subsidiado tenga el mismo beneficio, en los términos que define el Ministerio de Salud y Protección Social;</p> <p>n) Todos los trámites administrativos y burocráticos serán asumidas por los encargados o intervinientes en la prestación del servicio y no podrán ser trasladados al usuario.</p>	<p>k) Las entidades territoriales en coordinación con las EPS e IPS garantizarán el acceso al servicio de salud de todas aquellas personas residentes que no estén afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y es obligación de estas entidades, proceder a los trámites correspondientes para garantizar la afiliación de manera inmediata al sistema;</p> <p>l) Desde el aseguramiento del riesgo, pasando por la operación de redes, hasta la prestación del servicio de salud, tendrá como principio la territorialización, esto es, el reconocimiento de las distintas interacciones que se dan entre las personas y comunidades con sus espacios geográficos más allá de las fronteras físicas;</p> <p>m) La diferencia en la prestación económica relacionada con la licencia de maternidad entre el régimen contributivo y régimen subsidiado se cerrará de manera progresiva en un periodo de 5 años hasta que la población del régimen subsidiado tenga el mismo beneficio, en los términos que define el Ministerio de Salud y Protección Social;</p> <p>n) Todos los trámites administrativos y burocráticos serán asumidas por los encargados o intervinientes en la prestación del servicio y no podrán ser trasladados al usuario.</p>	
<p>Capítulo I Disposiciones Generales</p>	Sin modificaciones	
<p>Artículo 4°. Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), públicas, privadas o mixtas, cumplirán con las funciones propias al aseguramiento social en salud señaladas en el presente capítulo, podrán operar simultáneamente los regímenes contributivo y subsidiado y funcionarán en las áreas del territorio colombiano definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	Sin modificaciones	
<p>Artículo 5°. Transitorio. Plan de Estabilización y Fortalecimiento del Aseguramiento en Salud. Todas las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y Contributivo deberán presentar un Plan de Fortalecimiento Patrimonial y Desarrollo Operacional a la Superintendencia Nacional de Salud y la Superfinanciera donde detallen las acciones de la entidad para alcanzar los estándares de calidad financiera y técnica dispuestos en la norma sin perjuicio del cumplimiento de lo dispuesto en la presente ley.</p> <p>Este Plan de Estabilización y Fortalecimiento del Aseguramiento en Salud, será condición para la habilitación y permanencia del funcionamiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p>	Sin modificaciones	

Texto original Proyecto de ley número 116	Texto propuesto para primer debate	Justificación
<p>Artículo 6°. Transitorio. Depuración del aseguramiento. Con base en el Análisis del Plan de Estabilización y Fortalecimiento del Aseguramiento en Salud, la Superintendencia Nacional de Salud diseñará e implantará en un tiempo inferior a 6 meses, un programa progresivo de depuración del aseguramiento, que un lapso no superior a 1 año, tomará medidas de intervención progresiva hasta retirar la habilitación de aquellas EPS cuyos estados financieros y patrimoniales son deficitarios y cuyas poblaciones muestren riesgo elevado o deficiencias en la atención. La población de los aseguradores que pierdan su habilitación será distribuida entre las EPS que mantengan condiciones adecuadas para su habilitación y permanencia de acuerdo con los plazos y metas definidas y monitoreadas por la Superintendencia Nacional de Salud y demás entidades del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud.</p>	<p>Artículo 6°. Transitorio. Depuración del aseguramiento. Con base en el Análisis del Plan de Estabilización y Fortalecimiento del Aseguramiento en Salud, la Superintendencia Nacional de Salud diseñará e implantará en un tiempo inferior a 6 meses, un programa progresivo de depuración del aseguramiento, que un lapso no superior a 1 año, tomará medidas de intervención progresiva hasta retirar la habilitación de aquellas EPS cuyos estados financieros y patrimoniales son deficitarios y cuyas poblaciones muestren riesgo elevado o deficiencias en la atención.</p> <p>Parágrafo 1°. La población de los aseguradores que pierdan su habilitación será distribuida entre las EPS que mantengan condiciones adecuadas para su habilitación y permanencia de acuerdo con los plazos y metas definidas y monitoreadas por la Superintendencia Nacional de Salud y demás entidades del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud.</p> <p>Parágrafo 2°. Durante este programa progresivo de depuración del aseguramiento, el Gobierno nacional podrá adicionar una prima compensatoria a la UPC para así reducir los posibles desequilibrios por las asimetrías en salud de los usuarios que se trasladan de las EPS depuradas hacia las EPS aptas para operar en el SGSSS.</p>	<p>Se organiza el artículo dándole carácter de párrafo a un párrafo de este, de forma que sea más clara su interpretación y aplicación.</p> <p>Se adiciona un segundo párrafo para darle la posibilidad al Gobierno nacional de tomar medidas de compensación ante posibles desborde de la siniestralidad de la UPC de las EPS con buenos resultados financieros y de prestación, pero que ante el traslado de poblaciones poco saludables o enfermas, ven afectado su operación. Tal como ha pasado en algunos procesos de liquidación.</p>
<p>Artículo 7°. Definición de tamaños mínimos de operación de aseguramiento. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá tamaños mínimos de operación para las EPS resultantes del proceso de depuración y las que posteriormente entren en vigencia, a partir del número de afiliados a nivel nacional y territorial. Las EPS que no obtengan el tamaño mínimo de operación podrán fusionarse con otros o ceder sus poblaciones a otras EPS una vez vencidos los plazos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y bajo la supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Parágrafo 1°. Sin perjuicio de lo anterior, los afiliados tendrán, con base en la oferta de aseguradores resultantes, derecho a elegir la EPS y la red de prestadores a la que serán trasladados.</p>	<p>Artículo 7°. Definición de tamaños mínimos de operación de aseguramiento. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá tamaños mínimos de operación para las EPS resultantes del proceso de depuración y las que posteriormente entren en vigencia, a partir del número de afiliados a nivel nacional y territorial. Las EPS que no obtengan el tamaño mínimo de operación podrán fusionarse con otros o ceder sus poblaciones a otras EPS <u>de acuerdo con los procedimientos y una vez vencidos los</u> plazos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y bajo la supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud.</p> <p>Parágrafo 1°. Sin perjuicio de lo anterior, los afiliados tendrán, con base en la oferta de aseguradores resultantes, derecho a elegir la EPS y la red de prestadores a la que serán trasladados.</p>	<p>Se mejora la redacción</p>

Texto original Proyecto de ley número 116	Texto propuesto para primer debate	Justificación
<p>Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá criterios de tamaños mínimos de operación a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.</p>	<p>Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá <u>los</u> criterios <u>para el cálculo</u> de los tamaños mínimos de operación, a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.</p>	
<p>Artículo 8°. <i>Sistema de Gestión Integral del Riesgo en Salud.</i> Toda EPS que opere en el territorio nacional, deberá contar con un sistema de información y monitoreo del riesgo de los pacientes a nivel individual con capacidad para identificar riesgos individuales, hacer seguimiento de intervenciones y sus efectos, en un lapso no inferior a 2 años a la entrada en vigencia de la presente ley.</p> <p>Parágrafo 1°. Las EPS que después de la entrada en vigencia de la presente ley soliciten habilitación para operar en el aseguramiento en salud, deberán contar con un Sistema de gestión integral del riesgo en salud con capacidad para identificar riesgos individuales, hacer seguimiento de intervenciones y sus efectos.</p> <p>Parágrafo 2°. También deberá acreditar la capacidad para el seguimiento de pacientes en programas de enfermedad crónica y enfermedades huérfanas, identificar su adherencia al tratamiento, así como la evaluación de la calidad y oportunidad en la atención por parte de los prestadores primarios y complementarios en el manejo agudo y crónico de la enfermedad y la ejecución de pruebas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos.</p> <p>Parágrafo 3°. Dichos sistemas de información y monitoreo del riesgo individual de los pacientes se integrarán en el marco del Sistema Único Interoperable de Información en Salud al que hace referencia el Capítulo 7 de la presente ley.</p>	<p>Artículo 8°. <i>Sistema de Gestión Integral del Riesgo en Salud.</i> Toda EPS que opere en el territorio nacional, deberá contar con un sistema de información y monitoreo del riesgo de los pacientes a nivel individual con capacidad para identificar riesgos individuales, hacer seguimiento de intervenciones y sus efectos, en un lapso no inferior a 2 años a la entrada en vigencia de la presente ley.</p> <p>Parágrafo 1°. Las EPS que después de la entrada en vigencia de la presente ley soliciten habilitación para operar en el aseguramiento en salud, deberán contar con un Sistema de gestión integral del riesgo en salud con capacidad para identificar riesgos individuales, hacer seguimiento de intervenciones y sus efectos.</p> <p>Parágrafo 2°. También deberá acreditar la capacidad para el seguimiento de pacientes en programas de enfermedad crónica y enfermedades huérfanas, identificar su adherencia al tratamiento, así como la evaluación de la calidad y oportunidad en la atención por parte de los prestadores primarios y complementarios en el manejo agudo y crónico de la enfermedad y la ejecución de pruebas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos.</p> <p>Parágrafo 3°. Dichos sistemas de información y monitoreo del riesgo individual de los pacientes se integrarán en el marco del Sistema Único Interoperable de Información en Salud al que hace referencia el Capítulo <u>4</u> de la presente ley.</p>	<p>Se ajusta un error de mecanografía.</p>
<p>Artículo 9°. <i>Habilitación.</i> Las nuevas Entidades que soliciten ser habilitadas como Entidades Promotoras de Salud deberán acreditar ante la Superintendencia Nacional de Salud, los siguientes requisitos mínimos:</p> <p>Tener personería jurídica reconocida por el Estado.</p> <p>Tener, dentro de su objeto social, el desarrollo de las funciones del aseguramiento social en salud.</p> <p>Tener un capital social o fondo social mínimo que garantice la viabilidad económica y financiera de la Entidad el cual será acreditado anualmente junto con su margen de solvencia.</p> <p>Disponer de una organización financiera, técnico administrativa y tecnológica científica que permita:</p> <p>Conocer las características socioeconómicas y determinantes de salud de la población a afiliar y del estado de salud individual de sus afiliados y de su grupo familiar.</p>	<p>Artículo 9°. <i>Habilitación.</i> Las nuevas Entidades que soliciten ser habilitadas como Entidades Promotoras de Salud deberán acreditar ante la Superintendencia Nacional de Salud, los siguientes requisitos mínimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener personería jurídica reconocida por el Estado. • Tener, dentro de su objeto social, el desarrollo de las funciones del aseguramiento social en salud. • Tener un capital social o fondo social mínimo que garantice la viabilidad económica y financiera de la Entidad el cual será acreditado anualmente junto con su margen de solvencia. • Disponer de una organización financiera, técnico administrativa y tecnológica científica que permita: • Conocer las características socioeconómicas y determinantes de salud de la población a afiliar y del estado de salud individual de sus afiliados y de su grupo familiar. 	<p>Se modifica este artículo en relación al 10 dándole fuerza de requisito de habilitación y no de buena práctica, al hecho de tener capital para situaciones imprevistas, situación que a la fecha no pasa en la mayoría de las EPS a pesar de ser un requisito de habilitación establecido en el Decreto 2702 de 2014</p>

Texto original Proyecto de ley número 116	Texto propuesto para primer debate	Justificación
<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar por parte de las Instituciones y Profesionales prestadores de los servicios de salud que conforman su red, la prestación de los servicios de salud en condiciones de calidad y trato humanizado al usuario. • Evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos de acuerdo a indicadores del Ministerio de Salud. <p>Presentar un modelo de Gobierno Corporativo y un código de conducta. Contar con una política explícita de humanización de la atención Iniciar su operación con un número mínimo de afiliados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar por parte de las Instituciones y Profesionales prestadores de los servicios de salud que conforman su red, la prestación de los servicios de salud en condiciones de calidad y trato humanizado al usuario. • Evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos de acuerdo a indicadores del Ministerio de Salud. • <u>Garantizar reservas técnicas que soporten situaciones imprevistas.</u> • Presentar un modelo de Gobierno Corporativo y un código de conducta. Contar con una política explícita de humanización de la atención • Iniciar su operación con un número mínimo de afiliados. 	
<p>Artículo 10. Buenas Prácticas del Aseguramiento en Salud. Se consideran buenas prácticas de aseguramiento social en salud por parte de las Entidades Promotoras de Salud, todas aquellas que estén encaminadas a garantizar la calidad en la atención y satisfacción de sus afiliados. Se consideran buenas prácticas -sin ser las únicas- las siguientes: Contar con buenas prácticas de gobierno corporativo estructurado, articulado, comprometido y enfocado en la garantía de la calidad de la prestación de los servicios de salud, en el marco de una eficiencia económica, técnica y de competitividad. Disponer de un sistema de información interoperable de los procesos de aseguramiento, de prestación de servicios de salud, de la gestión financiera, de la evaluación de calidad y de satisfacción del usuario, de tal manera que exista información de la situación de la entidad a tiempo y adecuada para la toma oportuna de decisiones. Se deberá garantizar la actualización permanentemente de dicha información. Contar con capacidad técnica para la administración eficiente y eficaz de los recursos financieros del Sistema de Seguridad Social en Salud para el cumplimiento y pago oportuno de todas sus obligaciones. Garantizar reservas técnicas que soporten situaciones imprevistas. Dirigir toda su actividad hacia el afiliado, el paciente y su familia por medio del Sistema de gestión integral del riesgo en salud. Disponer de procesos de evaluación interna y externa, en procura del mejoramiento continuo. Monitorear y reducir, el nivel de tutelas y quejas frente a la prestación del servicio. Presentar óptimos resultados en salud acorde con los parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>Artículo 10. Buenas Prácticas del Aseguramiento en Salud. Se consideran buenas prácticas de aseguramiento social en salud por parte de las Entidades Promotoras de Salud, todas aquellas que estén encaminadas a garantizar la calidad en la atención y satisfacción de sus afiliados. Se consideran buenas prácticas -sin ser las únicas- las siguientes: Contar con buenas prácticas de gobierno corporativo estructurado, articulado, comprometido y enfocado en la garantía de la calidad de la prestación de los servicios de salud, en el marco de una eficiencia económica, técnica y de competitividad. Disponer de un sistema de información interoperable de los procesos de aseguramiento, de prestación de servicios de salud, de la gestión financiera, de la evaluación de calidad y de satisfacción del usuario, de tal manera que exista información de la situación de la entidad a tiempo y adecuada para la toma oportuna de decisiones. Se deberá garantizar la actualización permanentemente de dicha información. Contar con capacidad técnica para la administración eficiente y eficaz de los recursos financieros del Sistema de Seguridad Social en Salud para el cumplimiento y pago oportuno de todas sus obligaciones. Garantizar reservas técnicas que soporten situaciones imprevistas. Dirigir toda su actividad hacia el afiliado, el paciente y su familia por medio del Sistema de gestión integral del riesgo en salud. Disponer de procesos de evaluación interna y externa, en procura del mejoramiento continuo. Monitorear y reducir, el nivel de tutelas y quejas frente a la prestación del servicio. Presentar óptimos resultados en salud acorde con los parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>Modificación de acuerdo a lo expuesto en el artículo 9°</p>

Texto original Proyecto de ley número 116	Texto propuesto para primer debate	Justificación
Parágrafo 1°. El Gobierno nacional regulará lo relativo a las buenas prácticas de aseguramiento social en salud.	Parágrafo 1°. El Gobierno nacional regulará lo relativo a las buenas prácticas de aseguramiento social en salud.	
<p>Artículo 11. <i>Requisitos de permanencia y buenas prácticas en el Aseguramiento Social en Salud.</i> Una vez habilitada y autorizada la entrada en funcionamiento de la EPS, esta habilitación tendrá una vigencia inicial de un (1) año contado a partir de su expedición por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Una vez cumplido dicho lapso de tiempo, la EPS deberá acreditar una serie de buenas prácticas del aseguramiento en salud, definidas en la presente ley. Si la evaluación es satisfactoria, la autorización de funcionamiento será renovada por periodos de tres (3) años. Si la evaluación realizada es insatisfactoria, la Superintendencia Nacional de Salud expedirá un certificado provisional con vigencia de un (1) año el cual estará condicionado por un plan de mejoramiento y viabilización propuesto por la EPS y que deberá ser aprobado por el Gobierno nacional. En aras de hacer seguimiento al plan de mejoramiento y viabilización, la Superintendencia Nacional de Salud realizará visitas cada tres (3) meses a la Entidad Promotora de Salud. Parágrafo. En caso de que la EPS no presente el plan de mejoramiento, este sea inviabilizado o el seguimiento del plan sea insatisfactorio, la Superintendencia Nacional de Salud adoptará las medidas que considere pertinentes, priorizando la revocatoria de autorización.</p>	Sin modificaciones	
<p>Artículo 12. <i>Procedimiento de evaluación de buenas prácticas de aseguramiento social en salud.</i> Para efectos de lo previsto en el artículo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud en conjunto con las demás entidades del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud al que hace referencia la Ley 1966 de 2019, diseñará mecanismos para la evaluación de las buenas prácticas que se realizará tras el primer año de funcionamiento de la EPS. Sin perjuicio de lo anterior, estos mecanismos de evaluación se realizarán anualmente y previo agotamiento del debido proceso, la Superintendencia de Salud determinará si la EPS puede continuar operando en el Sistema de Seguridad Social en Salud. Dentro del procedimiento de evaluación de las buenas prácticas de aseguramiento social en Salud, la Superintendencia Nacional de Salud podrá adoptar, cuando las circunstancias así lo ameritan y debidamente motivada, medidas cautelares, de inmediato cumplimiento, respecto de las Entidades Promotoras de Salud que evalúe, las cuales podrán consistir en:</p>	Sin modificaciones	

Texto original Proyecto de ley número 116	Texto propuesto para primer debate	Justificación
<p>8.1 Prohibición de nuevas afiliaciones. 8.2 Prohibición del manejo de la Unidad de Pago por Capitación. 8.3 Determinación de giro directo a prestadores a través de ADRES. 8.4 Prohibición de desarrollo de integración vertical en el porcentaje permitido. 8.5 Revocatoria de habilitación de funcionamiento. La medida cautelar podrá ser modificada o revocada en cualquier estado del procedimiento de evaluación, de oficio o a petición de parte, cuando fueron superados los hechos que la motivaron, o si es necesario variarla para que se cumpla su objetivo, según el caso.</p>		
<p>Artículo 13. Territorialización del sistema de aseguramiento. De acuerdo a una caracterización previa del Ministerio de Salud y Protección Social, algunas zonas del territorio nacional serán organizadas mediante la integración de áreas de confluencia departamental, afinidad demográfica y/o de necesidades en salud, de forma tal que se cree una red única intraterritorial que garantice la integralidad de la atención. Dichas zonas se denominarán Áreas Territoriales de Aseguramiento (ATS).</p>	<p>Sin modificaciones</p>	
<p>Artículo 14. Aseguramiento y prestación del servicio de salud en zonas de alta dispersión geográfica. En zonas territoriales alejadas o de alta dispersión geográfica de la población, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, podrá operar una sola EPS. En el caso de que se decida prestar el servicio a través de un único Asegurador este será seleccionado mediante un proceso objetivo adelantado por el Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud y el o los entes territoriales correspondientes a la zona, en donde se tendrán en cuenta las condiciones técnicas y económicas para su funcionamiento.</p>	<p>Sin modificaciones</p>	
<p>Artículo 15. Unidad de Pago por Capitación (UPC). A partir de la entrada en vigencia de la presente ley, la UPC por cada usuario será reconocida a las EPS a través de un mecanismo de pago compuesto por un componente fijo por paciente y otro componente variable con base en el cumplimiento de indicadores de mejora en la salud de sus afiliados, desempeño financiero y satisfacción al paciente, que serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre la base que le suministre la Superintendencia de Salud. Parágrafo 1°. Los indicadores como mínimo deberán enfocarse en el logro de metas o resultados esperados y en actividades consideradas prioritarias, obligatorias o de interés en salud pública; en el mejoramiento de la calidad de la atención, la experiencia y satisfacción del usuario; y en la adecuada gestión de los recursos.</p>	<p>Sin modificaciones</p>	

Texto original Proyecto de ley número 116	Texto propuesto para primer debate	Justificación
<p>Parágrafo 2°. El valor del incremento de la UPC se verá reflejado en las modificaciones e incrementos a los contratos que celebren las EPS con los prestadores de servicios.</p> <p>Parágrafo 3°. Sin perjuicio de lo anterior, el incremento de la UPC deberá reflejarse en la remuneración salarial y en los contratos que el talento humano celebre con las respectivas Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS).</p>		
<p>Artículo 16. Integración Vertical. Las Entidades Promotoras de Salud que se habiliten con posterioridad a la vigencia de la presente ley, no podrán prestar servicios de salud directamente a sus afiliados. La garantía de la prestación de servicios de salud se hará a través de contratación con Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), públicas, mixtas o privadas, o con profesionales independientes debidamente habilitados. Tampoco se permitirá la integración vertical u horizontal, directa o indirecta entre EPS, IPS y proveedores de medicamentos y dispositivos médicos.</p> <p>Las Entidades Promotoras de Salud que cuenten con integración vertical al momento de entrada en vigencia de la presente norma, tendrán un plazo de tres años para reducir el porcentaje del gasto en servicios de salud que la EPS realiza a través de sus propias IPS a un 10%.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá excepcionalmente autorizar integración vertical en zonas dispersas o de difícil acceso con el único propósito de garantizar la prestación de los servicios de salud.</p>	<p>Artículo 16. Integración Vertical. Las Entidades Promotoras de Salud que se habiliten con posterioridad a la vigencia de la presente ley, no podrán prestar servicios de salud directamente a sus afiliados <u>en niveles diferentes a la atención primaria.</u> <u>En el nivel primario de atención la integración vertical podrá llegar hasta el 10%</u></p> <p>La garantía de la prestación de servicios de salud se hará a través de contratación con Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), públicas, mixtas o privadas, o con profesionales independientes debidamente habilitados. Tampoco se permitirá la integración vertical u horizontal, directa o indirecta entre EPS, IPS y proveedores de medicamentos y dispositivos médicos.</p> <p>Las Entidades Promotoras de Salud que cuenten con integración vertical <u>en niveles de atención distintos al primario</u> al momento de entrada en vigencia de la presente norma, tendrán un plazo de tres años para reducir el porcentaje del gasto en servicios de salud que la EPS realiza a través de sus propias IPS a un 10%.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá excepcionalmente autorizar integración vertical en zonas dispersas o de difícil acceso con el único propósito de garantizar la prestación de los servicios de salud.</p>	<p>La atención primaria en salud debe ser articulada al interior de la EPS, no desarticulada, con el ánimo de fortalecer los programas de Promoción de Salud y Prevención de la enfermedad. Por lo tanto se reformula el sentido del artículo al prohibir la integración vertical en otros niveles de complejidad.</p>
<p>Capítulo III Modelo de atención</p>	<p>Sin modificaciones</p>	
<p>Artículo 17. Modelo de Atención. El Sistema de Salud colombiano se sustentará en la atención primaria integral con enfoque territorial y familiar orientado hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.</p> <p>Todo residente estará adscrito a un centro de atención primaria y a un grupo de talento humano en salud bajo el liderazgo de un profesional con formación en salud familiar, que deberá contar con capacidad para promocionar la salud, ejecutar los programas preventivos y atender la mayor parte de las enfermedades y consultas de los pacientes en un ámbito de atención primaria.</p> <p>Parágrafo 1°. Las EPS deberán garantizar en su red de prestación un centro de atención primaria y/o grupo de talen-</p>	<p>Artículo 17. Modelo de Atención. El Sistema de Salud colombiano se sustentará en la atención primaria integral con enfoque territorial y familiar orientado hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.</p> <p>Todo residente estará adscrito a un centro de atención primaria y a un grupo de talento humano en salud bajo el liderazgo de un profesional con formación en salud familiar, que deberá contar con capacidad para promocionar la salud, ejecutar los programas preventivos y atender la mayor parte de las enfermedades y consultas de los pacientes en un ámbito de atención primaria.</p> <p>Parágrafo 1°. Las EPS deberán garantizar en su red de prestación un centro de atención primaria y/o grupo de talen-</p>	<p>Se precisa la redacción y alcance respecto al cambio de medico a cargo del grupo de talento humano al cual se encontrará adscrito el usuario.</p>

Texto original Proyecto de ley número 116	Texto propuesto para primer debate	Justificación
<p>to humano con las características antes mencionadas, cerca al lugar de residencia o trabajo del ciudadano.</p> <p>Parágrafo 2°. En los lugares donde esto no sea posible por razones de acceso, los prestadores primarios deberán contar con equipos de telemedicina y/o equipos móviles de atención para garantizar la prestación del servicio.</p> <p>Parágrafo 3°. Se deberá garantizar la libertad de elección del ciudadano sobre el grupo de talento humano al cual se encuentre adscrito posibilitando el cambio de médico asignado si el ciudadano hace el respectivo requerimiento.</p>	<p>to humano con las características antes mencionadas, cerca al lugar de residencia o trabajo del ciudadano.</p> <p>Parágrafo 2°. En los lugares donde esto no sea posible por razones de acceso, los prestadores primarios deberán contar con equipos de telemedicina y/o equipos móviles de atención para garantizar la prestación del servicio.</p> <p>Parágrafo 3°. Se deberá garantizar la libertad de elección del <u>ciudadano usuario</u> sobre el <u>médico perteneciente al</u> grupo de talento humano al cual se encuentre adscrito posibilitando el cambio de médico asignado si el ciudadano hace el respectivo requerimiento.</p>	
<p>Artículo 18. Marco operacional del Modelo de Atención. El marco operacional del Modelo de Atención es un Modelo de Acción Integral Territorial que consiste en una estrategia de gestión para mejorar las condiciones de salud de la población a través de acciones coordinadas entre los agentes del sistema y la población, bajo el liderazgo del departamento o del distrito, que identifica prioridades y se operativiza a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios. Establece las herramientas (planes, programas, proyectos, normas y documentos técnicos) para garantizar la implementación de la Política de Atención Integral en Salud y la implementación de las acciones territoriales integrales.</p>	<p>Sin modificaciones.</p>	
<p>Artículo 19. Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud. Por cada ente territorial y ATS se adoptará una Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud que contemple todas las acciones promocionales, preventivas, acciones de tamizaje ampliado e intervenciones de alta externalidad que sean adoptadas para el control del riesgo primario de enfermedad.</p> <p>Parágrafo. Los prestadores de atención primaria como componentes de la red serán los responsables del manejo de los programas preventivo-asistenciales y de proveer todos los servicios, procedimientos y tecnologías de nivel ambulatorio, incluyendo las terapias y medicamentos para tratamientos ambulatorios.</p>	<p>Sin modificaciones.</p>	
<p>Artículo 20. Atención Integral en Red. Cada EPS deberá garantizar una red integral de prestación de servicios de salud definida en los Entes Territoriales y las Áreas Territoriales de Aseguramiento (ATS) que se creen. Dicha red deberá ser habilitada por parte de la Superintendencia Nacional de Salud previo visto bueno del Ministerio de Salud y los respectivos Entes Territoriales.</p> <p>Parágrafo. La inspección, vigilancia y control de las redes integrales estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud y los entes territoriales.</p>	<p>Sin modificaciones.</p>	

Texto original Proyecto de ley número 116	Texto propuesto para primer debate	Justificación
<p>Artículo 21. <i>Requerimiento para Redes Integrales de Atención.</i> El Ministerio de Salud, los entes territoriales y las Áreas Territoriales de Aseguramiento (ATS), según sea el caso, serán corresponsables en la definición de los requerimientos de las redes integrales de servicio de salud, las cuales deberán consolidarse para una población específica y su conformación se sustentará en los requerimientos del Plan de Beneficios, la situación de salud del territorio según el Análisis de Situación de Salud (ASIS) del territorio, la caracterización propia de las aseguradoras y las prioridades del Plan Territorial de Salud.</p> <p>El Ministerio de Salud y los Entes Territoriales definirán los estándares mínimos de infraestructura mínima de atención primaria y complementaria que debe tener cada red para operar en la red municipal o departamental.</p> <p>Parágrafo 1°. La prestación del servicio en las redes estará a cargo de las EPS quienes conformarán su red para cada ente territorial y área territorial de aseguramiento (ATS) y contratarán las Instituciones Prestadoras de Servicio (IPS), públicas, privadas o mixtas, para la atención al usuario y garantizar las prestaciones individuales en cada ámbito territorial en el que sean habilitadas para su operación, con base en los requerimientos dispuestos en este artículo.</p> <p>Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios, condiciones de habilitación y sus respectivos mecanismos de verificación de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud.</p>	Sin modificación.	
<p>Artículo 22. <i>Actualización en línea de la información sobre prestadores de la red de servicios.</i> A partir de la plataforma tecnológica que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, la persona podrá identificar y verificar en línea el prestador al cual se encuentra adscrito, así como el conjunto de prestadores de servicios de salud (IPS) que conforman la red integral de atención y que garantizan su derecho a la salud.</p> <p>Parágrafo. Es responsabilidad de las EPS mantener permanentemente actualizada y vigente dicha información. Las fallas en la actualización afectarán directamente su permanencia en el SGSS tal como se establece en el artículo 10 de la presente ley.</p>	Sin modificación.	
<p>Artículo 23. <i>Agrupador Único Nacional.</i> El Ministerio de Salud y Protección Social definirá o adoptará un Agrupador Único Nacional con capacidad de integrar procedimientos a partir de diagnósticos en episodios de atención para el manejo hospitalario de la enfermedad y los procedimientos quirúrgicos provistos en el ámbito hospitalario.</p>	Sin modificación.	

Texto original Proyecto de ley número 116	Texto propuesto para primer debate	Justificación
<p>Parágrafo. Este agrupador será utilizado para la evaluación integral de la gestión clínica y la estandarización de los mecanismos prospectivos de pago alrededor del manejo de enfermedad y procedimientos quirúrgicos entre las EPS y las Prestadoras (IPS).</p>		
<p>Artículo 24. Proceso de referencia y contrarreferencia. La responsabilidad de la gestión en el sistema de referencia es de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces. Cuando una Entidad Promotora de Servicios de Salud no haya logrado conseguir una cama hospitalaria dentro de su red de prestadores y la condición clínica del paciente amerite su traslado inmediato, el centro regulador de urgencias de la entidad territorial departamental o distrital asumirá la competencia del sistema de referencia del paciente e informará a la Entidad Promotora de Salud, la institución prestadora de servicios de salud a la que será remitido el paciente y coordinará todo lo correspondiente al traslado del paciente.</p> <p>La Institución Prestadora de Servicios de Salud receptora facturará a la Entidad Promotora de Salud con las tarifas vigentes de existir convenio o a tarifas SOAT de no existir este y dicho valor será cancelado por la ADRES a la Institución Prestadora de Servicios de Salud, descontando a la EPS correspondiente del giro de compensación en un plazo máximo de 90 días, durante los cuales la EPS podrá realizar la gestión de auditoría correspondiente.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los mecanismos para la implementación del proceso de facturación y pago.</p>	Sin modificaciones	
<p>Artículo 25. Pago de la Atención de Urgencias. El reconocimiento económico de la atención de urgencias es responsabilidad de cada Entidad Promotora de Salud a la cual esté afiliado el usuario. Para este fin, el pago de las urgencias clasificadas como triage IV y V o sus equivalentes, será girado directamente por la ADRES. La Institución Prestadora de Servicios de Salud facturará a la Entidad Promotora de Salud con las tarifas vigentes si existe convenio o a tarifas SOAT de no existir convenio. ADRES descontará a la Entidad Promotora de Salud del giro de compensación dichos valores en un plazo máximo de 90 días, durante los cuales la Entidad Promotora de Salud podrá realizar la gestión de auditoría correspondiente.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los mecanismos para la implementación del proceso de facturación y pago.</p>	Sin modificaciones	

Texto original Proyecto de ley número 116	Texto propuesto para primer debate	Justificación
<p>Artículo 26. Sistema de traslado y transporte de pacientes. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará a más tardar en doce (12) meses el sistema de traslado y transporte de pacientes, con el fin de garantizar la oportunidad y calidad en la prestación del servicio de salud.</p>	Sin modificación.	
<p>Artículo 27. Fortalecimiento de Hospitales Públicos en Redes Integrales de Atención. Será responsabilidad de los departamentos la coordinación operativa y complementariedad de los hospitales públicos que hagan parte de las redes integrales de atención, correspondientes a sus áreas territoriales de referencia. Para el efecto deberán presentar en un plazo no mayor a un año el Plan de Fortalecimiento de su red hospitalaria. Este plan incluirá la complementación entre hospitales para la prestación de servicios de manera integral en el marco de la red de atención. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará los instrumentos para el Plan y brindará la asistencia técnica para su ejecución.</p>	Sin modificación.	
<p>Artículo 28. Política Nacional de Alianzas Público Privadas en Salud. El Estado podrá realizar Alianzas Público-Privadas para la construcción, adecuación y dotación de la infraestructura física y administrativa que complementen las redes de atención y garantice la prestación oportuna del derecho a la salud. La administración de estos nuevos centros y redes podrá estar a cargo de la Alianza Público Privada. El Ministerio de Salud presentará la Política Pública Nacional de Alianzas Públicas Privadas en Salud, contados 6 meses a partir de la vigencia de esta ley y que será sustentada ante las Comisiones Séptimas del Congreso de la República.</p> <p>Parágrafo. El manejo de los recursos de las Alianzas Público Privadas atenderá el marco legal de la contratación entre empresas privadas vigente.</p>	Sin modificación.	
<p style="text-align: center;">CAPÍTULO IV Sistema Interoperable de Información en Salud</p>	Sin modificación	
<p>Artículo 29. Sistema Único Interoperable de Información del Sistema de Salud. El Gobierno nacional a través de sus Ministerios de Salud y de Tecnologías y Comunicaciones, usando la infraestructura tecnológica existente y/o la que desarrolle, habilitará un sistema único e interoperable que permita el flujo de información entre los distintos actores del Sistema de Salud, facilite los trámites entre ellos y haga transparentes las interacciones entre los actores del sistema y que incluirá información como la historia clínica electrónica, la información financiera y asistencial y de contratación de servicios y tecnologías de salud.</p>	Sin modificación	

Texto original Proyecto de ley número 116	Texto propuesto para primer debate	Justificación
<p>El Ministerio de Salud formulará en un plazo no mayor a 6 meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, un plan para la interoperabilidad del sistema que será socializado por parte de los actores y será insumo para la estandarización de la información que hará parte del Sistema Único</p>		
<p>Artículo 30. Consejo para la Interoperabilidad del Sistema de Información del Sistema de Salud. Créase el Consejo para la Interoperabilidad del Sistema de Información del Sistema de Salud el cual establecerá la estructura de gobierno, procesos y procedimientos para el manejo interoperable y descentralizado de datos y las relaciones entre sus agentes.</p> <p>Este Consejo estará conformado por: Ministro de Salud y Protección Social o su representante. Ministro de Tecnologías de la Información y Comunicaciones o su representante. Un representante de los Aseguradores (EPS). Un representante de los Prestadores de servicios (IPS). Un representante de los usuarios. Un representante de los productores de <i>software</i> y aplicativos Un representante de las facultades universitarias de sistemas y datos.</p>	<p>Artículo 30. Consejo para la Interoperabilidad del Sistema de Información del Sistema de Salud. Créase el Consejo para la Interoperabilidad del Sistema de Información del Sistema de Salud el cual establecerá la estructura de gobierno, procesos y procedimientos para el manejo interoperable y descentralizado de datos y las relaciones entre sus agentes.</p> <p>Este Consejo estará conformado por: Ministro de Salud y Protección Social o su representante Ministro de Tecnologías de la Información y Comunicaciones o su representante Un representante de los Aseguradores (EPS) Un representante de los Prestadores de servicios (IPS) Un representante de los usuarios Un representante de los productores de <i>software</i> y aplicativos Un representante de las facultades universitarias de sistemas y datos. <u>Un representante de la Academia Nacional de Medicina.</u></p>	<p>Se adiciona la facultad nacional de medicina pues son los médicos quienes en su día a día interactuarán con y a través de este Sistema Interoperable.</p>
<p>Artículo 31. Obligatoriedad de integrarse al Sistema Único Interoperable de Información del Sistema de Salud. Todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán integrarse de manera obligatoria al sistema interoperable en un plazo y condiciones definidas por parte del Ministerio de Salud y el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.</p>	<p>Sin modificaciones</p>	
<p>Artículo 32. Interoperabilidad de los servicios de urgencias en el ámbito territorial. El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, expedirán la reglamentación que permitirá a los servicios de urgencias integrar los protocolos de comunicación e intercambio de pacientes e información en el ámbito de los municipios y departamentos y Áreas Territoriales de Aseguramiento (ATS).</p> <p>Parágrafo. Los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias deben extender su coordinación en el ámbito local para incluir todos los servicios habilitados de urgencias que operen en el municipio y departamento.</p>	<p>Sin modificaciones</p>	

Texto original Proyecto de ley número 116	Texto propuesto para primer debate	Justificación
<p>Artículo 33. Repositorios de información y manejo de grandes datos. El sistema interoperable debe determinar repositorios y procesos que permitan el manejo de información anonimizada para procesos de analítica y gestión del riesgo.</p> <p>Parágrafo. Los Ministerios de Salud y Protección Social y de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (MinTic) definirán los mecanismos para que los ciudadanos dentro de las normas de Hábeas Data y protección de datos puedan autorizar el uso de sus datos contenidos en el Sistema, para fines de investigación, gestión integral de riesgo y analítica.</p>	Sin modificaciones	
<p style="text-align: center;">CAPÍTULO V Recurso Humano en Salud</p>	Sin modificaciones	
<p>Artículo 34. Estudio Nacional de Disponibilidad del Talento Humano en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional, en un plazo no mayor a un año a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, deberán realizar un Estudio Nacional de Disponibilidad del Talento Humano en Salud donde se analice a nivel departamental y por áreas de referencia territorial la disponibilidad y necesidades de recursos humanos profesionales y de especialistas médicos, con una periodicidad de 5 años.</p> <p>Este estudio será referencia para la aprobación de registros calificados de programas de posgrado de salud aprobados por el Ministerio de Educación y para la determinación de los cupos de residencias médicas.</p>		
<p>Artículo 35. Examen Único Nacional para el ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina. Para el ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina, será requisito la presentación de un Examen Único Nacional de Ingreso el cual se hará semestralmente y será reglamentado por el Ministerio de Educación y el Icfes.</p> <p>Parágrafo 1°. El Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, la Asociación de Sociedades Científicas y las Asociaciones Colombianas de Facultades de Medicina, definirán los puntajes y rangos para la definición de derechos de preeminencia en la aplicación a especialidades médicas por parte de los aspirantes.</p> <p>Parágrafo 2°. Mediante regulación que expedirán el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social, se asegurará que en el Examen Único Nacional se evalúen prioritariamente los aspectos relacionados con competencias médicas, la salud pública y el perfil epidemiológico de la población colombiana.</p>	Sin modificaciones	

Texto original Proyecto de ley número 116	Texto propuesto para primer debate	Justificación
<p>Artículo 36. Denominaciones de especialidades médicas. El Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo del Ministerio de Educación Nacional y las Sociedad Científicas, definirá las denominaciones de profesiones y especialidades de la salud a ser reconocidas en todo el territorio nacional y que deben ser la base para la apertura de programas académicos en salud.</p> <p>Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social con el Ministerio de Educación definirán un mecanismo para la incorporación de nuevas profesiones y especialidades.</p> <p>Parágrafo 2°. Se garantizará que los programas académicos de especialidades existentes tengan un periodo de tiempo definido para adoptar las nuevas denominaciones que pasarán a ser reconocidas en el territorio nacional, lo que además debe verse reflejado en la titulación a otorgar, de acuerdo con la reglamentación que a este respecto expidan ambos ministerios.</p> <p>Parágrafo 3°. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará en un plazo de un año a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, la certificación de competencias en especialidades médicas para aquellos entrenamientos no conducentes a título.</p>	<p>Sin modificaciones</p>	
<p>Artículo 37. De la formación de especialistas en el área de la salud por parte del Gobierno nacional. El Gobierno nacional, a través del Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, con base en sus capacidades presupuestales, serán los encargados, de la revisión de los programas y currículos de los posgrados que se ofrezcan y determinarán la cantidad mínima de los cupos de posgrado que deberían ofertar las IES e instituciones con las cuales se establezcan los convenios de docencia-servicio.</p>		
<p>Artículo 38. Oferta de programas de especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina. Las Instituciones de Educación Superior que ofrezcan especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio, recibirán incentivos para el establecimiento de compromisos de formación de especialistas de acuerdo con los resultados del Estudio Nacional de Disponibilidad del Talento Humano en Salud, con base en la identificación de necesidades por especialidad y territorio.</p> <p>Parágrafo 1°. El cumplimiento en los compromisos de formación de especialistas será criterio esencial para la prórroga del registro calificado y la acreditación de calidad de las respectivas especialidades.</p>	<p>Sin modificaciones</p>	

Texto original Proyecto de ley número 116	Texto propuesto para primer debate	Justificación
Parágrafo 2°. El Gobierno nacional diseñará los incentivos para las IES y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio.		
Artículo 39. Programa de Formación y Actualización de competencias en medicina general. Se diseñará y ejecutará un Programa Nacional de Formación y Actualización de competencias de medicina general, dirigido a los médicos generales que presten sus servicios en prestadores primarios en todo el territorio nacional. Este programa será diseñado y coordinado por el Ministerio de Salud y Protección Social y tendrá como objetivo la actualización de conocimientos y prácticas ejercidas en la profesión y será de obligatorio cumplimiento por parte de los integrantes del Sistema de Salud.	Sin modificaciones	
Artículo 40. Estímulos para médicos generales y especialistas que presten sus servicios en zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso. Los médicos generales y los especialistas que presten sus servicios en zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso, tendrán derecho a ser prioridad en las convocatorias de investigación y formación académica adelantados por el Gobierno nacional. En el caso de los médicos generales, estos obtendrán puntos adicionales en el Programa Nacional para el ingreso a especialidades clínicas y quirúrgicas en medicina. En el caso de los médicos especialistas tendrán derecho a ser prioridad en las convocatorias de estudios de posgrado e investigación promovidas por el Icetex y Colciencias y obtendrán puntos adicionales en el Programa Nacional para el Ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina, en el caso de acceder a una segunda especialidad. Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los criterios de definición de las zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso. También reglamentarán la oferta de incentivos y los requisitos para su acceso que sean de su competencia. Parágrafo 2°. El Ministerio de Educación, Colciencias e Icetex, con base en sus capacidades técnicas y financieras, reglamentarán la oferta de incentivos.	Artículo 40. Estímulos para médicos generales y especialistas que presten sus servicios en zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso. Los médicos generales y los especialistas que presten sus servicios en zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso, tendrán derecho a ser prioridad en las convocatorias de investigación y formación académica adelantados por el Gobierno nacional. En el caso de los médicos generales, estos obtendrán puntos adicionales en el Programa Nacional para el ingreso a especialidades clínicas y quirúrgicas en medicina: <u>Examen Único Nacional para el ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina.</u> En el caso de los médicos especialistas tendrán derecho a ser prioridad en las convocatorias de estudios de posgrado e investigación promovidas por el Icetex y Colciencias y obtendrán puntos adicionales en el Programa Nacional para el Ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina, en el caso de acceder a una segunda especialidad. Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los criterios de definición de las zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso. También reglamentarán la oferta de incentivos y los requisitos para su acceso que sean de su competencia. Parágrafo 2°. El Ministerio de Educación, Colciencias e Icetex, con base en sus capacidades técnicas y financieras, reglamentarán la oferta de incentivos.	Se ajusta la redacción en torno al Examen Único Nacional para ingreso a especialidades pues el “Programa Nacional para el Ingreso a Especialidades Clínicas y Quirúrgicas en Medicina” no hace parte integral de la presente propuesta legislativa.
CAPÍTULO VI Financiación y Sostenibilidad	Sin modificaciones	
Artículo 41. Fondo de Nuevas tecnologías en Salud. Créase el Fondo de Nuevas Tecnologías en Salud (FONUTS) como una cuenta administrada por la Administradora de los Recursos del	Artículo 41. Fondo de Nuevas tecnologías en Salud. Créase el Fondo de Nuevas Tecnologías en Salud (FONUTS) como una cuenta administrada por la Administradora de los Recursos del	Se adecua la propuesta de FONUTS a lo aprobado en el Plan Nacional de Desarrollo respecto a los techos o presupuesto máximo de recobros que ahora estarán a cargo de la EPS.

Texto original Proyecto de ley número 116	Texto propuesto para primer debate	Justificación
<p>Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) cuyo objeto será el financiamiento de las prestaciones que no se encuentren incluidas en el Plan de Beneficios que se financia con la Unidad de Pago por Capitación. Este fondo no podrá utilizarse para asumir servicios y tecnologías de que tratan los literales a) a f) del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.</p> <p>La ADRES asignará a cada Entidad Promotora de Salud, para su administración, un porcentaje de</p>	<p>Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) cuyo objeto será el <u>la administración y</u> financiamiento de las prestaciones que no se encuentren incluidas en el Plan de Beneficios que se financia con la Unidad de Pago por Capitación, <u>con cargo al techo o presupuesto máximo anual por EPS del que habla el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019.</u></p> <p>Este fondo no podrá utilizarse para asumir servicios y tecnologías de que tratan los literales a) a f) del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.</p> <p>La ADRES asignará a cada Entidad Promotora de Salud, para su administración, un porcentaje de estos recursos en función del número de afiliados para cumplir con el objeto de este Fondo. La administración de estos recursos implica la custodia y vigilancia de que su destinación sea la aquí prevista.</p> <p>El manejo de estos recursos contará una auditoría externa que verificará la consistencia y pertinencia de las prestaciones que se financian con la misma, de acuerdo con la reglamentación que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá el mecanismo de distribución de los recursos del Fondo de nuevas tecnologías en salud, así como los demás elementos que conformen el mismo.</p>	
<p>Artículo 42. Fondo de Garantías del Sector Salud. Créase el Fondo de Garantías de la Salud como una cuenta especial que será administrada por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), cuyo objeto consistirá en otorgar una protección de los estados financieros de las EPS.</p> <p>Los recursos del Fondo de Garantías de la Salud serán la quinta parte del valor que se cancele a la Entidad Promotora de Salud por concepto de administración de los recursos con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.</p> <p>Parágrafo. El funcionamiento del Fondo de Garantías de la Salud será regulado por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>Artículo 42. Fondo de Garantías del Sector Salud. Créase el Fondo de Garantías de la Salud como una cuenta especial que será administrada por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), cuyo objeto consistirá en otorgar una protección de los estados financieros de las EPS <u>de forma que se puedan asumir sus deudas ante situaciones imprevistas, garantizando así el flujo de recursos ante procesos de liquidación o intervención forzosa.</u></p> <p>Los recursos del Fondo de Garantías de la Salud serán la quinta parte del valor que se cancele a la <u>del 5% del valor que recibe</u> la Entidad Promotora de Salud por concepto de administración de los recursos con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.</p> <p>Parágrafo. El funcionamiento del Fondo de Garantías de la Salud será regulado por el Ministerio de Salud y Protección Social.</p>	<p>Se precisa la finalidad del fondo y su porcentaje de financiación de forma que esta figura sea compatible con otras como la de capital mínimo o reservas técnicas.</p>
<p>Artículo 43. Giro Directo. 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</p>	<p>Sin modificaciones.</p>	

Texto original Proyecto de ley número 116	Texto propuesto para primer debate	Justificación
<p>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 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. También se aplicará giro directo de los recursos asociados al pago de los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC para los regímenes contributivo y subsidiado, según lo dispuesto en el presente artículo.</p> <p>Parágrafo 1°. La información de este mecanismo será de consulta pública.</p> <p>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.</p> <p>Parágrafo 3°. Lo dispuesto en el presente artículo en lo referente a los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado comenzará a operar a partir del 1° de enero de 2020.</p>		
<p>Artículo 44. Flujo de recursos. En los ámbitos territoriales con modelo de atención diferenciados cuyas Empresas Sociales del Estado o infraestructura pública sea operada por particulares y que funcionen con base en subsidios a la oferta, el flujo de recursos será directo, sin intermediación financiera y recibirán los pagos por mensualidades anticipadas durante los primeros 10 días hábiles de cada mes, por concepto de los valores resultantes de la contratación con las Entidades Promotoras de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará este giro teniendo en cuenta para el giro siguiente, la modulación por resultados de salud del mes anterior.</p>	Sin modificaciones	
<p>Artículo 45. Nuevas fuentes de financiación. Serán fuentes de financiación las contempladas en la ley así como el recaudo proveniente de los impuestos saludables y los provenientes de la industria del cannabis medicinal. El Gobierno nacional a través del Ministerio de Hacienda y del Ministerio de Salud presentará un informe a las Comisiones Séptimas y Comisiones Económicas Constitucionales del Senado y la Cámara,</p>	<p>Artículo 45. Nuevas fuentes de financiación. Serán fuentes de financiación las contempladas en la ley así como el recaudo proveniente de los impuestos saludables <u>como el impuesto a las bebidas azucaradas, los alimentos ultraprocesados, tabaco y los sistemas electrónicos con o sin dispensación de nicotina y similares</u> y los provenientes de la industria del cannabis medicinal. El Gobierno nacional a través del Ministerio de</p>	Se precisa el concepto de “impuesto saludables”

Texto original Proyecto de ley número 116	Texto propuesto para primer debate	Justificación
<p>en el que explique los efectos de estos impuestos sobre la salud pública y la sostenibilidad del sistema de salud de acuerdo a los lineamientos de la OMS.</p>	<p>Hacienda y del Ministerio de Salud presentará un informe a las Comisiones Séptimas y Comisiones Económicas Constitucionales del Senado y la Cámara, en el que explique los efectos de estos impuestos sobre la salud pública y la sostenibilidad del sistema de salud de acuerdo a los lineamientos de la OMS.</p>	
<p>CAPÍTULO VII Inspección, Vigilancia y Medidas Anti evasivas</p>	<p>Sin modificaciones</p>	
<p>Artículo 46. Regulación de Conglomerados Empresariales del Sector Salud. La Superintendencia de Salud tendrá a cargo la regulación de las todas las empresas que manejen recursos de la UPC y de sus holdings en lo concerniente al uso de los recursos de la UPC. Definirá los requerimientos de capital y autorizará las inversiones que hagan en otras empresas del sector salud, buscando reducir el riesgo endógeno y su transmisión a lo largo del sector. Parágrafo. El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud expedirán en un plazo no mayor a seis meses la reglamentación correspondiente.</p>	<p>Sin modificaciones</p>	
<p>Artículo 47. Posición dominante. El Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará la reglamentación necesaria para controlar abusos de posición dominante en las diferentes esferas del sistema, con el objetivo de hacer transparente la vinculación, origen y composición de capitales del sector y sus efectos en la competencia.</p>	<p>Sin modificaciones</p>	
<p>Artículo 48. Medidas Antievasión y Elusión. El Ministerio de Salud en coordinación con los entes territoriales, solicitará a la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) información sobre la evasión y elusión y articularán en el sistema de cotización de manera directa la información declarada ante la DIAN con la Planilla Única de Aportes. Parágrafo 1°. Con base en la información suministrada por la UGPP, el Ministerio de Salud, la UGPP y la DIAN, adelantarán medidas persuasivas y sancionatorias de acuerdo a la normatividad vigente. Parágrafo 2°. Los recursos obtenidos por el pago de las sanciones por evasión de los aportes de Seguridad Social, tendrán destinación al ADRES quien los administrará de acuerdo a sus funciones. Parágrafo 3°. El Gobierno nacional a través de los Ministerios de Salud, Trabajo, Tecnologías y las Comunicaciones y la DIAN y la UGPP, adelantarán campañas de publicidad y pedagogía sobre la importancia de realizar los aportes correspondientes así como las sanciones a las que se ven expuestos los infractores.</p>	<p>Sin modificaciones</p>	

Texto original Proyecto de ley número 116	Texto propuesto para primer debate	Justificación
Las entidades competentes se encargarán de la difusión de estas campañas a través de los medios de comunicación y otras tecnologías de la información.		
Artículo 49. Fraude en la afiliación. Cualquier intento de fraude en el proceso de clasificación del Sisbén, con las cuotas moderadoras y/o cotización de aportes al Sistema General de Seguridad Social, por parte de los ciudadanos será considerado como un peculado por apropiación de recursos públicos y será sujeto de las respectivas acciones de reparación sobre los recursos públicos gastados con cargo al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Sin modificaciones	
CAPÍTULO VIII Disposiciones finales	CAPÍTULO VIII <u>Otras Disposiciones finales</u>	Se cambia la expresión pues ahora el capítulo incluye disposiciones relacionadas con política industrial farmacéutica y tecnologías médicas, así como la vigencia.
	Artículo nuevo. Política Farmacéutica Nacional para la producción y acceso a medicamentos. El Gobierno nacional por medio de los Ministerios de Salud, Industria y Comercio, el Invima y otras entidades competentes, adoptará una política pública de producción industrial farmacéutica en Colombia que buscará la promoción y consolidación de la producción de medicamentos y otras tecnologías en salud, que contribuya a los objetivos de las políticas de salud y a los objetivos de desarrollo sostenible, a la sostenibilidad financiera del sistema de salud, al acceso de la población a medicamentos esenciales, a reducir riesgos de desabastecimiento y al bienestar de los pacientes. En la definición de esta política el Gobierno nacional adoptará medidas que incluyan: a) La generación de un entorno regulatorio que promueva la competitividad de Colombia como país industrial farmacéutico de alta calidad. b) La consolidación de autoridades sanitarias eficientes y eficaces en sus procesos de inspección y vigilancia sectorial. c) La eliminación de las asimetrías regulatorias, en temas jurídicos, técnicos o tributarios, que pudieran generar barreras y/o tratos desfavorables para la producción local farmacéutica frente a la de otros países. d) La promoción y la formación del talento humano requerida para una industria de talla mundial. e) La promoción de alianzas entre la industria y la Academia y, cuando proceda, el sector público, para impulsar la investigación, el desarrollo tecnológico y la innovación farmacéutica. f) El impulso a la producción local en medicamentos y tecnologías de salud requeridas en terapias de alto costo y en medicamentos biotecnológicos, incluidos los biosimilares.	

Texto original Proyecto de ley número 116	Texto propuesto para primer debate	Justificación
		<p>Distintos organismos multilaterales como la OMS y la OPS han reconocido la importancia de las industrias locales de producción farmacéutica para el logro de objetivos nacionales de salud. Diversos países como China, India, Corea del Sur, México, Brasil y Argentina, y más recientemente Rusia, Irlanda y Uruguay, han adoptado políticas o estrategias de promoción y/o apoyo para la producción industrial farmacéutica local, como sector estratégico de sus economías y de su proceso de desarrollo.</p> <p>Para el caso nacional fomentar e incentivar la producción local de medicamentos podría fortalecer tanto el mercado nacional, como la inversión extranjera y dinamizar las relaciones entre los actores del sistema, lo cual impactaría de manera positiva al sector salud, el sector trabajo, el sector educación y el sector comercio, en beneficio de la población colombiana y del goce sostenible del Derecho fundamental a la salud.</p>
	<p>Artículo nuevo. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria. El Gobierno nacional fortalecerá las capacidades del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), con el fin de hacer más eficiente procesos de trámites para la evaluación y concesión de registros sanitarios, para productos nuevos como competidores, certificación de plantas productivas y en la aprobación de protocolos de investigación para estudios de bioequivalencia, biodisponibilidad y clínicos.</p>	<p>Las autoridades sanitarias de los principales países centros de producción farmacéutica, tales como la FDA (Food and Drug Administration) Estados Unidos y la EMA (European Medicines Agency) en la Unión Europea así como en los países emergentes como México, Brasil y Argentina, desarrollan su función con una visión balanceada sobre su rol fundamental en la protección sanitaria y su papel como aliado para el desarrollo de un sector farmacéutico alineado con los objetivos macro de la salud.</p> <p>En este sentido, es necesario reformar las capacidades de gestión del Invima como autoridad sanitaria pues, con sus actuaciones técnicas, de vigilancia y control y con la mayor o menor eficiencia en sus procedimientos genera impactos en el desempeño y competitividad del sector farmacéutico.</p> <p>De igual forma es un insumo necesario para el desarrollo y construcción de capacidades nacionales en todos los sectores de la producción farmacéutica en Colombia bajo marcos de competitividad y calidad.</p>
	<p>Artículo nuevo. Investigación clínica en Colombia. El Gobierno nacional actualizará con base en estándares internacionales y cumpliendo con los principios de eficiencia, transparencia y predictibilidad, la reglamentación vigente en materia de investigación clínica con el objetivo de promover a Colombia como líder en el desarrollo de investigaciones clínicas a nivel mundial. Dicho marco normativo deberá cumplir con los más altos estándares éticos y científicos, reduciendo los riesgos potenciales y optimizando las oportunidades de alcanzar un mejor estado de salud para los voluntarios que participan en dichos estudios.</p>	<p>En la actualidad el país va en contravía a la tendencia global. Desde el 2013, el número de estudios en el país se ha reducido en un preocupante 65% pasando de 125 estudios en ese año a solo 43 en el 2017. En países como Dinamarca se desarrollan más de 500 estudios cada año. En Korea de Sur más de 800.</p> <p>El país tiene todas las capacidades y debe aprovechar las ventajas de este sector que significa más de USD \$14.2 mil millones y llegará a casi USD \$22 mil millones al 2021 y de acuerdo a estimaciones el 25.2% de los estudios clínicos se harán en países emergentes en vez del 15.7% actual.</p>

Texto original Proyecto de ley número 116	Texto propuesto para primer debate	Justificación
	<p>Parágrafo 1°. El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud, creará un sistema de información que consolide los datos de investigación clínica en el país en aras de generar intercambio de conocimiento e información relacionada con los avances en la materia.</p> <p>Parágrafo 2°. El Gobierno nacional a través de sus ministerios ajustará la reglamentación en materia de investigación clínica en un lapso no mayor a (6) meses después de la expedición de la presente ley.</p>	Con esta propuesta el país tiene la oportunidad no solo de atraer US\$500 millones en inversión extranjera directa sino de generar intercambio de conocimiento entre científicos extranjeros y nacionales, promover la ciencia, tecnología e innovación (CT&I) avanzada.
<p>Artículo 50. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.</p>	<p>Artículo 50-53: Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.</p>	Se cambia la numeración de acuerdo a la introducción de artículos nuevos.

5. PROPOSICIÓN

Con fundamento en las anteriores consideraciones y en cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley 5ª de 1992, presento ponencia favorable y en consecuencia solicito a los miembros de la Comisión Séptima del Senado, dar primer debate al Proyecto de ley número 117 de 2019 Senado, *por medio del cual se hacen ajustes al Sistema de Salud, se redefinen aspectos de su funcionamiento y se dictan otras disposiciones orientadas a garantizar el derecho a la salud y la sostenibilidad del Sistema.*

Cordialmente,

Fabián Castillo Suárez

6. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE DEL PROYECTO DE LEY NÚMERO 117 DE 2019 SENADO

por medio del cual se hacen ajustes al Sistema de Salud, se redefinen aspectos de su funcionamiento y se dictan otras disposiciones orientadas a garantizar el derecho a la salud y la sostenibilidad del Sistema.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en aras de garantizar el derecho a la salud a toda la población, materializando el Estado Social de Derecho y centrando el sistema alrededor del paciente usuario, todo de acuerdo a los lineamientos de la Ley 1751 -Estatutaria de Salud y su definición de Sistema de Salud. Con ese fin se fortalecen los requisitos habilitación de los aseguradores en salud en aras de lograr mejores resultados en salud, se articula un modelo de prestación de servicios cuya base es la atención primaria, se refuerza la cantidad y calidad del talento humano en salud, se dictan medidas para el manejo de la información, se dictan medidas de inspección, vigilancia y control y se dictan otras disposiciones orientadas a lograr la sostenibilidad del Sistema y el

reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos.

Artículo 2°. *Ámbito de aplicación.* El Gobierno nacional, los Entes Territoriales y todas las Empresas Promotoras de Salud, deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, a través de acuerdos con Prestadores de Servicios de Salud y Alianzas Público-Privadas. Las EPS ofrecerán un Plan de Beneficios, preservando los atributos de continuidad, longitudinalidad, integralidad, y adscripción individual y familiar a los equipos básicos de salud y redes integrales de servicios.

Artículo 3°. *Características del Sistema General de Seguridad Social en Salud.* El artículo 156 de la Ley 100 de 1993, quedará así:

Para efectos de garantizar el derecho fundamental a la salud, el Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características:

- El Gobierno nacional dirigirá, orientará y regulará, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, el Sistema General de Seguridad Social en Salud. La inspección, vigilancia y control estará a cargo de las Entidades Territoriales, la Superintendencia Nacional de Salud y demás entidades del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud;
- Estará articulado con los sectores de ambiente, transporte, educación, cultura entre otros, partiendo de los determinantes sociales de la salud, de conformidad con el artículo 20 de la Ley 1751 de 2015;
- La humanización dentro de la garantía de la prestación de los servicios de salud, la cual se define. Esto es, el contacto con el usuario a través de una comunicación clara y efectiva dentro de un trato respetuoso, garantista y digno, acorde con el concepto de dignidad humana;
- Todos los residentes en Colombia deberán estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través del

- régimen contributivo o del régimen subsidiado dependiendo si es o no cotizante al sistema;
- e) Todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud recibirán un Plan de Beneficios en Salud que será determinado por el Ministerio de Salud y Protección Social;
 - f) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y las funciones propias del aseguramiento en salud, así como la garantía de la prestación de los servicios a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) debidamente habilitadas;
 - g) Por cada persona afiliada y beneficiaria, la Entidad Promotora de Salud recibirá una Unidad de Pago por Capitación (UPC) que será establecida periódicamente, bajo las condiciones que el Ministerio de Salud y Protección Social y obedeciendo a criterios de calidad en la atención;
 - h) Los afiliados elegirán la Entidad Promotora de Salud y la Institución prestadora de servicios de salud, dentro de la oferta disponible, según las normas de habilitación y de acuerdo con el modelo de atención que se defina para cada territorio;
 - i) Los afiliados podrán conformar alianzas o asociaciones de usuarios que los representarán ante las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con el fin de participar en las decisiones del sistema.
 - j) Las Instituciones Prestadoras de Salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud;
 - k) Las entidades territoriales en coordinación con las EPS e IPS garantizarán el acceso al servicio de salud de todas aquellas personas residentes que no estén afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y es obligación de estas entidades, proceder a los trámites correspondientes para garantizar la afiliación de manera inmediata al sistema;
 - l) Desde el aseguramiento del riesgo, pasando por la operación de redes, hasta la prestación del servicio de salud, tendrá como principio la territorialización, esto es, el reconocimiento de las distintas interacciones que se dan entre las personas y comunidades con sus espacios geográficos más allá de las fronteras físicas;
 - m) La diferencia en la prestación económica relacionada con la licencia de maternidad entre el régimen contributivo y régimen subsidiado se cerrará de manera progresiva en un periodo de 5 años hasta que la población del régimen subsidiado tenga el mismo beneficio, en los términos que define el Ministerio de Salud y Protección Social;

- n) Todos los trámites administrativos y burocráticos serán asumidas por los encargados o intervinientes en la prestación del servicio y no podrán ser trasladados al usuario.

CAPÍTULO I

Disposiciones Generales

Artículo 4°. Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), públicas, privadas o mixtas, cumplirán con las funciones propias al aseguramiento social en salud señaladas en el presente capítulo, podrán operar simultáneamente los regímenes contributivo y subsidiado y funcionarán en las áreas del territorio colombiano definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 5°. Transitorio. Plan de Estabilización y Fortalecimiento del Aseguramiento en Salud. Todas las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado y Contributivo deberán presentar un Plan de Fortalecimiento Patrimonial y Desarrollo Operacional a la Superintendencia Nacional de Salud y la Superfinanciera donde detallen las acciones de la entidad para alcanzar los estándares de calidad financiera y técnica dispuestos en la norma sin perjuicio del cumplimiento de lo dispuesto en la presente ley.

Este Plan de Estabilización y Fortalecimiento del Aseguramiento en Salud, será condición para la habilitación y permanencia del funcionamiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 6°. Transitorio. Depuración del aseguramiento. Con base en el Análisis del Plan de Estabilización y Fortalecimiento del Aseguramiento en Salud, la Superintendencia Nacional de Salud diseñará e implantará en un tiempo inferior a 6 meses, un programa progresivo de depuración del aseguramiento, que un lapso no superior a 1 año, tomará medidas de intervención progresiva hasta retirar la habilitación de aquellas EPS cuyos estados financieros y patrimoniales son deficitarios y cuyas poblaciones muestren riesgo elevado o deficiencias en la atención.

Parágrafo 1°. La población de los aseguradores que pierdan su habilitación será distribuida entre las EPS que mantengan condiciones adecuadas para su habilitación y permanencia de acuerdo con los plazos y metas definidas y monitoreadas por la Superintendencia Nacional de Salud y demás entidades del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud.

Parágrafo 2°. Durante este programa progresivo de depuración del aseguramiento, el Gobierno nacional podrá adicionar una prima compensatoria a la UPC para así reducir los posibles desequilibrios por las asimetrías en salud de los usuarios que se trasladan de las EPS depuradas hacia las EPS aptas para operar en el SGSSS.

Artículo 7°. Definición de tamaños mínimos de operación de aseguramiento. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá tamaños mínimos de operación para las EPS resultantes del proceso de depuración y las que posteriormente entren en vigencia, a partir del número de afiliados a nivel

nacional y territorial. Las EPS que no obtengan el tamaño mínimo de operación podrán fusionarse con otros o ceder sus poblaciones a otras EPS de acuerdo con los procedimientos y plazos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y bajo la supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 1°. Sin perjuicio de lo anterior, los afiliados tendrán, con base en la oferta de aseguradores resultantes, derecho a elegir la EPS y la red de prestadores a la que serán trasladados.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios para el cálculo de los tamaños mínimos de operación, a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo 8°. Sistema de Gestión Integral del Riesgo en Salud. Toda EPS que opere en el territorio nacional, deberá contar con un sistema de información y monitoreo del riesgo de los pacientes a nivel individual con capacidad para identificar riesgos individuales, hacer seguimiento de intervenciones y sus efectos, en un lapso no inferior a 2 años a la entrada en vigencia de la presente ley.

Parágrafo 1°. Las EPS que después de la entrada en vigencia de la presente ley soliciten habilitación para operar en el aseguramiento en salud, deberán contar con un Sistema de gestión integral del riesgo en salud con capacidad para identificar riesgos individuales, hacer seguimiento de intervenciones y sus efectos.

Parágrafo 2°. También deberá acreditar la capacidad para el seguimiento de pacientes en programas de enfermedad crónica y enfermedades huérfanas, identificar su adherencia al tratamiento, así como la evaluación de la calidad y oportunidad en la atención por parte de los prestadores primarios y complementarios en el manejo agudo y crónico de la enfermedad y la ejecución de pruebas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Parágrafo 3°. Dichos sistemas de información y monitoreo del riesgo individual de los pacientes se integrarán en el marco del Sistema Único Interoperable de Información en Salud al que hace referencia el Capítulo 4 de la presente ley.

Artículo 9°. Habilitación. Las nuevas Entidades que soliciten ser habilitadas como Entidades Promotoras de Salud deberán acreditar ante la Superintendencia Nacional de Salud, los siguientes requisitos mínimos:

- Tener personería jurídica reconocida por el Estado.
- Tener, dentro de su objeto social, el desarrollo de las funciones del aseguramiento social en salud.
- Tener un capital social o fondo social mínimo que garantice la viabilidad económica y financiera de la Entidad el cual será acreditado anualmente junto con su margen de solvencia.
- Disponer de una organización financiera, técnico administrativa y tecnológica científica que permita:

- Conocer las características socioeconómicas y determinantes de salud de la población a afiliar y del estado de salud individual de sus afiliados y de su grupo familiar.
- Garantizar por parte de las Instituciones y Profesionales prestadores de los servicios de salud que conforman su red, la prestación de los servicios de salud en condiciones de calidad y trato humanizado al usuario.
- Evaluar sistemáticamente la calidad de los servicios ofrecidos de acuerdo a indicadores del Ministerio de Salud.
- Garantizar reservas técnicas que soporten situaciones imprevistas.
- Presentar un modelo de Gobierno Corporativo y un código de conducta.
- Contar con una política explícita de humanización de la atención.
- Iniciar su operación con un número mínimo de afiliados.

Artículo 10. Buenas Prácticas del Aseguramiento en Salud. Se consideran buenas prácticas de aseguramiento social en salud por parte de las Entidades Promotoras de Salud, todas aquellas que estén encaminadas a garantizar la calidad en la atención y satisfacción de sus afiliados. Se consideran buenas prácticas –sin ser las únicas– las siguientes:

Contar con buenas prácticas de gobierno corporativo estructurado, articulado, comprometido y enfocado en la garantía de la calidad de la prestación de los servicios de salud, en el marco de una eficiencia económica, técnica y de competitividad.

Disponer de un sistema de información interoperable de los procesos de aseguramiento, de prestación de servicios de salud, de la gestión financiera, de la evaluación de calidad y de satisfacción del usuario, de tal manera que exista información de la situación de la entidad a tiempo y adecuada para la toma oportuna de decisiones. Se deberá garantizar la actualización permanentemente de dicha información.

Contar con capacidad técnica para la administración eficiente y eficaz de los recursos financieros del Sistema de Seguridad Social en Salud para el cumplimiento y pago oportuno de todas sus obligaciones.

Dirigir toda su actividad hacia el afiliado, el paciente y su familia por medio del Sistema de gestión integral del riesgo en salud.

Disponer de procesos de evaluación interna y externa, en procura del mejoramiento continuo.

Monitorear y reducir, el nivel de tutelas y quejas frente a la prestación del servicio.

Presentar óptimos resultados en salud acorde con los parámetros definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 1°. El Gobierno nacional regulará lo relativo a las buenas prácticas de aseguramiento social en salud.

Artículo 11. Requisitos de permanencia y buenas prácticas en el Aseguramiento Social en Salud. Una vez habilitada y autorizada la entrada en funcionamiento de la EPS, esta habilitación tendrá una vigencia inicial de un (1) año contado a partir de su expedición por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Una vez cumplido dicho lapso de tiempo, la EPS deberá acreditar una serie de buenas prácticas del aseguramiento en salud, definidas en la presente ley. Sí la evaluación es satisfactoria, la autorización de funcionamiento será renovada por periodos de tres (3) años.

Sí la evaluación realizada es insatisfactoria, la Superintendencia Nacional de Salud expedirá un certificado provisional con vigencia de un (1) año el cual estará condicionado por un plan de mejoramiento y viabilización propuesto por la EPS y que deberá ser aprobado por el Gobierno nacional. En aras de hacer seguimiento al plan de mejoramiento y viabilización, la Superintendencia Nacional de Salud realizará visitas cada tres (3) meses a la Entidad Promotora de Salud.

Parágrafo. En caso de que la EPS no presente el plan de mejoramiento, este sea inviabilizado o el seguimiento del plan sea insatisfactorio, la Superintendencia Nacional de Salud adoptará las medidas que considere pertinentes, priorizando la revocatoria de autorización.

Artículo 12. Procedimiento de evaluación de buenas prácticas de aseguramiento social en salud. Para efectos de lo previsto en el artículo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud en conjunto con las demás entidades del Sistema Integrado de Control, Inspección y Vigilancia para el Sector Salud al que hace referencia la Ley 1966 de 2019, diseñará mecanismos para la evaluación de las buenas prácticas que se realizará tras el primer año de funcionamiento de la EPS.

Sin perjuicio de lo anterior, estos mecanismos de evaluación se realizarán anualmente y previo agotamiento del debido proceso, la Superintendencia de Salud determinará si la EPS puede continuar operando en el Sistema de Seguridad Social en Salud.

Dentro del procedimiento de evaluación de las buenas prácticas de aseguramiento social en Salud, la Superintendencia Nacional de Salud podrá adoptar, cuando las circunstancias así lo ameritan y debidamente motivada, medidas cautelares, de inmediato cumplimiento, respecto de las Entidades Promotoras de Salud que evalúe, las cuales podrán consistir en:

- 8.1 Prohibición de nuevas afiliaciones.
- 8.2 Prohibición del manejo de la Unidad de Pago por Capitación.
- 8.3 Determinación de giro directo a prestadores a través de ADRES.
- 8.4 Prohibición de desarrollo de integración vertical en el porcentaje permitido.
- 8.5 Revocatoria de habilitación de funcionamiento.

La medida cautelar podrá ser modificada o revocada en cualquier estado del procedimiento de

evaluación, de oficio o a petición de parte, cuando fueron superados los hechos que la motivaron, o si es necesario variarla para que se cumpla su objetivo, según el caso.

Artículo 13. Territorialización del sistema de aseguramiento. De acuerdo a una caracterización previa del Ministerio de Salud y Protección Social, algunas zonas del territorio nacional serán organizadas mediante la integración de áreas de confluencia departamental, afinidad demográfica y/o de necesidades en salud, de forma tal que se cree una red única intraterritorial que garantice la integralidad de la atención. Dichas zonas se denominarán Áreas Territoriales de Aseguramiento (ATS).

Artículo 14. Aseguramiento y prestación del servicio de salud en zonas de alta dispersión geográfica. En zonas territoriales alejadas o de alta dispersión geográfica de la población, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, podrá operar una sola EPS.

En el caso de que se decida prestar el servicio a través de un único Asegurador este será seleccionado mediante un proceso objetivo adelantado por el Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud y el o los entes territoriales correspondientes a la zona, en donde se tendrán en cuenta las condiciones técnicas y económicas para su funcionamiento.

Artículo 15. Unidad de Pago por Capitación (UPC). A partir de la entrada en vigencia de la presente ley, la UPC por cada usuario será reconocida a las EPS a través de un mecanismo de pago compuesto por un componente fijo por paciente y otro componente variable con base en el cumplimiento de indicadores de mejora en la salud de sus afiliados, desempeño financiero y satisfacción al paciente, que serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre la base que le suministre la Superintendencia de Salud.

Parágrafo 1°. Los indicadores como mínimo deberán enfocarse en el logro de metas o resultados esperados y en actividades consideradas prioritarias, obligatorias o de interés en salud pública; en el mejoramiento de la calidad de la atención, la experiencia y satisfacción del usuario; y en la adecuada gestión de los recursos.

Parágrafo 2°. El valor del incremento de la UPC se verá reflejado en las modificaciones e incrementos a los contratos que celebren las EPS con los prestadores de servicios.

Parágrafo 3°. Sin perjuicio de lo anterior, el incremento de la UPC deberá reflejarse en la remuneración salarial y en los contratos que el talento humano celebre con las respectivas Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS).

Artículo 16. Integración Vertical. Las Entidades Promotoras de Salud que se habiliten con posterioridad a la vigencia de la presente ley, no podrán prestar servicios de salud directamente a sus afiliados en niveles diferentes a la atención primaria.

En el nivel primario de atención la integración vertical podrá llegar hasta el 10%.

La garantía de la prestación de servicios de salud se hará a través de contratación con Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), públicas, mixtas o privadas, o con profesionales independientes debidamente habilitados. Tampoco se permitirá la integración vertical u horizontal, directa o indirecta entre EPS, IPS y proveedores de medicamentos y dispositivos médicos.

Las Entidades Promotoras de Salud que cuenten con integración vertical en niveles de atención distintos al primario al momento de entrada en vigencia de la presente norma, tendrán un plazo de tres años para reducir el porcentaje del gasto en servicios de salud que la EPS realiza a través de sus propias IPS a un 10%.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social podrá excepcionalmente autorizar integración vertical en zonas dispersas o de difícil acceso con el único propósito de garantizar la prestación de los servicios de salud.

CAPÍTULO III

Modelo de atención

Artículo 17. Modelo de Atención. El Sistema de Salud colombiano se sustentará en la atención primaria integral con enfoque territorial y familiar orientado hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Todo residente estará adscrito a un centro de atención primaria y a un grupo de talento humano en salud bajo el liderazgo de un profesional con formación en salud familiar, que deberá contar con capacidad para promocionar la salud, ejecutar los programas preventivos y atender la mayor parte de las enfermedades y consultas de los pacientes en un ámbito de atención primaria.

Parágrafo 1°. Las EPS deberán garantizar en su red de prestación un centro de atención primaria y/o grupo de talento humano con las características antes mencionadas, cerca al lugar de residencia o trabajo del ciudadano.

Parágrafo 2°. En los lugares donde esto no sea posible por razones de acceso, los prestadores primarios deberán contar con equipos de telemedicina y/o equipos móviles de atención para garantizar la prestación del servicio.

Parágrafo 3°. Se deberá garantizar la libertad de elección del usuario sobre el médico perteneciente al grupo de talento humano al cual se encuentre adscrito posibilitando el cambio de médico asignado si el ciudadano hace el respectivo requerimiento.

Artículo 18. Marco operacional del Modelo de Atención. El marco operacional del Modelo de Atención es un Modelo de Acción Integral Territorial que consiste en una estrategia de gestión para mejorar las condiciones de salud de la población a través de acciones coordinadas entre los agentes del sistema y la población, bajo el liderazgo del departamento o del distrito, que identifica prioridades y se operativiza a través de acuerdos interinstitucionales y comunitarios. Establece las herramientas (planes, programas, proyectos, normas y documentos técnicos) para

garantizar la implementación de la Política de Atención Integral en Salud y la implementación de las acciones territoriales integrales.

Artículo 19. Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud. Por cada ente territorial y ATS se adoptará una Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud que contemple todas las acciones promocionales, preventivas, acciones de tamizaje ampliado e intervenciones de alta externalidad que sean adoptadas para el control del riesgo primario de enfermedad.

Parágrafo. Los prestadores de atención primaria como componentes de la red serán los responsables del manejo de los programas preventivo-asistenciales y de proveer todos los servicios, procedimientos y tecnologías de nivel ambulatorio, incluyendo las terapias y medicamentos para tratamientos ambulatorios.

Artículo 20. Atención Integral en Red. Cada EPS deberá garantizar una red integral de prestación de servicios de salud definida en los Entes Territoriales y las Áreas Territoriales de Aseguramiento (ATS) que se creen. Dicha red deberá ser habilitada por parte de la Superintendencia Nacional de Salud previo visto bueno del Ministerio de Salud y los respectivos Entes Territoriales.

Parágrafo. La inspección, vigilancia y control de las redes integrales estará a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud y los entes territoriales.

Artículo 21. Requerimiento para Redes Integrales de Atención. El Ministerio de Salud, los entes territoriales y las Áreas Territoriales de Aseguramiento (ATS), según sea el caso, serán corresponsables en la definición de los requerimientos de las redes integrales de servicio de salud, las cuales deberán consolidarse para una población específica y su conformación se sustentará en los requerimientos del Plan de Beneficios, la situación de salud del territorio según el Análisis de Situación de Salud (ASIS) del territorio, la caracterización propia de las aseguradoras y las prioridades del Plan Territorial de Salud.

El Ministerio de Salud y los Entes Territoriales definirán los estándares mínimos de infraestructura mínima de atención primaria y complementaria que debe tener cada red para operar en la red municipal o departamental.

Parágrafo 1°. La prestación del servicio en las redes estará a cargo de las EPS quienes conformarán su red para cada ente territorial y área territorial de aseguramiento (ATS) y contratarán las Instituciones Prestadoras de Servicio (IPS), públicas, privadas o mixtas, para la atención al usuario y garantizar las prestaciones individuales en cada ámbito territorial en el que sean habilitadas para su operación, con base en los requerimientos dispuestos en este artículo.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá los criterios, condiciones de habilitación y sus respectivos mecanismos de verificación de las Redes de Prestadores de Servicios de Salud.

Artículo 22. Actualización en línea de la información sobre prestadores de la red de servicios.

A partir de la plataforma tecnológica que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, la persona podrá identificar y verificar en línea el prestador al cual se encuentra adscrito, así como el conjunto de prestadores de servicios de salud (IPS) que conforman la red integral de atención y que garantizan su derecho a la salud.

Parágrafo. Es responsabilidad de las EPS mantener permanentemente actualizada y vigente dicha información. Las fallas en la actualización afectarán directamente su permanencia en el SGSS tal como se establece en el artículo 10 de la presente ley.

Artículo 23. Agrupador Único Nacional. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá o adoptará un Agrupador Único Nacional con capacidad de integrar procedimientos a partir de diagnósticos en episodios de atención para el manejo hospitalario de la enfermedad y los procedimientos quirúrgicos provistos en el ámbito hospitalario.

Parágrafo. Este agrupador será utilizado para la evaluación integral de la gestión clínica y la estandarización de los mecanismos prospectivos de pago alrededor del manejo de enfermedad y procedimientos quirúrgicos entre las EPS y las Prestadoras (IPS).

Artículo 24. Proceso de referencia y contrarreferencia. La responsabilidad de la gestión en el sistema de referencia es de las Entidades Promotoras de Salud o quien haga sus veces. Cuando una Entidad Promotora de Servicios de Salud no haya logrado conseguir una cama hospitalaria dentro de su red de prestadores y la condición clínica del paciente amerite su traslado inmediato, el centro regulador de urgencias de la entidad territorial departamental o distrital asumirá la competencia del sistema de referencia del paciente e informará a la Entidad Promotora de Salud, la institución prestadora de servicios de salud a la que será remitido el paciente y coordinará todo lo correspondiente al traslado del paciente.

La Institución Prestadora de Servicios de Salud receptora facturará a la Entidad Promotora de Salud con las tarifas vigentes de existir convenio o a tarifas SOAT de no existir este y dicho valor será cancelado por la ADRES a la Institución Prestadora de Servicios de Salud, descontando a la EPS correspondiente del giro de compensación en un plazo máximo de 90 días, durante los cuales la EPS podrá realizar la gestión de auditoría correspondiente.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los mecanismos para la implementación del proceso de facturación y pago.

Artículo 25. Pago de la Atención de Urgencias. El reconocimiento económico de la atención de urgencias es responsabilidad de cada Entidad Promotora de Salud a la cual esté afiliado el usuario. Para este fin, el pago de las urgencias clasificadas como triage IV y V o sus equivalentes, será girado directamente por la ADRES. La Institución Prestadora de Servicios de

Salud facturará a la Entidad Promotora de Salud con las tarifas vigentes si existe convenio o a tarifas SOAT de no existir convenio. ADRES descontará a la Entidad Promotora de Salud del giro de compensación dichos valores en un plazo máximo de 90 días, durante los cuales la Entidad Promotora de Salud podrá realizar la gestión de auditoría correspondiente.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los mecanismos para la implementación del proceso de facturación y pago.

Artículo 26. Sistema de traslado y transporte de pacientes. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará a más tardar en doce (12) meses el sistema de traslado y transporte de pacientes, con el fin de garantizar la oportunidad y calidad en la prestación del servicio de salud.

Artículo 27. Fortalecimiento de Hospitales Públicos en Redes Integrales de Atención. Será responsabilidad de los departamentos la coordinación operativa y complementariedad de los hospitales públicos que hagan parte de las redes integrales de atención, correspondientes a sus áreas territoriales de referencia.

Para el efecto deberán presentar en un plazo no mayor a un año el Plan de Fortalecimiento de su red hospitalaria. Este plan incluirá la complementación entre hospitales para la prestación de servicios de manera integral en el marco de la red de atención. El Ministerio de Salud y Protección Social diseñará los instrumentos para el Plan y brindará la asistencia técnica para su ejecución.

Artículo 28. Política Nacional de Alianzas Público Privadas en Salud. El Estado podrá realizar Alianzas Público-Privadas para la construcción, adecuación y dotación de la infraestructura física y administrativa que complemente las redes de atención y garantice la prestación oportuna del derecho a la salud. La administración de estos nuevos centros y redes podrá estar a cargo de la Alianza Público Privada.

El Ministerio de Salud presentará la Política Pública Nacional de Alianza Públicas Privadas en Salud, contados 6 meses a partir de la vigencia de esta ley y que será sustentada ante las Comisiones Séptimas del Congreso de la República.

Parágrafo. El manejo de los recursos de las Alianzas Público Privadas atenderá el marco legal de la contratación entre empresas privadas vigente.

CAPÍTULO IV

Sistema Interoperable de Información en Salud

Artículo 29. Sistema Único Interoperable de Información del Sistema de Salud. El Gobierno nacional a través de sus Ministerios de Salud y de Tecnologías y Comunicaciones, usando la infraestructura tecnológica existente y/o la que desarrolle, habilitará un sistema único e interoperable que permita el flujo de información entre los distintos actores del Sistema de Salud, facilite los trámites entre ellos y haga transparentes las interacciones entre los actores del sistema y que incluirá información

como la historia clínica electrónica, la información financiera y asistencial y de contratación de servicios y tecnologías de salud.

El Ministerio de Salud formulará en un plazo no mayor a 6 meses a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, un plan para la interoperabilidad del sistema que será socializado por parte de los actores y será insumo para la estandarización de la información que hará parte del Sistema Único.

Artículo 30. Consejo para la Interoperabilidad del Sistema de Información del Sistema de Salud. Créase el Consejo para la Interoperabilidad del Sistema de Información del Sistema de Salud el cual establecerá la estructura de gobierno, procesos y procedimientos para el manejo interoperable y descentralizado de datos y las relaciones entre sus agentes.

Este Consejo estará conformado por:

Ministro de Salud y Protección Social o su representante

Ministro de Tecnologías de la Información y Comunicaciones o su representante

Un representante de los Aseguradores (EPS)

Un representante de los Prestadores de servicios (IPS)

Un representante de los usuarios

Un representante de los productores de *software* y aplicativos

Un representante de las facultades universitarias de sistemas y datos.

Un representante de la Academia Nacional de Medicina

Artículo 31. Obligatoriedad de integrarse al Sistema Único Interoperable de Información del Sistema de Salud. Todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán integrarse de manera obligatoria al sistema interoperable en un plazo y condiciones definidas por parte del Ministerio de Salud y el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

Artículo 32. Interoperabilidad de los servicios de urgencias en el ámbito territorial. El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, expedirán la reglamentación que permitirá a los servicios de urgencias integrar los protocolos de comunicación e intercambio de pacientes e información en el ámbito de los municipios y departamentos y Áreas Territoriales de Aseguramiento (ATS).

Parágrafo. Los Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias deben extender su coordinación en el ámbito local para incluir todos los servicios habilitados de urgencias que operen en el municipio y departamento.

Artículo 33. Repositorios de información y manejo de grandes datos. El sistema interoperable debe determinar repositorios y procesos que permitan el manejo de información anonimizada para procesos de analítica y gestión del riesgo.

Parágrafo. Los Ministerios de Salud y Protección Social y de Tecnologías de la Información y Comunicaciones (Mintic) definirán los mecanismos para que los ciudadanos dentro de las normas de Hábeas Data y protección de datos puedan autorizar el uso de sus datos contenidos en el Sistema, para fines de investigación, gestión integral de riesgo y analítica.

CAPÍTULO V

Recurso Humano en Salud

Artículo 34. Estudio Nacional de Disponibilidad del Talento Humano en Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional, en un plazo no mayor a un año a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, deberán realizar un Estudio Nacional de Disponibilidad del Talento Humano en Salud donde se analice a nivel departamental y por áreas de referencia territorial la disponibilidad y necesidades de recursos humanos profesionales y de especialistas médicos, con una periodicidad de 5 años.

Este estudio será referencia para la aprobación de registros calificados de programas de posgrado de salud aprobados por el Ministerio de Educación y para la determinación de los cupos de residencias médicas.

Artículo 35. Examen Único Nacional para el ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina. Para el ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina, será requisito la presentación de un Examen Único Nacional de Ingreso el cual se hará semestralmente y será reglamentado por el Ministerio de Educación y el Icfes.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, la Asociación de Sociedades Científicas y las Asociaciones Colombianas de Facultades de Medicina, definirán los puntajes y rangos para la definición de derechos de preeminencia en la aplicación a especialidades médicas por parte de los aspirantes.

Parágrafo 2°. Mediante regulación que expedirán el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social, se asegurará que en el Examen Único Nacional se evalúen prioritariamente los aspectos relacionados con competencias médicas, la salud pública y el perfil epidemiológico de la población colombiana.

Artículo 36. Denominaciones de especialidades médicas. El Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo del Ministerio de Educación Nacional y las Sociedades Científicas, definirá las denominaciones de profesiones y especialidades de la salud a ser reconocidas en todo el territorio nacional y que deben ser la base para la apertura de programas académicos en salud.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social con el Ministerio de Educación definirán un mecanismo para la incorporación de nuevas profesiones y especialidades.

Parágrafo 2°. Se garantizará que los programas académicos de especialidades existentes tengan un periodo de tiempo definido para adoptar las nuevas denominaciones que pasarán a ser reconocidas en el territorio nacional, lo que además debe verse reflejado en la titulación a otorgar, de acuerdo con la reglamentación que a este respecto expidan ambos ministerios.

Parágrafo 3°. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará en un plazo de un año a partir de la entrada en vigencia de la presente ley, la certificación de competencias en especialidades médicas para aquellos entrenamientos no conducentes a título.

Artículo 37. De la formación de especialistas en el área de la salud por parte del Gobierno nacional. El Gobierno nacional, a través del Ministerios de Salud y el Ministerio de Educación, con base en sus capacidades presupuestales, serán los encargados, de la revisión de los programas y currículos de los posgrados que se ofrezcan y determinarán la cantidad mínima de los cupos de posgrado que deberían ofertar las IES e instituciones con las cuales se establezcan los convenios de docencia-servicio.

Artículo 38. Oferta de programas de especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina. Las Instituciones de Educación Superior que ofrezcan especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio, recibirán incentivos para el establecimiento de compromisos de formación de especialistas de acuerdo con los resultados del Estudio Nacional de Disponibilidad del Talento Humano en Salud, con base en la identificación de necesidades por especialidad y territorio.

Parágrafo 1°. El cumplimiento en los compromisos de formación de especialistas será criterio esencial para la prórroga del registro calificado y la acreditación de calidad de las respectivas especialidades.

Parágrafo 2°. El Gobierno nacional diseñará los incentivos para las IES y las instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio.

Artículo 39. Programa de Formación y Actualización de competencias en medicina general. Se diseñará y ejecutará un Programa Nacional de Formación y Actualización de competencias de medicina general, dirigido a los médicos generales que presten sus servicios en prestadores primarios en todo el territorio nacional. Este programa será diseñado y coordinado por el Ministerio de Salud y Protección Social y tendrá como objetivo la actualización de conocimientos y prácticas ejercidas en la profesión y será de obligatorio cumplimiento por parte de los integrantes del Sistema de Salud.

Artículo 40. Estímulos para médicos generales y especialistas que presten sus servicios en zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso. Los médicos generales y los especialistas que presten sus servicios en zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso, tendrán derecho a ser prioridad en

las convocatorias de investigación y formación académica adelantados por el Gobierno nacional.

En el caso de los médicos generales, estos obtendrán puntos adicionales en el Examen Único Nacional para el ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina.

En el caso de los médicos especialistas tendrán derecho a ser prioridad en las convocatorias de estudios de posgrado e investigación promovidas por el Icetex y Colciencias y obtendrán puntos adicionales en el Programa Nacional para el Ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina, en el caso de acceder a una segunda especialidad.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará los criterios de definición de las zonas de alta dispersión geográfica y difícil acceso. También reglamentarán la oferta de incentivos y los requisitos para su acceso que sean de su competencia.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Educación, Colciencias e Icetex, con base en sus capacidades técnicas y financieras, reglamentarán la oferta de incentivos.

CAPÍTULO VI

Financiación y Sostenibilidad

Artículo 41. Fondo de Nuevas tecnologías en Salud. Créase el Fondo de Nuevas Tecnologías en Salud (FONUTS) como una cuenta administrada por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) cuyo objeto será el la administración y financiamiento de las prestaciones que no se encuentren incluidas en el Plan de Beneficios que se financia con la Unidad de Pago por Capitación, con cargo al techo o presupuesto máximo anual por EPS del que habla el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019.

Este fondo no podrá utilizarse para asumir servicios y tecnologías de que tratan los literales a) a f) del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

La ADRES asignará a cada Entidad Promotora de Salud, para su administración, un porcentaje de estos recursos en función del número de afiliados para cumplir con el objeto de este Fondo. La administración de estos recursos implica la custodia y vigilancia de que su destinación sea la aquí prevista.

El manejo de estos recursos contará una auditoría externa que verificará la consistencia y pertinencia de las prestaciones que se financian con la misma, de acuerdo con la reglamentación que determine el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá el mecanismo de distribución de los recursos del Fondo de nuevas tecnologías en salud, así como los demás elementos que conformen el mismo.

Artículo 42. Fondo de Garantías del Sector Salud. Créase el Fondo de Garantías de la Salud como una cuenta especial que será administrada por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), cuyo objeto consistirá en otorgar una protección de los estados financieros de las EPS de forma que se puedan asumir

sus deudas ante situaciones imprevistas, garantizando así el flujo de recursos ante procesos de liquidación o intervención forzosa.

Los recursos del Fondo de Garantías de la Salud serán del 5% del valor que recibe la Entidad Promotora de Salud por concepto de administración de los recursos con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.

Parágrafo. El funcionamiento del Fondo de Garantías de la Salud será regulado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 43. Giro Directo. 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 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. También se aplicará giro directo de los recursos asociados al pago de los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC para los regímenes contributivo y subsidiado, según lo dispuesto en el presente artículo.

Parágrafo 1°. La información de este mecanismo será de consulta pública.

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 3°. Lo dispuesto en el presente artículo en lo referente a los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado comenzará a operar a partir del 1° de enero de 2020.

Artículo 44. Flujo de recursos. En los ámbitos territoriales con modelo de atención diferenciados cuyas Empresas Sociales del Estado o infraestructura pública sea operada por particulares y que funcionen con base en subsidios a la oferta, el flujo de recursos será directo, sin intermediación financiera y recibirán los pagos por mensualidades anticipadas durante los primeros 10 días hábiles de cada mes, por concepto de los valores resultantes de la contratación con las Entidades Promotoras de Salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará este giro teniendo en cuenta para el giro siguiente, la modulación por resultados de salud del mes anterior.

Artículo 45. Nuevas fuentes de financiación. Serán fuentes de financiación las contempladas en la ley así como el recaudo proveniente de los impuestos saludables como el impuesto a las bebidas azucaradas, los alimentos ultraprocesados, tabaco y

los sistemas electrónicos con o sin dispensación de nicotina y similares y los provenientes de la industria del cannabis medicinal. El Gobierno nacional a través del Ministerio de Hacienda y del Ministerio de Salud presentará un informe a las Comisiones Séptimas y Comisiones Económicas Constitucionales del Senado y la Cámara, en el que explique los efectos de estos impuestos sobre la salud pública y la sostenibilidad del sistema de salud de acuerdo a los lineamientos de la OMS.

CAPÍTULO VII

Inspección, Vigilancia y Medidas Antievasivas

Artículo 46. Regulación de Conglomerados Empresariales del Sector Salud. La Superintendencia de Salud tendrá a cargo la regulación de las todas las empresas que manejen recursos de la UPC y de sus holdings en lo concerniente al uso de los recursos de la UPC. Definirá los requerimientos de capital y autorizará las inversiones que hagan en otras empresas del sector salud, buscando reducir el riesgo endógeno y su transmisión a lo largo del sector.

Parágrafo. El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud expedirán en un plazo no mayor a seis meses la reglamentación correspondiente.

Artículo 47. Posición dominante. El Ministerio de Salud y Protección Social desarrollará la reglamentación necesaria para controlar abusos de posición dominante en las diferentes esferas del sistema, con el objetivo de hacer transparente la vinculación, origen y composición de capitales del sector y sus efectos en la competencia.

Artículo 48. Medidas Antievasión y Elusión. El Ministerio de Salud en coordinación con los entes territoriales, solicitará a la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales (UGPP) información sobre la evasión y elusión y articularán en el sistema de cotización de manera directa la información declarada ante la DIAN con la Planilla Única de Aportes.

Parágrafo 1°. Con base en la información suministrada por la UGPP, el Ministerio de Salud, la UGPP y la DIAN, adelantarán medidas persuasivas y sancionatorias de acuerdo a la normatividad vigente.

Parágrafo 2°. Los recursos obtenidos por el pago de las sanciones por evasión de los aportes de Seguridad Social, tendrán destinación al ADRES quien los administrará de acuerdo a sus funciones.

Parágrafo 3°. El Gobierno nacional a través de los Ministerios de Salud, Trabajo, Tecnologías y las Comunicaciones y la DIAN y la UGPP, adelantarán campañas de publicidad y pedagogía sobre la importancia de realizar los aportes correspondientes así como las sanciones a las que se ven expuestos los infractores.

Las entidades competentes se encargarán de la difusión de estas campañas a través de los medios de comunicación y otras tecnologías de la información.

Artículo 49. Fraude en la afiliación. Cualquier intento de fraude en el proceso de clasificación del Sisbén, con las cuotas moderadoras y/o cotización de aportes al Sistema General de Seguridad Social, por

parte de los ciudadanos será considerado como un peculado por apropiación de recursos públicos y será sujeto de las respectivas acciones de reparación sobre los recursos públicos gastados con cargo al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

CAPÍTULO VIII

Otras Disposiciones

Artículo 50. Política Farmacéutica Nacional para la producción y acceso a medicamentos. El Gobierno nacional por medio de los Ministerios de Salud, Industria y Comercio, el Invima y otras entidades competentes, adoptará una política pública de producción industrial farmacéutica en Colombia que buscará la promoción y consolidación de la producción de medicamentos y otras tecnologías en salud, que contribuya a los objetivos de las políticas de salud y a los objetivos de desarrollo sostenible, a la sostenibilidad financiera del sistema de salud, al acceso de la población a medicamentos esenciales, a reducir riesgos de desabastecimiento y al bienestar de los pacientes.

En la definición de esta política el Gobierno nacional adoptará medidas que incluyan:

- a) La generación de un entorno regulatorio que promueva la competitividad de Colombia como país industrial farmacéutico de alta calidad;
- b) La consolidación de autoridades sanitarias eficientes y eficaces en sus procesos de inspección y vigilancia sectorial;
- c) La eliminación de las asimetrías regulatorias, en temas jurídicos, técnicos o tributarios, que pudieran generar barreras y/o tratos desfavorables para la producción local farmacéutica frente a la de otros países;
- d) La promoción y la formación del talento humano requerida para una industria de talla mundial;
- e) La promoción de alianzas entre la industria y la Academia y, cuando proceda, el sector público, para impulsar la investigación, el desarrollo tecnológico y la innovación farmacéutica;
- f) El impulso a la producción local en medicamentos y tecnologías de salud requeridas en terapias de alto costo y en medicamentos biotecnológicos, incluidos los biosimilares.

Artículo 51. Fortalecimiento de la autoridad sanitaria. El Gobierno nacional fortalecerá las capacidades del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima), con el fin de hacer más eficiente procesos de trámites para la evaluación y concesión de registros sanitarios, para productos nuevos como competidores, certificación de plantas productivas y en la aprobación de protocolos de investigación para estudios de bioequivalencia, biodisponibilidad y clínicos.

Artículo 52. Investigación clínica en Colombia. El Gobierno nacional actualizará con base en estándares internacionales y cumpliendo con los principios

de eficiencia, transparencia y predictibilidad, la reglamentación vigente en materia de investigación clínica con el objetivo de promover a Colombia como líder en el desarrollo de investigaciones clínicas a nivel mundial. Dicho marco normativo deberá cumplir con los más altos estándares éticos y científicos, reduciendo los riesgos potenciales y optimizando las oportunidades de alcanzar un mejor estado de salud para los voluntarios que participan en dichos estudios.

Parágrafo 1°. El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud, creará un sistema de información que consolide los datos de investigación clínica en el país en aras de generar intercambio de conocimiento e información relacionada con los avances en la materia.

Parágrafo 2°. El Gobierno nacional a través de sus Ministerios ajustará la reglamentación en materia de investigación clínica en un lapso no mayor a (6) meses después de la expedición de la presente ley.

Artículo 53. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

Del honorable Senador,

Fabián Castillo Suárez

LA COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los veinte (20) del mes de noviembre del año dos mil diecinueve (2019)

En la presente fecha se autoriza la publicación en *Gaceta del Congreso* de la República, Informe de Ponencia para Primer Debate, Pliego de Modificaciones y Texto Propuesto para Primer Debate.

Número del Proyecto de ley: número 117 de 2019 Senado.

Título del proyecto: *por medio del cual se hacen ajustes al sistema de salud, se redefinen aspectos de su funcionamiento y se dictan otras disposiciones orientadas a garantizar el derecho a la salud y la sostenibilidad del sistema.*

Lo anterior, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,



JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
SECRETARIO COMISIÓN SÉPTIMA