



# GACETA DEL CONGRESO

## SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA  
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXVII - Nº 1067

Bogotá, D. C., jueves, 29 de noviembre de 2018

EDICIÓN DE 28 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

## PROYECTOS DE LEY

### 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.*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

CAPÍTULO I

#### Disposiciones Generales

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 Estatutaria de la Salud y su definición de Sistema de Salud. Con ese fin se hacen reformas en el plan de beneficios instaurando un Plan Único de Salud, en el modelo de atención, reforzando la atención primaria en salud con cobertura de medicina familiar como puerta de entrada a atención, se organiza la prestación de servicios mediante rutas y redes integrales de atención, se instauran esquemas de pago orientados hacia la calidad de los servicios, se definen acciones de salud pública, se plantea una política nacional de medicamentos respaldada en genéricos, se establece un sistema interoperable en la información, se promueven incentivos para la formación de talento humano en salud, se fortalecen las funciones de vigilancia, control y sancionatoria de la Superintendencia de Salud y se establecen medidas anti evasión y elusión de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social.

Artículo 2°. *Ámbito de aplicación.* El Gobierno nacional, los Entes Territoriales y todas las Administradoras de Riesgo en Salud (ARS), deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, a través de acuerdos con Prestadores de Servicios de Salud (IPS), otras Administradoras de Riesgo en Salud y Alianzas Público Privadas. Las Administradoras de Riesgo en Salud ofrecerán el Plan Único de Salud, 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°. *Integralidad.* A partir de la aprobación de la presente Ley todos los beneficios, procesos y mecanismos de operación del Sistema de Salud estarán orientados a garantizar la integralidad en la cobertura y atención de acuerdo con la definición de integralidad de la Ley Estatutaria de Salud. Para la prevención de la enfermedad y la recuperación de la salud, los agentes del Sistema garantizarán el continuo del cuidado que va desde la promoción de la salud hasta la rehabilitación y cuidados paliativos pasando por los diagnósticos, procedimientos terapéuticos y medicamentos.

Los mecanismos de evaluación de calidad e indicadores del sistema tendrán a la integralidad de la atención como sustrato para el desarrollo de mecanismos de pago, incentivos y verificación del desempeño de los agentes del sistema.

Artículo 4°. *Territorialización del Sistema.* El Sistema de Salud, 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.

## CAPÍTULO II

### Plan de Beneficios

Artículo 5. *Plan Único de Salud.* A partir del 1° de enero de 2020 todas las prestaciones asistenciales en salud requeridas para la población colombiana afiliada al Sistema General de Seguridad Social estarán integradas y contenidas en un Plan Único de Salud. Este plan estará organizado de manera comprensiva con coberturas completas definidas para tres segmentos diferenciados de la atención en niños y adultos así:

- a) Programas de promoción y prevención, materno-infantiles, medicina familiar, atención ambulatoria de enfermedades transmisibles, atención ambulatoria de enfermedades huérfanas y manejo integral de la enfermedad crónica.
- b) Manejo intrahospitalario del trauma, la enfermedad crónica y transmisible en fase aguda, crítica o terminal, la enfermedad mental y las adicciones.
- c) Conjuntos de intervenciones hospitalarias para la realización de los procedimientos quirúrgicos.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social en un plazo de un año realizará la respectiva reglamentación del nuevo plan de beneficios. Para el manejo de programas, el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el conjunto de medicamentos y procedimientos que se deberán garantizar a toda la población en los primeros niveles de atención en todo el territorio nacional.

Artículo 6°. *Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud.* 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 1°. Los prestadores primarios 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.

Artículo 7°. *Programas de enfermedad crónica.* Los programas de enfermedad crónica sujeto de manejo integral incluyen todas las enfermedades no transmisibles, enfermedad mental y recuperación de las adicciones, complicaciones no recuperables de eventos obstétricos, enfermedades huérfanas, VIH-SIDA, cáncer, así como las condiciones pluripatológicas e incapacitantes que requieran el cuidado continuo a lo largo del tiempo hasta su

recuperación o el mantenimiento de las mejores condiciones posibles de bienestar.

Estos programas serán definidos por enfermedad y conjuntos de enfermedades y deberán integrar todas las acciones que el sistema debe garantizar para su adecuada atención mediante la formulación de rutas específicas donde se garantice la integralidad de la atención.

Parágrafo 1°. El manejo hospitalario en la fase aguda incluye todos los procesos de recuperación de la salud que incluyan estancia hospitalaria independientemente de la complejidad y del tipo de manejo hospitalario.

Parágrafo 2°. Los procedimientos quirúrgicos corresponden a aquellos realizados en el ámbito hospitalario, ya sea a través de manejo quirúrgico ambulatorio o que incluyan hospitalización, el plan incluirá todas las pruebas, insumos, recursos humanos, medicamentos y dispositivos asociados a cada procedimiento quirúrgico.

Artículo 8°. *Mecanismo técnico-científico para la revisión de controversias.* El Instituto de Evaluación de Tecnología (IETS), definirá un mecanismo técnico científico con el que se revisará todos aquellos casos en los que se genere controversia entre pacientes, prestadores (IPS) y aseguradores (ARS) en relación con la provisión de dispositivos, medicamentos, intervenciones e insumos que deban ser dispensados para la recuperación de la salud.

En cada dictamen científico del IETS se producirá un informe el cual deberá ser tenido en cuenta en las decisiones que tomen las respectivas Juntas de Profesionales de la Salud.

## CAPÍTULO III

### Aseguramiento en salud.

Artículo 9°. *Administradoras de Riesgo en Salud.* Las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) se trasformarán en Aseguradoras de Riesgo en Salud (ARS) cuyo objeto esencial es el manejo de los riesgos de salud y cuyas funciones incluyen la prevención, seguimiento y mitigación del riesgo de enfermar de la población, el manejo de los programas preventivos y asistenciales de atención primaria, el tratamiento del trauma y la enfermedad transmisible, la gestión de la enfermedad crónica y la provisión de todos los procedimientos diagnósticos terapéuticos orientados a la recuperación de la enfermedad, así como al manejo de la discapacidad y la paliación en casos donde no sea posible dicha recuperación.

Parágrafo 1°. El riesgo en salud será asumido de manera integral y completa por las Aseguradoras de Riesgo en Salud (ARS).

El Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social tendrá la función de regular los protocolos, programas, procedimientos

y mecanismos de compra y pago de intervenciones, insumos y medicamentos que conduzcan a asegurar la cobertura y mejorar la eficiencia en el uso de los recursos del Sistema.

Artículo 10. *Integración de Regímenes Contributivo y Subsidiado.* A partir del primero de enero de 2020, los regímenes contributivo y subsidiado se integrarán en un único régimen con beneficios equivalentes para toda la población. La diferencia en la brecha de prestaciones económicas entre los dos regímenes se cerrará de manera progresiva en un periodo de 5 años hasta que la población del régimen subsidiado tenga los mismos beneficios en cobertura de salud y prestaciones económicas relacionadas con la licencia de maternidad.

Artículo 11. *Subsidios.* La población informal con limitaciones en su capacidad de pago recibirá un subsidio para el pago de su afiliación al Sistema General de Seguridad Social. Este subsidio será conmensurable con el nivel de ingresos y gastos detectado de acuerdo con la metodología adoptada para la nueva medición de la encuesta para el Sistema de Identificación de Beneficiarios Sociales (Sisbén).

La definición del monto del subsidio y las cuotas moderadoras serán reglamentadas por el Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo con los resultados y rangos de la clasificación.

Artículo 12. *Aseguramiento Complementario para no contribuyentes a la seguridad social con capacidad de pago.* Las personas que no coticen a la seguridad social y de acuerdo con la clasificación del nuevo Sisbén, no sean sujeto de subsidios para el aseguramiento estarán obligadas a pagar un aseguramiento complementario destinado a la cobertura de los servicios hospitalarios y quirúrgicos que deberá ser ofrecido por todas las Aseguradoras de Riesgo en Salud (ARS) en todo el territorio nacional. En caso de no adquirir aseguramiento complementario estarán sujetos a copagos integrales por las prestaciones médicas en dichos servicios.

Parágrafo 1°. Una vez realizada la reclasificación con base en el Nuevo Sisbén, los no contribuyentes con capacidad de pago continuarán afiliados a su Aseguradora de Riesgo en Salud, la cual mantendrá la cobertura los servicios primarios con cargo a la UPC.

Parágrafo 2°. El precio del aseguramiento complementario será definido por el Ministerio de Salud y Protección social a partir de la estimación de la porción de la UPC no cubierta por el sistema en los servicios hospitalarios y quirúrgicos.

Parágrafo 3°. Las Aseguradoras de Riesgo en Salud ofrecerán de manera permanente la posibilidad de contribución al sistema mediante cotización al sistema de seguridad social acuerdo

con los montos definidos para trabajadores independientes. En caso de afiliarse, cesará la obligación de aseguramiento complementario.

Artículo 13. *Plan de Estabilización y Fortalecimiento del Aseguramiento en Salud.* Todas las Aseguradoras de Riesgo en Salud (ARS) a nivel nacional deberán presentar un Plan de Fortalecimiento Patrimonial y Desarrollo Operacional a la Superintendencia Nacional de Salud donde se contemplen las acciones de la entidad para lograr la habilitación financiera y técnica en los tiempos estipulados por las respectivas normas. Así mismo deberán especificar metas de cumplimiento de acuerdo a las auditorías que la Superintendencia Nacional de Salud realice sobre sus sistemas de gestión de riesgo.

Este Plan de Estabilización y Fortalecimiento del Aseguramiento en Salud, será condición para la transformación y funcionamiento de aquellas Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) que quieran operar como Aseguradoras del Riesgo en Salud (ARS).

Artículo 14. *Depuración del aseguramiento.* Con base en los criterios de habilitación técnica y financiera de los Aseguradores de Riesgo en Salud (ARS), la Superintendencia Nacional de Salud diseñará e implantará un plan nacional que contemple un proceso progresivo de depuración del aseguramiento mediante la revisión de la capacidad técnica y calidad de la cobertura de riesgos y servicios, retirando la habilitación de aquellos que en cada Área Territorial de Aseguramiento en Salud (ATS) muestren riesgo elevado o deficiencias en la atención. La población de los aseguradores que pierdan su habilitación será distribuida entre las Aseguradoras de Riesgo en Salud que mantengan condiciones adecuadas para su habilitación de acuerdo con plazos y metas definidas, monitoreadas por la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 15. *Definición de tamaños mínimos de operación de aseguramiento.* El Ministerio de Salud y Protección Social definirá tamaños mínimos de operación para los Aseguradores de Riesgo en Salud (ARS) a partir del número de afiliados a nivel nacional y territorial. Los Aseguradores de Riesgo en Salud (ARS) que no obtengan el tamaño mínimo de operación podrán fusionarse con otros o ceder sus poblaciones una vez vencidos los plazos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y bajo la supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud.

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.

Artículo 16. *Implantación de la gestión integral del riesgo en salud.* Toda Aseguradora de Riesgo en Salud (ARS) que desee operar 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.

Parágrafo 1°. 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 2°. 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.

Artículo 17. *Territorialización del Sistema de aseguramiento.* El sistema de aseguramiento será territorializado en Áreas Territoriales de Aseguramiento (ATS) mediante la integración de áreas de confluencia departamental, de acuerdo con la reglamentación que el Ministerio de Salud y Protección Social expida al respecto en un plazo máximo de seis meses. Se buscará garantizar que las Aseguradoras que operen en un área territorial, dispongan de toda la capacidad instalada asistencial y administrativa requerida para garantizar el acceso pleno al Plan Único de Salud.

Parágrafo 1°. Toda Aseguradora de Riesgo en Salud (ARS) deberá contar con la red de servicios necesaria y suficiente para garantizar la cobertura total de servicios requerida para el cumplimiento del Plan de Beneficios a la población afiliada.

Artículo 18. *Unidad de Pago por Capitación.* La UPC por cada usuario será reconocida a las Aseguradoras de Riesgo en Salud (ARS) a través de una fórmula compuesta por un componente fijo por paciente y otro componente variable con base en el cumplimiento de indicadores de calidad en salud, desempeño financiero y satisfacción al paciente, que serán definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia de Salud, en un lapso no mayor a 6 meses después de la entrada en vigencia de la presente Ley.

Parágrafo 1°. El valor del incremento de la UPC se verá reflejado en las modificaciones e incrementos a los contratos que celebren las Aseguradoras de Riesgo en Salud (ARS) con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

Parágrafo 2°. 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).

## CAPÍTULO IV

### Modelo de Atención.

Artículo 19. *Modelo de Atención.* El Sistema de Salud colombiano se sustentará en la atención primaria integral con enfoque familiar y comunitario, orientado hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Todo ciudadano estará adscrito a un centro de atención primaria y a un médico familiar 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. Las Aseguradoras de Riesgo en Salud (ARS) deberán asignar un médico familiar ubicado cerca al lugar de residencia o trabajo del ciudadano y adscrito a un prestador primario.

Parágrafo 1°. El médico familiar deberá contar con un soporte de enfermería, psicología, trabajo social y la capacidad de laboratorio clínico y pruebas diagnósticas necesarias de acuerdo con los conjuntos de servicios para la atención primaria definidos en la presente ley, los cuales estarán a cargo del prestador primario dentro del Plan Único de Salud.

Parágrafo 2°. El enfoque familiar y comunitario corresponde al conjunto de herramientas conceptuales y metodológicas que orienta, a través de procesos transdisciplinarios, el cuidado integral de la salud en la población de acuerdo con sus potencialidades, situación social y sanitaria, y el contexto territorial. Ubica las acciones del modelo de salud de acuerdo a la situación, curso de vida y entornos donde vive y se recrea la población.

Parágrafo 3°. La coordinación de la atención individual primaria y complementaria estará a cargo de las Aseguradoras de Riesgo en Salud (ARS) y debe ser ejecutada de manera integrada por los diferentes miembros de su red de servicios.

Parágrafo 4°. Se deberá garantizar la libertad de elección del ciudadano sobre el médico familiar al cual se encuentre adscrito posibilitando el cambio de médico asignado si el ciudadano hace el respectivo requerimiento.

Artículo 20. *Atención Integral en Red.* Cada Aseguradora de Riesgo en Salud (ARS) deberá garantizar una red integral de prestación de servicios de salud definida en las Áreas Territoriales de Aseguramiento (ATS), la cual deberá ser habilitada por parte de la Superintendencia Nacional de Salud previo visto bueno del Ministerio de Salud y los respectivos Entes Territoriales.

Artículo 21. *Requerimiento para Redes Integrales de Atención.* El Ministerio de Salud y los entes territoriales serán corresponsables en la definición de los requerimientos de las redes integrales de servicio de salud, las cuales deberán

consolidarse para una población y Área Territorial de Aseguramiento (ATS) y su conformación se sustentará en los requerimientos del Plan Único de Beneficios, la situación de salud 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 la 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 Aseguradoras de Riesgo en Salud (ARS) quienes conformarán su red para cada 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.

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. *Integrantes de las Redes de Atención.* Son integrantes esenciales de las Redes Integrales de Atención los Prestadores Primarios, los Prestadores Complementarios y los Centros de Excelencia, además de todas las instituciones de naturaleza diagnóstica requeridas para asegurar la prevención y atención integral de la enfermedad.

Artículo 23. *Prestador Primario.* Es el componente básico del servicio de salud y deberá tener la capacidad de resolver la mayor parte de los riesgos y enfermedades de la población. Deberá tener la capacidad técnica para ejecutar las pruebas diagnósticas y terapéuticas necesarias para los riesgos y condiciones asignadas en el Plan Único Salud. Para el efecto el Ministerio de Salud y Protección Social expedirá la respectiva reglamentación en un plazo máximo de 6 meses a partir de la expedición de la presente ley.

Parágrafo 1°. El Prestador Primario podrá contar con el apoyo de especialidades básicas y otras profesiones relacionadas con el servicio de salud y atención de la población.

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.

Artículo 24. *Prestadores Complementarios.* Corresponden a los prestadores con capacidad de internación y manejo hospitalario de enfermedad, ejecución de procedimientos quirúrgicos y manejo de enfermedades y condiciones que requieran aporte continuo de media y alta tecnología.

Deberán garantizar la integralidad de la atención y su complementariedad a través de las Redes Integrales de Atención.

Artículo 25. *Centros de Excelencia:* Corresponde a unidades de atención de prestadores complementarios, prestadores independientes o subredes de atención con capacidad de integrar la asistencia, investigación y docencia alrededor de la enfermedad o conjuntos de enfermedades que requieran de alto aporte en tecnología y especialización médica.

Parágrafo 1°. El manejo en centros de excelencia incluirá al menos el cáncer, los trasplantes y aquellas enfermedades huérfanas que requieran el aporte continuo de tecnología e investigación. Deberán tener la capacidad de manejo integral de las enfermedades, condiciones o procedimientos a partir de la cual están definidos.

Parágrafo 2°. El Ministerio de Salud y Protección Social definirá y reglamentará los grupos de enfermedad o procedimientos que para su manejo requieran la incorporación de Centros de Excelencia en las Redes Integrales de Atención, así como los regímenes de transición para su creación y habilitación.

Artículo 26. *Actualización en línea de la información sobre prestadores de la red de servicios.* A partir de la información del Registro de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) o quien haga sus veces, el Ministerio de Salud y Protección Social proveerá un aplicativo donde cada ciudadano tenga la posibilidad de identificar y verificar en línea el Prestador Primario al cual se encuentra adscrito, así como el conjunto de prestadores de servicios de salud (IPS) que garantiza su derecho a la salud a través de las Redes Integrales de Atención.

Parágrafo 1°. Es responsabilidad de las Aseguradoras de Riesgo en Salud (ARS) mantener permanentemente actualizada y vigente dicha información. Las fallas en la actualización afectarán directamente su habilitación técnica.

Artículo 27. *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 Aseguradoras de Riesgo en Salud (ARS) y las Prestadoras (IPS).

Artículo 28. *Mecanismos de pago para programas primarios de prevención y manejo de enfermedad.* De acuerdo con los conjuntos de

procedimientos definidos para el primer nivel de atención, la ruta de promoción y mantenimiento de la salud y el análisis de situación de salud (ASIS) de cada territorio, los departamentos y municipios en conjunto con las Aseguradoras de Riesgo en Salud (ARS) definirán las acciones mínimas preventivas y de manejo de enfermedad que se deben realizar a nivel primario en el respectivo territorio.

Parágrafo 1°. El pago de las intervenciones de primer nivel deberá ser ajustado por las Aseguradoras de Riesgo en Salud al cumplimiento de las acciones preventivas y asistenciales programadas.

Parágrafo 2°. Los incumplimientos reiterados en las metas acordadas deberán tener efectos sobre la habilitación de servicios de la respectiva IPS, de acuerdo con la reglamentación expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 3°. En el caso de las Aseguradoras de Riesgo en Salud, dichos incumplimientos tendrán efecto sobre sus indicadores de calidad y consecuente reconocimiento del componente variable en el pago de la UPC.

Artículo 29. *Áreas Territoriales de Prestación para Redes Integrales de Atención.* Las áreas territoriales de prestación corresponden con las Áreas Territoriales de Aseguramiento (ATS). En ellas deben converger los Prestadores de Servicios de Salud (IPS) necesarios para garantizar los servicios y tecnologías del Plan Único de Salud y constituyen el ámbito de habilitación de las Redes Integrales de Atención.

Parágrafo 1°. La prestación primaria en red se debe garantizar en el ámbito municipal.

Parágrafo 2°. La prestación complementaria y por centros de excelencia se brindará en el ámbito de las Áreas Territoriales de Aseguramiento (ATS).

Parágrafo 3°. En caso de no existir la oferta necesaria y suficiente de atención complementaria en la respectiva Área Territorial de Aseguramiento, esta se garantizará en otra Área Territorial de Aseguramiento.

Artículo 30. *Aseguramiento y prestación del servicio de salud en zonas de alta dispersión geográfica.* Los servicios de salud en zonas territoriales de baja densidad o alta dispersión geográfica de la población, limitado flujo de servicios y accesibilidad, bajo desarrollo institucional o de capacidad instalada, podrán ser prestados por un único Asegurador de Riesgo en Salud (ARS).

En el caso de que se decida prestar el servicio a través de un Único Asegurador de Riesgo en Salud, 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, y que será

acompañado por la Procuraduría General de la Nación.

Artículo 31. *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 32. *Función de vigilancia de las redes.* La inspección vigilancia y control de la Red municipal estará a cargo de los departamentos y la red departamental será vigilada por el nivel nacional.

Las ciudades principales mantendrán la inspección y vigilancia sobre su red, pero esta responsabilidad podrá ser delegada al nivel nacional en caso de que se evidencien deficiencias en su labor, a petición propia o por solicitud del Ministerio de Salud.

Artículo 33. *Política Nacional de Alianzas Público Privadas en Salud.* El Estado podrá realizar Alianzas Público-Privadas para la 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 1°. El manejo de los recursos de las Alianzas Público Privadas atenderá el marco legal de la contratación entre empresas privadas vigente.

## CAPÍTULO V

### Salud Pública

Artículo 34. *Estudio Nacional de Carga de Enfermedad.* El Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo de Colciencias realizará cada cinco años un estudio Nacional y departamental de Carga de Enfermedad. Este estudio servirá de insumo para la definición de prioridades en salud a nivel nacional y departamental.

Artículo 35. *Plan Nacional de Salud Pública.* El Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo del Instituto Nacional de Salud y demás instituciones adscritas, realizará la evaluación del

cumplimiento del Plan Nacional de Salud Pública 2012-2021 y formulará el Plan Nacional de Salud Pública 2022-2031.

Artículo 36. *Política Nacional de Nutrición.* El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el Ministerio de Educación Nacional formulará y adoptará una política nacional que aborde los problemas de la malnutrición, incluyendo el manejo de la desnutrición aguda y crónica, así como los problemas de sobrepeso y obesidad que de acuerdo con la Encuesta Nacional de Situación Nutricional afectan a la población colombiana.

Artículo 37. *Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.* El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Trabajo y el Instituto Colombiano de Bienestar familiar, y las demás entidades con injerencia expedirá una política que contemple todas las acciones orientadas a la promoción y mantenimiento de la salud y bienestar durante el proceso de envejecimiento y la vejez.

Artículo 38. *Planes Territoriales de Salud.* Las entidades territoriales tendrán la responsabilidad de caracterizar los principales riesgos epidemiológicos de la población y definir las acciones preventivas, promocionales y de alta externalidad que deberán efectuarse en el respectivo territorio, en conjunto con las Administradoras de Riesgo en Salud (ARS) y las Redes Territoriales de Salud.

Para cada ARS se definirán acciones y metas que deberá desarrollar en cada departamento y municipio, las cuales serán consignadas en un Plan Territorial de Salud que será formulado y evaluado anualmente.

Parágrafo 1°. Los resultados de las evaluaciones realizadas por parte de los entes territoriales serán insumo para la habilitación de las Administradoras de Riesgo en Salud (ARS) y la definición de su componente variable del pago.

## CAPÍTULO VI

### **Medicamentos y tecnologías médicas.**

Artículo 39. *Negociación centralizada de medicamentos, insumos y dispositivos.* El Ministerio de Salud y Protección Social establecerá los mecanismos para adelantar negociaciones centralizadas de precios de medicamentos, insumos y dispositivos para todos los ámbitos del sistema de salud.

Los precios resultantes de las negociaciones centralizadas serán obligatorios para los proveedores y compradores de medicamentos, insumos y dispositivos de servicios de salud y estos no podrán transarlos por encima de aquellos precios. El Gobierno nacional podrá acudir subsidiariamente a la compra directa de medicamentos, insumos y dispositivos.

Artículo 40. *Determinación de precios para el ingreso al sistema de medicamentos y dispositivos médicos.* La evaluación que realice el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) a los medicamentos y dispositivos médicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y el precio que este Ministerio determine con base en esa evaluación, serán requisitos para la expedición del correspondiente registro sanitario y/o su renovación por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima).

El proceso de determinación del precio de que trata este artículo se hará en forma simultánea con el trámite de registro sanitario ante el Invima. Para tal efecto, el Ministerio de Salud establecerá el procedimiento que incluya los criterios para determinar las tecnologías que estarán sujetas a este mecanismo y los términos para el mismo, los cuales no podrán superar los fijados en la normatividad vigente para la expedición del correspondiente registro sanitario.

Parágrafo 1°. Corresponderá a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos o Dispositivos, cuando así lo delegue el Gobierno nacional, la definición de la metodología y los mecanismos de regulación de precios de medicamentos, así como la regulación de los márgenes de distribución y comercialización de los mismos.

Artículo 41. *Cobertura de medicamentos genéricos.* En el manejo terapéutico de aquellas enfermedades donde exista disponibilidad de medicamentos genéricos y biosimilares, de acuerdo con las indicaciones y eficacia aprobadas por el Invima, el sistema de salud dispensará únicamente medicamentos genéricos y biosimilares. El paciente tendrá derecho a acceder a medicamentos no genéricos para lo cual el sistema reconocerá el costo del genérico quedando a cargo del paciente el valor excedente del medicamento no genérico.

Parágrafo 1°. En aquellos medicamentos sujetos a control de precios el valor máximo para recobro de la porción a cargo del paciente no podrá exceder el precio fijado en la respectiva resolución de control de precios.

## CAPÍTULO VII

### **Sistema Interoperable de Información en Salud.**

Artículo 42. *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 transparente las interacciones entre los actores del sistema.

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 Interoperable de Información del Sistema de Salud.

Artículo 43. *Consejo para la Interoperabilidad del Sistema de Información del Sistema de Salud.* Crease 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 (ARS)

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.

Artículo 44. *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 45. *Conjuntos mínimos de datos y estándares de interoperabilidad.* El Ministerio de Salud y Protección Social definirá en conjunto con los agentes del sistema, los conjuntos mínimos de información, estándares semánticos y clasificaciones requeridas para la transaccionalidad del sistema. El Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones definirá los estándares sintácticos y técnicos que harán posible la integración de los diferentes formatos en un entorno de interoperabilidad.

Artículo 46. *Adopción de estándares para el sistema de información.* Los diferentes proveedores de aplicativos de historia clínica, de sistemas administrativos aplicados a salud, de aplicaciones asociadas a tecnologías médicas deberán adoptar los estándares definidos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Tecnologías de la Información y Comunicaciones.

Artículo 47. *Integralidad de la Información financiero-administrativa.* Para el ejercicio, vigilancia y control el Sistema de Información contendrá en tiempo real la situación de cartera de los Aseguradores, IPS y Entes Territoriales, la facturación electrónica entre integrantes del sistema de seguridad social y la información sobre consumos de servicio, contratos y mecanismos de pago.

Artículo 48. *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 1°. 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 49. *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 1°. 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 Habeas 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 VIII

### Recurso Humano en Salud

Artículo 50. *Estudio Nacional de Recurso 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, deberá realizar un Estudio Nacional de Necesidades de Recurso 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.

Este estudio será insumo de 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 51. *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 y 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 la salud pública y el perfil de morbilidad de la población colombiana.

Artículo 52. *Programa Nacional para el Ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina.* Se instaura el Programa Nacional para el Ingreso a especialidades clínicas, quirúrgicas y diagnósticas en medicina, donde se definirán los mecanismos para la selección de aspirantes en todo el territorio nacional.

Este programa será reglamentado por el Ministerio de Educación y el Ministerio de Protección Social y buscará que en el acceso a especialidades médicas se generen condiciones de competencia y equidad en el ingreso a las residencias médicas en entidades públicas y privadas.

Parágrafo 1°. Las universidades públicas y privadas deberán utilizar los puntajes del Examen Único Nacional para establecer las prioridades y preeminencia en la aplicación a especialidades por parte de los aspirantes de acuerdo con sus puntajes obtenidos.

Artículo 53. *Denominaciones de especialidades médicas.* El Ministerio de Salud y Protección Social con el apoyo del Ministerio de Educación Nacional, definirá las denominaciones de especialidades médicas a ser reconocidas en todo el territorio nacional y que deben ser la base para la definición de programas de especialidad médica.

Parágrafo 1°. Las denominaciones de especialidad médica deberán diferenciar especialidades médicas básicas, segundas especialidades y áreas de certificación de competencias para especialistas. Se definirá un mecanismo para la incorporación de nuevas especialidades.

Parágrafo 2°. Se garantizará que las denominaciones de especialidades existentes deberán tener una homologación a las nuevas denominaciones que pasarán a ser reconocidas en el territorio nacional.

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 54. *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 a ofertar por las IES e instituciones con las cuales establezcan los convenios de docencia-servicio.

Artículo 55. *Obligación de 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, deberán hacer compromisos de formación de especialistas de acuerdo con los resultados del Estudio Nacional de Necesidades de Recurso Humano en las denominaciones de especialidad que se identifiquen como deficitarias en su respectivo territorio.

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

Artículo 56. *Currículo Único de Medicina Familiar.* Para garantizar la formación de médicos especialistas en medicina familiar, el Ministerio de Salud y Protección Social con el Ministerio de Educación Nacional y las facultades que tengan programas aprobados de medicina familiar, diseñaran un currículo único para la formación de médicos familiares nivel nacional.

Este currículo deberá permitir diferentes modalidades de formación incluyendo la posibilidad de utilizar el internado médico y el año de servicio social obligatorio dentro del proceso de formación de médicos familiares.

Parágrafo 1°. Para incentivar la formación de médicos familiares, los estudiantes de programas de medicina que quieran hacer el programa especializado de médico familiar podrán acceder al Examen Único Nacional durante su último año de formación, previamente a la obtención título.

Parágrafo 2°. Para los casos previstos en el parágrafo 1, el año de internado podrá ser utilizado como primer año de formación en medicina familiar y el año de servicio social obligatorio podrá ser homologado con su segundo año de formación en medicina familiar.

Parágrafo 3°. El Ministerio de Educación Nacional ajustará los procedimientos para agilizar el análisis de las solicitudes de programas de formación que hayan adoptado el currículo único.

Artículo 57. *Programa de Formación y Actualización de competencias en medicina general.* Se diseñará y ejecutará un Programa Nacional 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 58. *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 59. *De los Comités de Talento Humano en Salud.* El Consejo Nacional del Talento Humano en salud, estará apoyado por los siguientes comités:

Un comité por cada disciplina profesional del área de la salud

Un comité de especialistas y posgraduados

Un comité de Auxiliares en salud

Un comité de Talento Humano en Salud Ocupacional.

Un comité de las culturas médicas tradicionales.

Un comité para la Medicina Alternativa, Terapias Alternativas y complementarias.

Un comité de Ética y Bioética

Los demás comités que el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud considere pertinente para el cumplimiento de sus funciones.

## CAPÍTULO IX

### Inspección, Vigilancia y Medidas Anti evasivas

Artículo 60. *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 61. *Multas de la Superintendencia Nacional de Salud por conductas que vulneran el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el derecho a la salud.*

Modifíquese el artículo 131 la Ley 1438 de 2011 el cual quedará así:

**Artículo 131. Valor de las multas por conductas que vulneran el sistema general de seguridad social en salud y el derecho a la salud.** Además, de las acciones penales, de conformidad con el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, las multas a los representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud o quienes hagan sus veces, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y privado oscilarán entre cincuenta (50) y mil (1000) salarios mínimos mensuales legales vigentes y su monto se liquidará teniendo en cuenta el valor del salario mínimo vigente a la fecha de expedición de la Resolución sancionatoria.

Las multas a las personas jurídicas que se encuentren dentro del ámbito de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud se impondrán hasta por una suma equivalente a ocho mil (8.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes y su monto se liquidará teniendo en cuenta el valor del salario mínimo vigente a la fecha de expedición de la Resolución sancionatoria. Las multas se aplicarán sin perjuicio de la facultad de revocatoria de la licencia de funcionamiento cuando a ello hubiere lugar.

Artículo 62. *Medidas Anti Evasión y Elusión.* El Ministerio de Salud 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 63. *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 X

### Otras disposiciones.

Artículo 64. *Nuevas fuentes de financiación.* Serán fuentes de financiación las contempladas en la Ley, así como el recaudo proveniente de los impuestos saludables. 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.

Artículo 65. *Ajuste actuarial de la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud.* El Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con el Ministerio de Hacienda definirán las bases del modelo de análisis actuarial del sistema de salud, el cual se realizará anualmente y será la base para la definición del financiamiento del Plan Único de Salud.

Artículo 66. *Programa de saneamiento financiero del Sistema de Seguridad Social en Salud.* El Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo del Ministerio de Hacienda y la ADRES diseñará e implementará un programa de

saneamiento financiero del sistema que contemple las acreencias en mora mayor a 360 días a partir del 1° de enero de 2020. Este programa incluirá tanto las deudas por servicios POS como servicios NO POS y se materializará mediante acuerdos de pago con descuentos según edad de cartera, de acuerdo con las prácticas de valoración de cartera del sistema financiero.

Parágrafo 1°. Las acreencias entre 360 y 180 días deberán ser igualmente contabilizadas y se incluirán en los acuerdos de pago bajo las mismas condiciones y continuarán a cargo de los departamentos y Aseguradores de Riesgo en Salud (ARS).

Parágrafo 2°. Los pagos se realizarán por giro directo desde la ADRES de acuerdo con la disponibilidad de recursos financieros y la edad de la cartera.

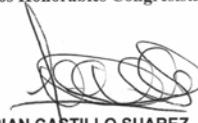
Artículo 67. *Destinación exclusiva de recursos destinados a subsidios para no contribuyentes a la seguridad social con capacidad de pago.* Los recursos que dejen de utilizarse en el pago de subsidios para no contribuyentes con capacidad de pago se destinarán de manera exclusiva durante cinco años a partir de enero de 2020 a la financiación de un fondo de destinación específica para el programa de saneamiento.

Artículo 68. *Repositorio de precios de las prestaciones médicas.* A partir del 1° de enero de 2020 los diferentes agentes del sector deberán compartir y exponer los precios negociados entre ellos para las prestaciones médicas, intervenciones terapéuticas, medicamentos y dispositivos. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará las condiciones para la exposición de información sobre precios en tiempo real para consulta por los diferentes agentes de mercado.

Artículo 69. *Periodo de transición.* Después de la entrada en vigencia de la presente ley, el Gobierno nacional y los demás actores competentes tendrán 2 años de transición para la puesta en marcha del Modelo de Atención Primaria en Salud y sus Redes de Prestación de Servicio con sus respectivos médicos familiares y equipos de telemedicina o atención móvil.

Artículo 70. *Vigencia.* La presente ley entra en vigencia después de su publicación y deroga todas las disposiciones anteriores que le sean contrarias.

De los Honorables Congresistas,

  
FABIAN CASTILLO SUAREZ  
Senador de la República

BANCADA SENADO

  
EMMA CLAUDIA CASTELLANOS  
Senadora de la República

LUIS EDUARDO DÍAZGRANADOS  
Senador de la República

CARLOS ABRAHAM JIMÉNEZ  
Senador de la República

DAIRA GALVIS MÉNDEZ  
Senadora de la República

JOSÉ LUIS PÉREZ OYUELA  
Senador de la República

  
**DIDJER LOBO CHINCHILLA**  
 Senador de la República

**EDGAR DIAZ CONTRERAS**  
 Senador de la República

**HÉCTOR VERGARA SIERRA**  
 Representante a la Cámara

  
**ÓSCAR ARANGO CÁRDENAS**  
 Representante a la Cámara

**GERMAN VARON COTRINO**  
 Senador de la República

**RODRIGO LARA RESTREPO**  
 Senador de la República

**AQUILEO MEDINA ARTEAGA**  
 Representante a la Cámara

**OSWALDO ARCOS BENAVIDES**  
 Representante a la Cámara

**ARTURO CHAR CHALJUB**  
 Senador de la República

**RICHARD ALFONSO AGUILAR VILLA**  
 Senador de la República

**EXPOSICIÓN DE MOTIVOS**

**Introducción**

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 y más recientemente la Ley 1751 o Ley Estatutaria en Salud. Sin embargo, estas reformas no han resuelto de fondo los problemas del SGSSS por lo que es necesario redefinir 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.

Esta propuesta de transformación, ajuste y redefinición del Sistema de Salud gira en torno a:

Unificar el plan de beneficios para los regímenes contributivo y subsidiado en un Plan Único de Salud garantizándoles a todos los colombianos, la afiliación al Sistema de Salud bajo las mismas condiciones y beneficios, entre los que tiene relevancia la licencia de maternidad en el Régimen Subsidiado.

Implantar un Modelo Primario de Atención caracterizado por la integralidad, territorialidad, cuyo centro es la medicina familiar garantizándole a todo ciudadano un médico responsable de su salud que lo acompañe en su tratamiento y rehabilitación.

Operación del Modelo de Atención en Redes por parte de las Aseguradoras de Riesgo en Salud (ARS) que reemplazarán a las EPS cuyo mal funcionamiento es una de las causas y síntomas de la crisis del Sistema.

Orientar la salud pública hacia la prevención con estudios de carga de la enfermedad, perfil nutricional del país, así como una política pública para la vejez.

Aumentar el Recurso Humano en salud del cual se ha identificado un déficit de más de 16.000 médicos especialistas en ramas médico-quirúrgicas (4743), clínicas (10.552) y diagnósticas (266). Se busca formar nuevos especialistas en cuatro años especialmente en medicina familiar y en aquellas áreas en las que se ha detectado déficit. Se estandarizarán las diferentes denominaciones de especialidades médicas, así como una política de residencias médicas y las condiciones de

**ANTONIO ZABARAÍN**  
 Senador de la República

**TEMÍSTOCLES ORTEGA**  
 Senador de la República

**ANA MARÍA CASTAÑEDA**  
 Senadora de la República

**CARLOS MOTOA SOLARTE**  
 Senador de la República

**BANCADA CÁMARA DE REPRESENTANTES**

**JOSÉ IGNACIO MESA**  
 Representante a la Cámara

**JOSÉ AMAR SEPÚLVEDA**  
 Representante a la Cámara

**CESAR LORDUY MALDONADO**  
 Representante a la Cámara

**MODESTO AGUILERA VIDES**  
 Representante a la Cámara

**KARINA ROJANO PALACIO**  
 Representante a la Cámara

**ÁNGELA SÁNCHEZ LEAL**  
 Representante a la Cámara

**JOSÉ DANIEL LÓPEZ JIMÉNEZ**  
 Representante a la Cámara

**JORGE BENEDETTI**  
 Representante a la Cámara

**KAREN CURE CORCIONE**  
 Representante a la Cámara

**GUSTAVO PUENTES DÍAZ**  
 Representante a la Cámara

**ERWIN ARIAS BETANCUR**  
 Representante a la Cámara

**ELOY QUINTERO ROMERO**  
 Representante a la Cámara

**GLORIA BETTY ZORRO AFRICANO**  
 Representante a la Cámara

**NÉSTOR LEONARDO RICO RICO**  
 Representante a la Cámara

**CARLOS CUENCA CHAUX**  
 Representante a la Cámara

**DAVID PULIDO NOVOR**  
 Representante a la Cámara

**JULIO CÉSAR TRIANA QUINTERO**  
 Representante a la Cámara

**CARLOS MARIO FARELO DAZA**  
 Representante a la Cámara

**JOSÉ LUIS PINEDÓ CAMPO**  
 Representante a la Cámara

**JAIME RODRÍGUEZ CONTRERAS**  
 Representante a la Cámara

**BAYARDO BETANCOURT PÉREZ**  
 Representante a la Cámara

**GIRO FERNÁNDEZ NÚÑEZ**  
 Representante a la Cámara

**JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA**  
 Representante a la Cámara

**ATILANO GIRALDO ARBOLEDA**  
 Representante a la Cámara

**JORGE MÉNDEZ HERNÁNDEZ**  
 Representante a la Cámara

**SALIM VILLAMIL QUESSEP**  
 Representante a la Cámara

remuneración. Para asegurar la calidad de los profesionales, se implantará Examen Único Nacional para el ingreso a especialidades clínicas y quirúrgicas en medicina.

Una política farmacéutica basada en genéricos como apoyo a la industria nacional con la posibilidad del paciente de adquirir medicamentos comerciales. Lo anterior apoyado en mecanismos de negociación y compra centralizada que repercutirá en un 5% de ahorro anual sobre un monto de \$1.8 billones.

Reducir la fragmentación y dispersión de información que limita el adecuado funcionamiento del Sistema a través de la creación y puesta en marcha del Sistema Interoperable de Información en Salud que permitirá el flujo de información entre los distintos actores del Sistema de Salud, facilitará los trámites entre ellos y los usuarios y dará transparencia a los procesos financieros y transaccionales de las Administradoras de Riesgo en Salud (ARS) y Prestadores (IPS).

Generar en el Sistema las exigencias para que los agentes compitan por la prestación del buen servicio y no por los recursos del sistema por lo que se hace necesaria una regulación efectiva del sistema de salud. Esto implica un fortalecimiento y reasignación de funciones de las instituciones públicas del sector, aumentar las multas de la Superintendencia Nacional de Salud y aunar 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 y cuestan al año 3 billones de pesos.

## **CONSIDERACIONES GENERALES DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA**

### **Regulación actual y la incidencia sobre el Sistema y sus actores**

En sus 25 años de existencia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) prácticamente ha logrado la cobertura universal de aseguramiento, alcanzando el 94,88% del total de la población colombiana. Si se toman como denominador los resultados del Censo 2018 entregados por el DANE, el SGSSS estaría en cobertura universal. También notables han sido los efectos en la reducción del gasto de bolsillo de la población que ha evolucionado del 43.7% del total de gasto en salud en 1993, al 16.2% en 2016 (Barón, 2018), lo cual representa un nivel muy alto de protección financiera de la población colombiana frente a los riesgos de pérdidas catastróficas del ingreso y la renta a causa del gasto en servicios de salud. Estos resultados indican que el diseño del esquema de financiamiento ha sido profundamente solidario y la implantación del aseguramiento ha sido exitosa.

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. El resultado se ha logrado con un incremento muy moderado del gasto público y privado en salud, que para 2016 representa el 6.8% del PIB (de acuerdo con la metodología de estimación de la OMS), mucho menor al de otros países de similar nivel de desarrollo que hayan alcanzado la cobertura universal de aseguramiento.

Como resultado de la aplicación regulatoria, 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 en la gestión de riesgo poblacional. (Ruiz, 2018, p. 9). Esta eventualidad ha ocasionado el divorcio entre el esquema de aseguramiento concentrado en la curación y las funciones de salud pública a cargo de entidades territoriales con muy limitada capacidad de intervención, a excepción de las grandes ciudades.

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 brindará a los usuarios. Sin embargo, al establecerse una regulación unilateral por el gobierno al POS (producto) y de la UPC (valor), se ha derivado en un modelo de aseguramiento social con muy limitada competencia (Restrepo & López, 2012).

A través de los años se han ido evidenciando diferentes fallas regulatorias que terminaron desconfigurando tanto el aseguramiento como la prestación de servicios: 1. 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), 2. En la prestación, 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 de enfermedad, centrado en el servicio hospitalario, con muy baja resolutivez en los niveles primarios, lo cual ha desembocado en la acumulación de riesgo de enfermedad y discontinuidad en la atención, tiempos muy prolongados para la atención y lo cual ha incentivado el uso extensivo de la tutela como mecanismo para garantizar el servicio (Ruiz y Zapata, 2017).

Estas falencias en la regulación y competencia del sector ha 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 autogestionar su acceso a tratamientos con un costo muy alto en los desenlaces clínicos y la resolutivez del sistema.

El recientemente publicado estudio Concord 3 que recoge las sobrevidas por cáncer en más de 70 países del mundo muestra cómo en los siete tipos de cáncer más frecuente, los años de sobrevida tienden a disminuir y las diferencias en supervivencia con países de similar nivel de desarrollo son muy grandes. Limitada prevención, detección tardía, demoras en abordar el tratamiento y fraccionamiento en el acceso a tecnologías médicas son reflejos de los desenlaces y evidencian problemas severos en el modelo de atención.

Si bien han habido posteriores modificaciones a la Ley 100 de 1993, como lo fueron la Ley 1438 de 2011 que buscaba fortalecer la Atención Primaria en Salud, o la más reciente expedición, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que consagró la salud como un derecho fundamental y por tanto irrenunciable, no se han podido resolver los graves problemas que han conllevado a aumentar la inequidad, corrupción, modelo de prestación de salud morbicéntrico, deshumanización de la salud (Moreno, 2018).

### RETOS DEL SISTEMA DE SALUD

En este sentido, son dos los grandes retos que afronta el sistema y sobre los que toda la institucionalidad colombiana y actores privados, debe enfocar sus esfuerzos. Por un lado, la sostenibilidad financiera resultado de la relación Estado-EPS-IPS y la prestación del servicio

de salud de calidad que afecta a los usuarios. 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.

### Sostenibilidad

Cuando se habla de la sostenibilidad del sistema se habla de una problemática que es apremiante a la fecha. La unificación de los planes de beneficios, los medicamentos, procedimientos y tecnologías incluidos en este, así como los cambios demográficos y en el perfil epidemiológico de la población colombiana, son variables que explican las necesidades actuales y a futuro del sector salud.

En un análisis del comportamiento del gasto en salud en el país durante el periodo 2004-2014 (Bardey & Buitrago 2015), evidencian la evolución 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 periodo observado de 1,83 puntos del PIB para el gasto total en salud.

### Gasto total y público en salud. Colombia 2004-2014.



Fuente: Bardey & Buitrago, p. 5.

De acuerdo a varias proyecciones (Gutiérrez, 2018) 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 del sistema imprime presión sobre este y su

funcionamiento. Para diciembre de 2017, las EPS les adeudaban a los prestadores, según la Superintendencia de Salud, 5,7 billones, 1,3 en el régimen contributivo y 4,4, en el régimen subsidiado. En los reportes de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), el valor de la cartera con las ESE reportado para 2017 en su encuesta anual, tiene un valor de COPS \$ 8,2 billones, de los cuales el 60,2% es carteta en mora.

Al día de hoy casi la totalidad de las EPS presentan indicadores que muestran serias pérdidas de valor, patrimonios negativos e incapacidad para cumplir con los márgenes de solvencia. (Arango, 2018, p. 68). De las 11 EPS que existen hoy en el Régimen Contributivo, 3 están solventes, 5 que han estado en insolvencia lograron demostrar ante la Superintendencia Nacional de Salud que alcanzaron los compromisos de ajuste para el segundo año del plan de recuperación, y 3 continúan insolventes. En el régimen subsidiado de 24 EPS que hay hoy, 6 de ellas son solventes, 3 lograron cumplir compromisos del plan de recuperación del segundo año y 15 continúan en insolvencia (Arango, 2018 p. 69.).

La situación no es alentadora cuando se observa la situación patrimonial de las EPS, las cuales solo 11 de 37 tienen patrimonio positivo (5 de 27 EPS RS / 6 de 10 EPS RC) pero sus activos están constituidos en un 60% por cuentas por cobrar (que en muchos casos es superior al 80%), es decir, que son empresas que sustentan en la deuda y ante afectaciones al sistema, dejarían de funcionar y no prestarían sus servicios.

Un sistema no sostenible, es por defecto, un sistema generador de inequidad. La no sostenibilidad financiera atenta contra los logros en equidad en salud y restringe la garantía del derecho fundamental a la salud de los ciudadanos, provocando limitaciones diferenciales e injustas al (i) acceso, disponibilidad y calidad de los bienes y servicios que se espera sean suministrados por el sistema y a (ii) la protección financiera de las familias (Arango, 2018, p. 65).

### **Prestación y calidad 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 afiliar 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 dónde 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). 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.

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 económicos dependen mucho más de la calidad ofrecida a sus usuarios respectivos y menos al control de gasto (Bardey, 2015).

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. Es decir que las EPS ya no podrán recurrir a la estrategia de bajar su calidad de atención, para aumentar su margen de ganancias. (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.



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 de 2012; y la regulación de precios de medicamentos en mayo de 2013. (Bardey & Buitrago, 2017)

Estos problemas financieros terminan reflejándose en la negación de prestación del servicio por lo que los usuarios buscan otras

formas para acceder al sistema como lo reflejan el número de quejas y tutelas en relación al derecho a la salud. En 2017 la Superintendencia de Salud registró 215.800 reclamos por la mala prestación del servicio en diversas EPS, un incremento del 3% frente al periodo anterior. (Caracol, 2018).

La tutela, mecanismo constitucional de tipo judicial encaminado a la garantía inmediata de un derecho fundamental se ha convertido en un elemento central de la relación usuario-sistema con repercusiones en la sostenibilidad financiera. En el 2014, el número de tutelas fue de 118.000, representando el 23.74 por ciento del total de acciones interpuestas en 2014 que fueron 498.240, es decir que ¼ parte de las violaciones a derechos fundamentales en Colombia corresponde al Sistema de Seguridad Social en Salud. En 2015 la cifra subió a 151.213 reclamaciones judiciales en razón de afectación al derecho a la salud, correspondiendo del total presentado que fue de 614.520 acciones, el 24 por ciento, algo así como 411 cada día del 2015. (El Tiempo, 2016).

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.

**Modelo de atención**

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 contexto se expide en 2015 la Ley Estatutaria de la Salud que reorienta el sistema de

salud sobreponiéndolo al Sistema de Seguridad Social y enfatizando la atención integral en salud una vez logrados los objetivos de cobertura y reducción del riesgo financiero.

En este sentido es que surge la aplicación del Modelo de Atención Primaria con enfoque comunitario y familiar a través de redes, 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.

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 médicos familiares con mejor entrenamiento. Estos Médicos familiares adecuadamente entrenados con acceso a telemedicina especialistas, estarían capacitados para atender la gran mayoría de los pacientes con diabetes, así como más del 70% de las patologías integrando la prevención y 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, Canadá, con resultados excelentes. (Ruiz, 2018, p. 13).

El Modelo de Atención Primaria con enfoque comunitario 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).

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).

Uno de los retos del Modelo de Atención Primaria con enfoque comunitario 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.

La instalación y aplicación efectiva del Modelo de Atención Primaria con enfoque comunitario 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 MIAS logra que los usuarios pasen la mitad del tiempo 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 MIAS tiene el potencial de reducir las solicitudes por servicios incluidos en el Plan de Beneficios por vía judicial, puesto que al mejorar 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.

### **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).

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 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.

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 resolutoria

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.

De esta forma, se garantiza que la oferta educativa de especializaciones médico-quirúrgicas corresponda a las demandas de servicio de los usuarios y no al perfil o necesidades de los centros educativos o las prestadoras de salud y de paso no se afecta o vulnera la autonomía universitaria pues no se está obligando a ofertar ciertos cupos, sino que el mismo Estado colombiano asume dicha función y la ejerce a través de centros médicos con funciones de docencia y formación.

### **Inspección de vigilancia y medidas antievasión**

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, aumenta las multas de esta Superintendencia para disuadir a los agentes del sistema de apropiarse de recursos o no ejecutarlos adecuadamente.

A propósito del rol del Estado, en lo que respecta la inspección, control y vigilancia es necesario ampliar 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.

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 y 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).

### Referencias

- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Descriptores básicos de los programas de medicina de Colombia 2015. 2016. URL: [http://ascofame.org.co/web/wp-content/uploads/2016/08/Descriptores\\_b%C3%A1sico\\_2015.pdf](http://ascofame.org.co/web/wp-content/uploads/2016/08/Descriptores_b%C3%A1sico_2015.pdf)
- Arango. C. (2018). Los desafíos del financiamiento sostenible. Agenda de Salud 2018. Vecino. A. (ed.). Universidad de los Andes.
- 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>
- Barón, G. (2018) Estudio de Cuentas Nacionales de Salud 2018 Cifras preliminares de la Encuesta de Ingresos y Gastos DANE.
- Caracol. (2018). Conozca el vergonzoso top de las EPS con más quejas de usuarios en 2017. URL: <https://noticias.caracoltv.com/salud/conozca-el-vergonzoso-top-de-las-eps-con-mas-quejas-de-usuarios-en-2017>
- CEPAL. (2014). La evasión contributiva en la protección social de salud y pensiones. Serie Políticas Públicas. URL: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37017/1/S1420447\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37017/1/S1420447_es.pdf)
- 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>
- El Tiempo. (2016). Cada 3,5 minutos se presenta una tutela por la salud. URL: <https://www.eltiempo.com/vida/salud/tutelas-por-vulnerar-el-derecho-a-la-salud-en-colombia-48516>
- La República. (2018) ¿Cuáles son los problemas que más preocupan a los ciudadanos? URL: <https://www.larepublica.co/especiales/la-gran-encuesta/cuales-son-los-problemas-mas-grandes-que-dicen-los-colombianos-que-les-preocupan-2595309>
- 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.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Caracterización del talento humano en salud: hacia el sistema de información del registro único nacional del talento humano en salud. Monitor estratégico, 63-68, 2013. URL: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Caracterizacion-talento-humano-en-salud.pdf>
- Ministerio de Hacienda. (2016). Informes de Seguimiento Fiscal. Evasión de Aportes en el Sistema Colombiano de Seguridad Social Integral: Independientes Declarantes de Renta. URL: [http://www.minhacienda.gov.co/HomeMinhacienda/ShowProperty;jsessionid=uDH3vqsnHKIoRw9sm8iEelf1AmSXGbYKNNjr07z8LgWahKERqIKb!203701145?nodeId=%2FOCS%2FP\\_MHCP\\_WCC-040947%2F%2FidcPrimaryFile&revision=latestreleased](http://www.minhacienda.gov.co/HomeMinhacienda/ShowProperty;jsessionid=uDH3vqsnHKIoRw9sm8iEelf1AmSXGbYKNNjr07z8LgWahKERqIKb!203701145?nodeId=%2FOCS%2FP_MHCP_WCC-040947%2F%2FidcPrimaryFile&revision=latestreleased)
- Moreno. G. (2016). El nuevo modelo de Atención Integral en Salud -MIAS- para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema? Revista médica Risaralda vol. 22 no. 2 Pereira July/Dec.
- Montoya, F. (2016). Ofertas de cupos para especialidades médicas en Colombia. Estudios de Mercado. Superintendencia de Industria y Comercio.
- Organización Mundial de la Salud. Proyecto de estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030. Informe de la Secretaría. 2016. URL: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_38-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_38-sp.pdf)
- Ramírez. J. (2018). Rectoría y legitimidad en el sistema de salud colombiano. En Agenda de Salud 2018. Vecino. A. (ed.). Universidad de los Andes.
- Rodríguez J. otros (2015) La carga de enfermedad en Colombia 2015. Pontificia Universidad Javeriana
- Ruiz. F. (2018). Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). En Agenda de Salud 2018. Vecino. A. (ed.). Universidad de los Andes.
- Ruiz, Fernando, Uprimny, Miguel. 2012. “Sistema de Salud y Aseguramiento Social: entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio”. ECOE Editores. Bogotá.
- 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>

Ruiz Fernando, Ávila Leticia, Trujillo A. 2018. How does managed competition affect hospital prices in a social health insurance system?: The Colombian case. Health Policy and Planning. 33(8)



**FABIAN CASTILLO SUAREZ**  
Senador de la República

**BANCADA SENADO**



**EMMA CLAUDIA CASTELLANOS**  
Senadora de la República

**LUIS EDUARDO DÍAZ GRANADOS**  
Senador de la República

**CARLOS ABRAHAM JIMÉNEZ**  
Senador de la República

**DAIRA GALVIS MÉNDEZ**  
Senadora de la República

**JOSÉ LUIS PÉREZ OYUELA**  
Senador de la República



**DIDIER LOBO CHINCHILLA**  
Senador de la República



**EDGAR DIAZ CONTRERAS**  
Senador de la República

**GERMAN VARON COTRINO**  
Senador de la República

**RODRIGO LARA RESTREPO**  
Senador de la República

**ARTURO CHAR CHALJUB**  
Senador de la República

**RICHARD ALFONSO AGUILAR VILLA**  
Senador de la República

**ANTONIO ZABARAÍN**  
Senador de la República

**TEMÍSTOCLES ORTEGA**  
Senador de la República

**ANA MARÍA CASTAÑEDA**  
Senadora de la República

**CARLOS MOTOA SOLARTE**  
Senador de la República

**BANCADA CÁMARA DE REPRESENTANTES**

**JOSÉ IGNACIO MESA**  
Representante a la Cámara

**JOSÉ AMAR SEPÚLVEDA**  
Representante a la Cámara

**CESAR LORDUY MALDONADO**  
Representante a la Cámara

**MODESTO AGUILERA VIDES**  
Representante a la Cámara

**KARINA ROJANO PALACIO**  
Representante a la Cámara

**ANGELA SÁNCHEZ LEAL**  
Representante a la Cámara

**JOSÉ DANIEL LÓPEZ JIMÉNEZ**  
Representante a la Cámara

**JORGE BENEDETTI**  
Representante a la Cámara

**KAREN CURE CORCIONE**  
Representante a la Cámara

**GUSTAVO PUENTES DÍAZ**  
Representante a la Cámara

**ERWIN ARIAS BETANCUR**  
Representante a la Cámara

**ELOY QUINTERO ROMERO**  
Representante a la Cámara

**GLORIA BETTY ZORRO AFRICANO**  
Representante a la Cámara

**NÉSTOR LEONARDO RICO RICO**  
Representante a la Cámara

**CARLOS CUENCA CHAUX**  
Representante a la Cámara

**DAVID PULIDO NGVOA**  
Representante a la Cámara

**JULIO CÉSAR TRIANA QUINTERO**  
Representante a la Cámara

**CARLOS MARIO FARELO DAZA**  
Representante a la Cámara

**JOSÉ LUIS PINEDO CAMPO**  
Representante a la Cámara

**JAIMÉ RODRIGUEZ CONTRERAS**  
Representante a la Cámara

**BAYARDO BETANCOURT PÉREZ**  
Representante a la Cámara

**GIRO FERNÁNDEZ NÚÑEZ**  
Representante a la Cámara

**JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA**  
Representante a la Cámara

**ATILANO GIRALDO ARBOLEDA**  
Representante a la Cámara

**JORGE MÉNDEZ HERNÁNDEZ**  
Representante a la Cámara

**SALIM VILLAMIL QUESSEP**  
Representante a la Cámara

**HÉCTOR VERGARA SIERRA**  
Representante a la Cámara

**ÓSCAR ARANGO CÁRDENAS**  
Representante a la Cámara

**AQUILEO MEDINA ARTEAGA**  
Representante a la Cámara

**OSWALDO ARCOS BENAVIDES**  
Representante a la Cámara

**SENADO DE LA REPÚBLICA**

Secretaría General  
(arts. 139 y ss. Ley 5ª de 1992)

El día 29 del mes de noviembre del año 2018 se radicó en este Despacho el Proyecto de ley número 215 con todos y cada uno de los requisitos constitucionales y legales por...

El Secretario General,

*Gregorio Eljach Pacheco.*

**SENADO DE LA REPÚBLICA**

**SECRETARÍA GENERAL**

Tramitación Leyes

Bogotá, D. C., 29 de noviembre de 2018

Señor Presidente:

Con el fin de repartir 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”, me permito remitir a su despacho el expediente de la mencionada iniciativa, presentada el día de hoy ante la Secretaría General del Senado de la República por los Honorables Senadores Fabián Gerardo Castillo Suárez, Emma Claudia Castellanos, Didier Lobo Chinchilla, Richard Alfonso Aguilar Villa, Temístocles Ortega Narváez, Carlos Fernando Motoa Solarte; honorables Representantes Modesto Enrique Aguilera Vides, Ángela Patricia Sánchez Leal, Eloy Quintero Romero, Gloria Betty Zorro Africano, Carlos Alberto Cuenca Chaux, David Ernesto Pulido Novoa, Carlos Mario Farelo Daza, José Luis Pinedo Ocampo, Jaime Rodríguez Contreras, Ciro Fernández Núñez, Jairo Humberto Cristo Correa, Salím Villamil Quessep, Óscar Arango Cárdenas. La materia de que trata el mencionado Proyecto de ley es competencia de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la*

República, de conformidad con las disposiciones constitucionales y legales.

El Secretario General,

*Gregorio Eljach Pacheco.*

PRESIDENCIA DEL HONORABLE  
SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., 29 de noviembre de 2018

De conformidad con el informe de Secretaría General, dese por repartido el precitado Proyecto de ley a la Comisión Séptima Constitucional y envíese copia del mismo a la Imprenta Nacional para que sea publicado en la ***Gaceta del Congreso***.

Cúmplase,

El Presidente del honorable Senado de la República,

*Ernesto Macías Tovar.*

El Secretario General del Honorable Senado de la República,

*Gregorio Eljach Pacheco.*

## PONENCIAS

### **INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 51 DE 2017 SENADO**

*por medio de la cual se protege el derecho a la salud y se garantiza la atención integral del menor.*

Bogotá, D. C., 21 de noviembre de 2018.

Honorable Senador

**HONORIO MIGUEL HENRÍQUEZ PINEDO**

Presidente Comisión Séptima Constitucional del Senado

Ciudad

**Referencia: Informe de Ponencia Positiva para Segundo Debate del Proyecto de ley número 51 de 2017 Senado, por medio de la cual se protege el derecho a la salud y se garantiza la atención integral del menor.**

Respetado Presidente:

En cumplimiento de la designación hecha por la Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional del Senado y siguiendo lo dispuesto en el artículo 174 de la Ley 5ª de 1992, ponemos en consideración de los miembros del Senado el siguiente Informe de Ponencia para Segundo debate del **Proyecto de ley número 51 de 2017 Senado**, “*por medio de la cual se protege el derecho a la salud y se garantiza la atención integral del menor*”.

La ponencia se desarrollará en los siguientes términos:

1. Antecedentes legislativos.
2. Objeto del proyecto de ley.
3. Contenido del proyecto de ley.
4. Justificación del proyecto de ley.
5. Impacto fiscal.
6. Modificaciones al articulado.
7. Proposición.
8. Texto propuesto para segundo debate.

Cordialmente,



H.S. ÁLVARO URIBE  
VÉLEZ

H.S. JESÚS ALBERTO  
CASTILLA SALAZAR

H.S. LAURA ESTHER  
FORTICH SÁNCHEZ  
(Coordinadora)

### **1. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS**

La presente iniciativa es de origen parlamentario y fue radicada en la Secretaría General del Senado de la República por el honorable Senador Rodrigo Villalba y la honorable Representante Flora Perdomo Andrade el día 3 de agosto de 2017 y fue publicado en la ***Gaceta del Congreso*** número 636 de 2017.

Dicho proyecto de ley fue repartido por competencia a la Comisión Séptima Constitucional de Senado y fueron designados como ponentes

los honorables Senadores Édinson Delgado Ruiz (Coordinador), Jorge Iván Ospina Gómez, Mauricio Delgado, Antonio José Correa Jiménez, Álvaro Uribe Vélez, Luis Évelis Andrade Casamá y Jesús Alberto Castilla Salazar.

Para primer debate del proyecto fue presentado un informe de ponencia positiva, publicado en la *Gaceta del Congreso* número 1199 de 2017, en el cual se hicieron modificaciones al texto original propuesto por los autores en dos sentidos: (I) Se ajustaron algunos artículos para lograr la viabilidad y apoyo de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social, y (II) Se eliminaron los artículos por los cuales se reglamentaba el ejercicio de la especialidad médica en pediatría.

La Comisión Séptima del Senado, en sesión ordinaria del 12 junio de 2018 según Acta número 46 de 2018, aprobó por unanimidad de los Senadores presentes en la sesión, el texto propuesto del Proyecto de ley número 51 de 2017 Senado. El texto definitivo del articulado aprobado en primer debate fue publicado en la *Gaceta del Congreso* número 456 de 2018.

Posteriormente, al iniciarse la Legislatura 2018-2019 fueron nombrados ponentes para segundo debate en la Plenaria del Senado los honorables Senadores: Álvaro Uribe Vélez, Jesús Alberto Castilla Salazar y Laura Fortich Sánchez (Coordinadora).

Se debe anotar que el articulado original del proyecto fue presentado en la Legislatura 2016-2017, bajo el número 224 de 2017 Senado, pero en el trámite de la Comisión Séptima del Senado fue archivado conforme lo dispuesto en el artículo 190 de la Ley 5ª de 1992.

## 2. OBJETO DEL PROYECTO DE LEY

El objeto del presente proyecto de ley es garantizar la atención integral de los niños, niñas y adolescentes en los servicios de salud, mediante el establecimiento de normas que garanticen la oferta institucional de servicios de pediatría.

## 3. CONTENIDO DEL PROYECTO DE LEY

El texto del presente proyecto de ley aprobado en primer debate consta de siete artículos, incluida la vigencia, así:

Artículo 1°. Definición de la atención integral en salud de los niños, niñas y adolescentes.

Artículo 2°. Establecimiento de la prevalencia de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Artículo 3°. Establecimiento de la priorización de la garantía y el ejercicio del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes, en la toma de decisiones de las entidades que administren o presten servicios de salud.

Artículo 4°. Establecimiento de un deber de reporte previo de cierre de servicios de pediatría a cargo de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Artículo 5°. Establecimiento de una solicitud de un plan de reorganización de la red de prestación de servicios de salud, por parte de los entes territoriales frente al cierre de servicios de pediatría. Establecimiento del condicionamiento del cierre de los servicios de pediatría. Convocatoria para la solución de la problemática de inviabilidad financiera que motiva el cierre de un servicio de pediatría.

Artículo 6°. Establecimiento de la realización de estudios de suficiencia de oferta de servicios pediátricos.

Artículo 7°. Vigencia.

## 4. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo con el objeto del presente Proyecto, la justificación se desarrollará en tres partes: 4.1. Marco normativo del Derecho a la Salud del Menor;

4.2. Situación de la prestación de los servicios de salud a menores de edad en el país; y 4.3. Efectos del proyecto de ley.

### 4.1. Marco normativo

La Constitución Política de 1991 establece en el artículo 44 que el derecho a la salud y el derecho a la seguridad social son derechos fundamentales de los niños, que prevalecen sobre los derechos de los demás.

Al respecto la Corte Constitucional en Sentencia T-362 de 2016, manifestó que “(...) *el derecho a la salud de los niños, de conformidad con lo establecido en el artículo 44 de la Constitución, por tener el carácter de ‘fundamental’, debe ser protegido de forma inmediata por el juez constitucional en los casos en que sea vulnerado. Este postulado responde, además, a la obligación que se impone al Estado y a la sociedad de promover las condiciones para que el principio de igualdad se aplique en forma real y efectiva, así como a la necesidad de adoptar medidas en favor de quienes, en razón de su edad, se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta*”.

En desarrollo de las disposiciones constitucionales, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 reconoce expresamente a los menores de edad como sujetos de especial protección, cuya “*atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica*” (artículo 11), y se consagra expresamente la prevalencia del derecho a la salud de los menores (artículo 6° literal F).

La prevalencia de los derechos fundamentales de los menores, también hace parte de la Convención sobre los Derechos del Niño y en

la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, en la cual se resalta, para efectos de la presente iniciativa, el artículo 3.1.: “En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño”.

El derecho fundamental a la salud de los menores de edad, se encuentra desarrollado legislativamente en el artículo 27 del Código de la Infancia y la Adolescencia, Ley 1098 de 2006, en los siguientes términos:

**“Artículo 27. Derecho a la salud.** Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún Hospital, Clínica, Centro de Salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera atención en salud.

*En relación con los niños, niñas y adolescentes que no figuren como beneficiarios en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, el costo de tales servicios estará a cargo de la Nación.*

*Incurrirán en multa de hasta 50 salarios mínimos legales mensuales vigentes las autoridades o personas que omitan la atención médica de niños y menores.*

**Parágrafo 1°.** Para efectos de la presente ley se entenderá como salud integral la garantía de la prestación de todos los servicios, bienes y acciones, conducentes a la conservación o la recuperación de la salud de los niños, niñas y adolescentes.

**Parágrafo 2°.** Para dar cumplimiento efectivo al derecho a la salud integral y mediante el principio de progresividad, el Estado creará el sistema de salud integral para la infancia y la adolescencia, el cual para el año fiscal 2008 incluirá a los niños, niñas y adolescentes vinculados, para el año 2009 incluirá a los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen subsidiado con subsidios parciales y para el año 2010 incluirá a los demás niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen subsidiado. Así mismo para el año 2010 incorporará la prestación del servicio de salud integral a los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen contributivo de salud.

*El Gobierno nacional, por medio de las dependencias correspondientes deberá incluir las asignaciones de recursos necesarios para dar cumplimiento a lo dispuesto en este artículo, en el proyecto anual de presupuesto 2008, el plan financiero de mediano plazo y el plan de desarrollo”.*

Conforme con el parágrafo 1° del artículo citado, el Estado tiene el deber de crear un sistema de salud integral para la infancia y la adolescencia, que se

implementaría de forma progresiva a partir del año 2009, sin embargo, el mismo no ha sido implementado más allá de la emisión de “Lineamiento para la implementación de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia”<sup>1</sup> y el “Anexo Técnico: Responsabilidades y roles de los actores del sistema de seguridad social en salud, en la implementación de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia”<sup>2</sup> en el año 2014 por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

Se destaca la Ley 1388 de 2010, “por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia”, cuyo objeto es “Disminuir de manera significativa, la tasa de mortalidad por cáncer en los niños y personas menores de 18 años, a través de la garantía por parte de los actores de la seguridad social en salud, de todos los servicios que requieren para su detección temprana y tratamiento integral, aplicación de protocolos y guías de atención estandarizados y con la infraestructura, dotación, recurso humano y tecnología requerida, en Centros Especializados habilitados para tal fin”.

Adicionalmente, en la Ley 1414 de 2010, se establecen medidas especiales de protección para las personas que padecen epilepsia y se dictan los principios y lineamientos para su atención integral, evitando que las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las ARP (hoy ARL) y las AFP las negaran incluyendo a los menores.

Las normas citadas dan cuenta del deber a cargo del Estado de garantizar el acceso efectivo de los menores de edad a los servicios de salud, como un derecho fundamental prevalente.

#### **4.2. Situación de la prestación de los servicios de salud a menores de edad en el país**

En Colombia a noviembre 2 de 2018, de acuerdo con los Resultados Preliminares del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 realizado por el DANE hay un aproximado de 48.000.000 de habitantes, de los cuales el 22.5%, es decir 10.800.000 corresponden a niños entre 0 y 14 años.

<sup>1</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Lineamiento para la implementación de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia. Bogotá: 2014. Consultado el 17 de noviembre de 2018. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Lineamiento-atencion-integral.pdf>.

<sup>2</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Anexo Técnico: Responsabilidades y roles de los actores del sistema de seguridad social en salud, en la implementación de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia. Bogotá: 2014. Consultado el 17 de noviembre de 2018. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Responsabilidades-y-roles.pdf>.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud<sup>3</sup>, para el quinquenio comprendido entre 2010 y 2015, la situación de mortalidad de menores de 18 años era la siguiente:

- Mortalidad Neonatal<sup>4</sup>: Hace referencia a las probabilidades de morir durante el primer mes de vida, fue de 9 muertes por cada 1000 nacidos vivos.
- Mortalidad Post neonatal<sup>5</sup>: Hace referencia a las probabilidades de morir entre el segundo mes de vida y antes del primer año de vida, fue de 5 muertes por cada 1000 nacidos vivos.
- Mortalidad Infantil<sup>6</sup>: Hace referencia a las probabilidades de morir durante el primer año de vida, fue de 14 muertes por cada 1000 nacidos vivos.
- Mortalidad Post infantil<sup>7</sup>: Hace referencia a las probabilidades de morir durante el primer y quinto año de vida, fue de 2 muertes por cada 1000 niños menores de un año.
- Mortalidad en la niñez<sup>8</sup>: Hace referencia a las probabilidades de morir antes de los primeros cinco años de vida, fue de 16 muertes por cada 1000 nacidos vivos.
- Mortalidad entre 15 y 19 años<sup>9</sup>: Hace referencia a las probabilidades de morir entre los 15 y 19 años, fue de 15 muertes por cada 1.000 personas vivas.

Según el Informe Final de Línea de Base de la Estrategia del Programa de Cero a Siempre emitido por el Centro Nacional de Consultoría<sup>10</sup>, el 90% de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas manifestaron disponer de médico pediatra para la atención de los menores, mientras que solo el 18,8% de estas entidades de carácter público manifestaron disponer de este especialista.

Según informes de la Sociedad Colombiana de Pediatría a nivel nacional, durante el año 2014 se reportó el cierre de 1.000 camas de servicios de pediatría, la sobreocupación en los servicios de urgencias de pediatría del 150% a 250%, y casos de pacientes pediátricos que han requerido de traslados a otras ciudades por la falta de camas en

su ciudad de origen, lo cual pone en riesgo la salud y la vida de pacientes en estado crítico. La Sociedad Colombiana de Pediatría ha denunciado que los cierres de camas de servicio de pediatría se han justificado en la baja rentabilidad financiera de la prestación de estos servicios para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Frente al número de camas de servicio de pediatría, la Organización Mundial de la Salud promueve como estándar internacional que al interior de los países existan por lo menos 26 camas pediátricas por cada 10.000 habitantes. Al respecto en Colombia para el año 2016 se registraron un total de 11.383 camas de servicios de pediatría a nivel nacional<sup>11</sup>, lo cual contrasta con los 10 millones de habitantes menores de 15 años y con el promedio de 1,7 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes reportadas para el año 2017<sup>12</sup>.

Respecto de la relación entre mortalidad infantil y la prestación de servicios de pediatría se ha demostrado, de acuerdo con estudios conducidos por Bárbara Starfield *et al.*<sup>13-14</sup> que las acciones en promoción y prevención del equipo de salud liderado por pediatras reducen la mortalidad infantil en un 5%.

En similar sentido un estudio conducido por Rie Sakai *et al.*<sup>15</sup> en Japón, demostró que una alta densidad de pediatras en una región geográfica conlleva a un aumento significativo en la salud de los infantes, de hecho en el estudio se estimó que “*el aumento de una unidad en la densidad de pediatras se asocia con un 7% de reducción en la tasa de mortalidad infantil, tras el ajuste de otras variables*”<sup>16</sup>.

<sup>3</sup> MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL & ASOCIACIÓN PROBIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA -PROFAMILIA-. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Tomo I: Componente Demográfico*. Bogotá: 2016. Consultado el 17 de noviembre de 2018. Recuperado de: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS%20%20TOMO%20I.pdf>.

<sup>4</sup> Op. Cit. p. 244. Cuadro 6.1.

<sup>5</sup> *Ibíd.*

<sup>6</sup> *Ibíd.*

<sup>7</sup> *Ibíd.*

<sup>8</sup> *Ibíd.*

<sup>9</sup> Op. Cit. p. 258. Cuadro 6.7.

<sup>10</sup> Consultado el 17 de noviembre de 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/linea-base-Cero-a-Siempre.pdf>.

<sup>11</sup> Fuente: Base de datos Registros Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS. Número de camas hospitalarias pediatras por departamento. Consultado el 17 de noviembre de 2018. Disponible en: <https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/N-mero-de-camas-hospitalarias-pediatras-por-depart/63zs-yhcj/data>.

<sup>12</sup> Base de datos Registros Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS. Número de camas hospitalarias en Colombia 2017. Consultado el 17 de noviembre de 2018. Disponible en: <https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/Camas-Hospitalarias-en-Colombia-2017/a5mf-3v9a>.

<sup>13</sup> Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, 83 (2005), págs. 457-505.

<sup>14</sup> Starfield, B. & Budetti, P. Child Health Status and Risk Factors. *Health Services Research*, 19 (1985), págs. 817-886.

<sup>15</sup> Sakai, R, Fink, G., Kumamaru, H., & Kawachi, I. (2015). The Impact of Pediatrician Supply on Child Health Outcomes: Longitudinal Evidence from Japan. *Health services research*, 51(2), 530-49. Consultado el 17 de noviembre de 2018. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4799901/>.

<sup>16</sup> *Ibíd.* Traducción libre de: “(...) we estimate that a unit increase in pediatrician density was associated with a 7 percent (95 percent CI: 2–12 percent) reduction in the child mortality rate after adjustment for all other variables”.

Teniendo en cuenta los índices de mortalidad de los menores de edad en Colombia, la problemática de la reducción de las camas de servicios hospitalarios de pediatría y la relación directamente proporcional entre la prestación de servicios de pediatría y la salud de los menores de edad, se hace evidente la necesidad de que el Estado garantice la suficiencia de prestación de servicios de pediatría en salud para garantizar el derecho fundamental y prevalente de los menores de edad a gozar de servicios de salud de calidad y oportunos.

#### 4.3. Efectos del proyecto de ley

El presente proyecto de ley de acuerdo con lo expuesto tendrá las siguientes consecuencias en el ordenamiento jurídico nacional:

1. Las Entidades Prestadoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud deberán informar previamente al Ministerio de Salud

y Protección Social o a la entidad territorial correspondiente el cierre de camas de pediatría.

2. Las entidades territoriales podrán adoptar medidas eficaces para garantizar la oferta de los servicios de pediatría en su circunscripción territorial.

#### 5. IMPACTO FISCAL

La aplicación del articulado aquí propuesto no genera ordenación del gasto ni otorga beneficios tributarios, por tanto, su aprobación no generará impacto fiscal de acuerdo con lo establecido en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003.

#### 6. MODIFICACIONES AL ARTICULADO

Se proponen las siguientes modificaciones al texto del proyecto de ley aprobado en el Primer Debate surtido en la Comisión Séptima Constitucional del Senado:

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE
<p>PROYECTO DE LEY NÚMERO 51 DE 2017 SENADO</p> <p>por medio de la cual se protege el derecho a la salud y se garantiza la atención integral del menor.</p> <p>El Congreso de la República</p> <p>DECRETA:</p>	<p>PROYECTO DE LEY NÚMERO 51 DE 2017 SENADO</p> <p>por medio de la cual se establecen medidas para asegurar la oferta institucional de servicios de pediatría.</p> <p>El Congreso de la República</p> <p>DECRETA:</p>
<p><b>Artículo 1°.</b> Se entiende por atención integral de los niños, niñas y adolescentes, el reconocimiento como sujetos de derecho a la salud, en todos sus órdenes, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración, y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior constitucional.</p>	<p><b>Artículo 1°.</b> <u>Atención integral en salud a los niños, niñas y adolescentes.</u> Se entiende por atención integral <b>en salud</b> de los niños, niñas y adolescentes, el reconocimiento como sujetos de derecho a la salud, en todos sus órdenes, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración, y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior constitucional.</p>
<p><b>Artículo 2°.</b> En todo acto, decisión o medida administrativa o asistencial, de cualquier naturaleza que deba adoptarse en relación con la salud de los niños, niñas, y adolescentes en Colombia, prevalecerán los derechos de estos, en especial si existe conflicto entre sus derechos fundamentales con los de cualquier otra persona.</p>	<p><b>Artículo 2°.</b> <u>Prevalencia de los derechos de niños, niñas y adolescentes en las decisiones relacionadas con su salud.</u> En todo acto, decisión o medida administrativa o asistencial, de cualquier naturaleza que deba adoptarse en relación con la salud de los niños, niñas, y adolescentes en Colombia, prevalecerán los derechos de estos, en especial si existe conflicto entre sus derechos fundamentales con los de cualquier otra persona.</p> <p><b>Parágrafo 1°.</b> <u>Las instituciones públicas, privadas o mixtas que presten servicios de salud o los administren, deben priorizar las decisiones en relación estricta con la garantía y el ejercicio del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes.</u></p>
<p><b>Artículo 3°.</b> Las instituciones públicas, privadas o mixtas que presten servicios de salud o los administren, deben priorizar las decisiones en relación estricta con la garantía y el ejercicio del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes.</p>	<p><b>Integración en el artículo 2°.</b></p>
<p><b>Artículo 4°.</b> Cuando una Institución prestadora de servicios de salud pública, privada o mixta decida cerrar un servicio de pediatría o cualquiera de sus subespecialidades, deberá reportarlo con una antelación no menor a 6 meses, tanto a la entidad territorial departamental o distrital y a la administradora de planes de beneficios a quien preste sus servicios explicando las razones de su decisión e informando las entidades administradoras de planes</p>	<p><b>Artículo 3°.</b> <u>Reporte de cierre de servicios de pediatría.</u> Cuando una Institución prestadora de servicios de salud pública, privada o mixta decida cerrar un servicio de pediatría o cualquiera de sus subespecialidades, deberá reportarlo con una antelación no menor a 6 meses, tanto a la entidad territorial departamental o distrital y a la administradora de planes de beneficios a quien preste sus servicios, explicando las razones de su decisión e infor</p>

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE	TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE
de beneficios o responsables del pago con quienes tiene relación contractual o comercial, así como la población afiliada a quienes se suspendería el servicio asistencial de salud.	mando las entidades administradoras de planes de beneficios o responsables del pago con quienes tiene relación contractual o comercial, así como la población afiliada a quienes se suspendería el servicio asistencial de salud.
<b>Artículo 5°.</b> Ante el retiro de un prestador de servicios asistenciales de salud, la entidad territorial por medio de su Secretaría de Salud Departamental o Distrital, solicitará a la Administradora de Planes de Beneficios un plan de reorganización de la red de prestación de servicios que garantice la continuidad a fin de evitar el riesgo de accesibilidad al derecho a la salud y la vida de los menores.	<b>Artículo 4°.</b> <i>Medidas a adoptar para garantizar la prestación de servicios de pediatría.</i> Ante el retiro de un prestador de servicios asistenciales de salud, la entidad territorial por medio de su Secretaría de Salud Departamental o Distrital, solicitará a la Administradora de Planes de Beneficios un plan de reorganización de la red de prestación de servicios que garantice la continuidad a fin de evitar el riesgo de accesibilidad al derecho a la salud y la vida de los menores.
<b>Parágrafo 1°.</b> La entidad territorial podrá condicionar el cierre del servicio tanto en tiempo como en modo cuando exista grave riesgo de afectar la continuidad del servicio público de la salud a los niños, niñas y adolescentes.	<b>Parágrafo 1°.</b> La entidad territorial podrá condicionar el cierre del servicio, tanto en tiempo como en modo cuando exista grave riesgo de afectar la continuidad del servicio público de la salud a los niños, niñas y adolescentes.
<b>Parágrafo 2°.</b> Si una de las causales que motiva la decisión del cierre de los servicios de salud es el no pago oportuno de los servicios prestados por parte de las entidades aseguradoras y por tanto, la inviabilidad financiera de estos servicios, la Secretaría Seccional o Distrital de Salud convocará a la entidad deudora con el apoyo de la Superintendencia Nacional de Salud para resolver la situación, a fin de no poner en riesgo la prestación oportuna, integral y de garantía de la calidad de los servicios de salud, para las niñas, niños y adolescentes, así como a las madres gestantes de Colombia.	<b>Parágrafo 2°.</b> Si una de las causales que motiva la decisión del cierre de los servicios de salud es el no pago oportuno de los servicios prestados por parte de las entidades aseguradoras y por tanto, la inviabilidad financiera de estos servicios, la Secretaría Seccional o Distrital de Salud convocará a la entidad deudora con el apoyo de la Superintendencia Nacional de Salud para resolver la situación, a fin de no poner en riesgo la prestación oportuna, integral y de garantía de la calidad de los servicios de salud, para las niñas, niños y adolescentes, así como a las madres gestantes de Colombia.
<b>Artículo 6°.</b> <i>Suficiencia de oferta de servicios pediátricos.</i> Las entidades encargadas por el Ministerio de Salud, realizarán estudios de suficiencia de la oferta de servicios de salud pediátricos y obstétricos, teniendo como base la información poblacional y de red de prestación de servicios. Los estudios deben presentarse y actualizarse a corte del último día de junio de cada año, a partir del año 2018.	<b>Artículo 5°.</b> <i>Suficiencia de oferta de servicios pediátricos.</i> Las entidades encargadas por el Ministerio de Salud, realizarán estudios de suficiencia de la oferta de servicios de salud pediátricos y obstétricos, teniendo como base la información poblacional y de red de prestación de servicios. Los estudios deben presentarse y actualizarse a corte del último día de junio de cada año, a partir del año 2018.
<b>Artículo 7°.</b> <i>Vigencia.</i> Esta ley regirá a partir de la fecha de su publicación en el <i>Diario Oficial</i> .	<b>Artículo 6°.</b> <i>Vigencia.</i> Esta ley regirá a partir de la fecha de su publicación en el <i>Diario Oficial</i> .

**7. PROPOSICIÓN**

Con fundamento en las anteriores consideraciones, haciendo uso de las facultades conferidas por el artículo 153 de la Ley 5ª de 1992 y habida cuenta de la necesidad y conveniencia de la presente iniciativa, solicito a los honorables Senadores de la Plenaria del Senado de la República, debatir y aprobar el siguiente texto propuesto para segundo debate del Proyecto de ley número 51 de 2017 Senado.

**8. TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 51 DE 2017 SENADO**

*por medio de la cual se establecen medidas para asegurar la oferta institucional de servicios de pediatría.*

El Congreso de Colombia

DECRETA:

**Artículo 1°.** *Atención integral en salud a los niños, niñas y adolescentes.* Se entiende por atención integral en salud de los niños, niñas y adolescentes, el reconocimiento como sujetos de derecho a la salud, en todos sus órdenes, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración, y la seguridad de

su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior constitucional.

**Artículo 2°.** *Prevalencia de los derechos de niños, niñas y adolescentes en las decisiones relacionadas con su salud.* En todo acto, decisión o medida administrativa o asistencial, de cualquier naturaleza que deba adoptarse en relación con la salud de los niños, niñas, y adolescentes en Colombia, prevalecerán los derechos de estos, en especial si existe conflicto entre sus derechos fundamentales con los de cualquier otra persona.

**Parágrafo 1°.** Las instituciones públicas, privadas o mixtas que presten servicios de salud o los administren, deben priorizar las decisiones en relación estricta con la garantía y el ejercicio del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes.

**Artículo 3°.** *Reporte de cierre de servicios de pediatría.* Cuando una Institución prestadora de servicios de salud pública, privada o mixta decida cerrar un servicio de pediatría o cualquiera de sus subespecialidades, deberá reportarlo con una antelación no menor a 6 meses, tanto a la entidad territorial departamental o distrital y a la administradora de planes de beneficios a quien preste sus servicios, explicando las razones de su decisión e informando las entidades administradoras

de planes de beneficios o responsables del pago con quienes tiene relación contractual o comercial, así como la población afiliada a quienes se suspendería el servicio asistencial de salud.

**Artículo 4°. Medidas para garantizar la prestación de servicios de pediatría.** Ante el retiro de un prestador de servicios asistenciales de salud, la entidad territorial por medio de su Secretaría de Salud Departamental o Distrital, solicitará a la Administradora de Planes de Beneficios un plan de reorganización de la red de prestación de servicios que garantice la continuidad a fin de evitar el riesgo de accesibilidad al derecho a la salud y la vida de los menores.

Parágrafo 1°. La entidad territorial podrá condicionar el cierre del servicio, tanto en tiempo como en modo cuando exista grave riesgo de afectar la continuidad del servicio público de la salud a los niños, niñas y adolescentes.

Parágrafo 2°. Si una de las causales que motiva la decisión del cierre de los servicios de salud es el no pago oportuno de los servicios prestados por parte de las entidades aseguradoras y por tanto, la inviabilidad financiera de estos servicios, la Secretaría Seccional o Distrital de Salud convocará a la entidad deudora con el apoyo de la Superintendencia Nacional de Salud para resolver la situación, a fin de no poner en riesgo la prestación oportuna, integral y de garantía de la calidad de los servicios de salud, para las niñas, niños y adolescentes, así como a las madres gestantes de Colombia.

**Artículo 5°. Suficiencia de oferta de servicios pediátricos.** Las entidades encargadas por el Ministerio de Salud, realizarán estudios de suficiencia de la oferta de servicios de salud pediátricos y obstétricos, teniendo como base la información poblacional y de red de prestación de servicios. Los estudios deben presentarse y actualizarse a corte del último día de junio de cada año, a partir del año 2018.

**Artículo 6°. Vigencia.** Esta ley regirá a partir de la fecha de su publicación en el **Diario Oficial**.

Atentamente,

H.S. ÁLVARO URIBE  
VÉLEZ

H.S. JESÚS ALBERTO  
CASTILLA SALAZAR

H.S. LAURA ESTHER  
FORTICH SÁNCHEZ  
(Coordinadora)

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL  
PERMANENTE DEL HONORABLE  
SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá D.C., a los treinta (30) días del mes de noviembre del año dos mil dieciocho (2018) - En la presente fecha se autoriza **la publicación en Gaceta del Congreso de la República**, el siguiente Informe de Ponencia para Segundo Debate, Pliego de Modificaciones y Texto Propuesto para Segundo Debate.

**Número del proyecto de ley:** número 51 de 2017 Senado.

**Título del proyecto:** “por medio de la cual se protege el derecho a la salud y se garantiza la atención integral del menor”.

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

**CONTENIDO**

Gaceta número 1067 - Jueves, 29 de noviembre de 2018	
SENADO DE LA REPÚBLICA	
PROYECTOS DE LEY	
	<b>Págs.</b>
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. ....	1
PONENCIAS	
Informe de ponencia positiva para segundo debate y texto propuesto al Proyecto de ley número 51 de 2017 Senado, por medio de la cual se protege el derecho a la salud y se garantiza la atención integral del menor. ....	21

