



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Comisión de Salud – Comité Legislativo

Acuerdos fundamentales de los aspectos que debe contener un proyecto de desarrollo integral de la Ley Estatutaria en Salud 1751/2015.

INTRODUCCIÓN

En materia de salud, se han dado avances trascendentales a partir de los fallos de la Corte Constitucional como intérprete y defensora de la Constitución Política de 1991, de tal manera que con la Sentencia T-760 de 2008, se reconoció la salud como un derecho fundamental autónomo de primer orden.

Esta sentencia motivó a las instituciones médicas de carácter nacional más representativas de los médicos colombianos reunidas en la **Gran Junta Médica Nacional** a elaborar un proyecto de ley estatutaria que regulara y estableciera los principios y directrices para garantizar este derecho fundamental a todos los residentes en el país. La Ley Estatutaria en Salud fue aprobada por el Congreso de la República, revisada por la Corte Constitucional para efectos de su exequibilidad (Sentencia 313 de 2014) y sancionada por el Presidente de la República el 15 de febrero de 2015, constituyéndose en uno de los adelantos más significativos que puede registrar la historia de la Salud en Colombia.

Con esta Ley Estatutaria, el Estado Colombiano se compromete de manera ineludible a consagrar, promover, aplicar, defender y responder por el respeto del derecho fundamental a la salud, para todos los residentes en el país, definiendo su núcleo esencial, sus lineamientos básicos, principios, directrices, así como sus limitaciones.

No obstante, la Ley Estatutaria en Salud y sus claras determinaciones, existe la sensación generalizada que, más de seis años después de su aprobación, no se han realizado los cambios necesarios en el Sistema de Salud para que el goce efectivo de este derecho fundamental se haga realidad para todos los residentes en el país.

La Academia Nacional de Medicina y las organizaciones médicas y de profesionales de la salud que la acompañan en este propósito, una vez establecidos los ACUERDOS

FUNDAMENTALES, presentarán a consideración del Gobierno Nacional, del Congreso de la República y de la opinión general, unos puntos básicos de acuerdo de lo que consideran esenciales para el desarrollo de la Ley Estatutaria 1751 y el Sistema de Salud en ella establecido.



ANTECEDENTES

El Congreso de Colombia promulgó la Ley 100 de diciembre de 1993, por la cual se creó el Sistema Integral de Seguridad Social y, como parte de este, instauró el **Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)** para reemplazar al anterior **Sistema Nacional de Salud** vigente desde 1975 (Decreto 056 de ese año) y a la Ley 10 de 1990, por la cual se descentralizó el Sistema de Salud, a tono con el Acto Legislativo 01 de 1986, en virtud del cual se estableció en Colombia la elección popular de alcaldes y gobernadores, concejos municipales y asambleas departamentales.

La Ley 100 instituyó las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y, con ellas, la oportunidad para que estas instituciones, públicas o privadas, actuaran como intermediarios financieros de los recursos de la salud. Cambió la financiación de los hospitales públicos; la cual pasó de ser por presupuestos históricos (vía subsidios a la oferta), financiados con recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN), a subsidios a la demanda, pago por población atendida, con aportes de la Nación, los trabajadores y empleadores, a través de la afiliación al SGSSS. Cambio que estimuló la visión de la salud como una oportunidad de negocio.

La Ley 100 cambió en salud la financiación, la administración y la provisión de los servicios. Con ella y las Leyes posteriores 1122 de 2007, 1438 de 2011 y sus normas reglamentarias hoy reunidas en el Decreto 780 de 2016, único del sector salud, se organiza el SGSSS, a través de dos regímenes:

1) **El régimen contributivo**, cuyo cubrimiento abarca al cotizante y toda su familia; creado para la afiliación y aseguramiento en salud de la población con capacidad de pago, el cual será operado por las EPS, responsables de garantizar el Plan Obligatorio de Salud (POS), con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

2) **El régimen subsidiado**, el cual va dirigido a la población pobre y vulnerable, sin empleo, que recibe subsidios del Estado para cubrir sus necesidades de salud en todos los niveles de atención, administrado por las EPS del Régimen Subsidiado (EPS-S), responsables de garantizar el POS subsidiado, con recursos de la UPC subsidiada (UPC-S).

A la fecha, junio de 2021, el Plan de Beneficios en Salud (PBS) se ha unificado en materia de prestaciones de salud, manteniendo únicamente la diferencia de las prestaciones económicas en favor de los cotizantes al régimen contributivo.

La Ley 100 de 1993, inspirada en los principios neoliberales que tuvieron auge en toda América Latina en las décadas de los años 80 y 90¹, aplica los principios de los seguros comerciales con consecuencias en la calidad y oportunidad en la prestación de los servicios. Sus lineamientos generales corresponden al viraje de los sistemas de asistencia pública propios del Sistema Nacional de Salud a los del aseguramiento, fundamentalmente privado.

La pérdida de confianza y de legitimidad en el SGSSS se reflejan en el creciente número de quejas, peticiones y reclamos ante los organismos de control por conductas violatorias del derecho fundamental a la salud y, como lo demuestran los estudios de la Defensoría del Pueblo, creciente número de acciones de tutela, de las que en 2019 se interpusieron 620.257 por presuntas violaciones a un derecho fundamental y, de ellas 207.368 correspondieron a presuntas violaciones al derecho fundamental a la salud².

El goce del grado máximo de salud posible que puede alcanzarse de acuerdo al grado de desarrollo de cada país es un derecho fundamental hoy reconocido en el mundo desde el congreso de constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), celebrado el 7 de abril de 1948, así como en la **Declaración Universal de Derechos Humanos**, aprobada por la Resolución de la Asamblea General del 10 de diciembre de 1948, en sus artículos 22 y 25.

Con base en esta Declaración, hacia el año 1966, se adoptaron los **Pactos Internacionales de Derechos Humanos** que la desarrollan, como son:

a) ***El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)***³.

¹ Redondo Herman, Guzmán Fernando, Moreno Sara Edith. Impacto Social del Neoliberalismo en Colombia. Capítulo IV, página 133 y siguientes. Ed. Federación Médica Colombiana. Bogotá DC, 2016.

² Defensoría del Pueblo. Consultar en: <https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Estudio-La-Tutela-Derechos-Salud-Seguridad-Social-2019.pdf>

³ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976. Consultar en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

b) *El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)*⁴; ambos Pactos acordados en 1966, pero entraron en vigor en enero y marzo de 1976, respetivamente.

Observación general N°14 (2000)⁵. En el artículo 12 del PIDESC regula el derecho a la salud, como el derecho *‘al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental’*. Se ha reconocido que el más amplio desarrollo acerca del derecho a la salud, su alcance y significado, lo ha realizado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la *Observación General N°14 (2000)*. El Comité exaltó la vinculación y la dependencia del derecho a la salud con otros derechos humanos, dentro de los que cita particularmente el *‘derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación’*.

Derechos integrados en la Carta Internacional de Derechos y que, según se expone en la Observación, *‘esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud’*.

Según la observación *“el más alto nivel posible de salud física y mental”* contemplado en el artículo 12 del PIDESC depende de factores socioeconómicos, que permiten a las personas llevar una vida sana, así como de factores biológicos, entre los cuales se encuentran la *“alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano”*. De la misma manera, se indica que también depende de los recursos con que cuenta el Estado.

En Colombia, la Sentencia T-760 de 2008 (MP Manuel José Cepeda Espinosa) de la Corte Constitucional, soportada en los tratados internacionales y en concordancia con el bloque de constitucionalidad, que consagró el derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo, ya no exclusivamente visto por conexidad con el derecho a la vida; por tanto, a partir de ella, la salud es una prestación exigible y justiciable mediante la acción de tutela.

Las instituciones médicas de carácter nacional más representativas y tradicionales del país, reunidas en la Gran Junta Médica Nacional⁶, coordinadas por la ANM (presidente el académico, profesor Fernando Sánchez Torres), presentaron en 2013 al Señor Presidente de la República, doctor Juan Manuel Santos, las bases de un Proyecto de Ley, que fue respaldado y presentado por el Señor Presidente en persona, con mensaje de urgencia, a las Comisiones

⁴ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Adoptado por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 23 de marzo de 1976. Consultar en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>

⁵ ONU. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Consultar en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

⁶ Gran Junta Médica Nacional. Constituida por la Academia Nacional de Medicina, la Asociación de Sociedades Científicas, ASMEDAS, la Federación Médica Colombiana, el Colegio Médico Colombiano y la Asociación Nacional de Médicos Internos y Residentes.

Primeras de Senado de la República y Cámara de Representantes, lo que dio origen a la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, un hito histórico en el desarrollo jurídico de la Nación.

No obstante, la Ley Estatutaria no ha tenido pleno desarrollo, más bien ha continuado aplicándose la Ley 100 de 1993 y profundizando el SGSSS, razón por la cual, es procedente recordar las diferencias existentes entre las citadas leyes 100 y 1751, para comprender la necesidad de una reforma orientada al desarrollo de la Ley Estatutaria en Salud, en lugar de continuar ajustando el SGSSS.

Una vez archivado en el Congreso de la República el proyecto de ley 010 Senado – 425 Cámara de Representantes de 2020, es procedente analizar las diferencias existentes entre la Ley 100 de 1993 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015, para efectos de proponer una actualización de la salud en Colombia, al tenor de lo dispuesto en esta ley.



ANÁLISIS COMPARADO ENTRE LA LEY 100 DE 1993 Y LA LEY ESTATUTARIA EN SALUD 1751/2015.

Tipo de Ley

La Ley 100/93 es una Ley Ordinaria que se tramita en cuatro debates; en tanto que la Ley 1751 es Estatutaria; por tanto, para su aprobación, modificación o derogación requiere ocho (8) debates, exige la mayoría calificada de los miembros del Congreso y su aprobación debe efectuarse en una misma legislatura, es decir, entre julio de un año y junio del siguiente. La Corte revisa su exequibilidad antes de ser sancionada por el presidente, lo que, en la práctica, la hace indemandable. Su desconocimiento más que ilegalidad, genera inconstitucionalidad.

Dentro del orden jurídico, la Ley Estatutaria subordina a la ordinaria, por tratarse de una ley de superior jerarquía. La Ley Estatutaria en Salud tiene un rango superior sobre la Ley 100/93, no solo por ser estatutaria y posterior, sino por regular un derecho fundamental.

Definición y Objeto

La Ley 100 creó el **Sistema General de Seguridad Social en Salud** -SGSSS-, como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos que disponen la persona y la comunidad para gozar de calidad de vida, para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica.

El SGSSS tiene un enfoque de seguros sociales comerciales hacia la protección financiera de las contingencias que se derivan de la pérdida de la salud. El desarrollo del sistema planteado por la Ley 100 tiene como objetivo central la protección económica del individuo frente al gasto en salud. Es decir, la acción regulatoria del Estado se orienta a propiciar las condiciones de los agentes que permitan la protección del riesgo financiero.

En tanto, el **Sistema de Salud**, de que habla el artículo 4 de la Ley Estatutaria en Salud -LES-, es el conjunto articulado y armónico de principios y normas; políticas públicas; instituciones; competencias y procedimientos; facultades, obligaciones, derechos y deberes; financiamiento; controles; información y evaluación, **“que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental a la salud”** (resaltado propio). Es decir, ES TODO, incluye al propio SGSSS, a los regímenes especiales y exceptuados por la Ley 100⁷, a los accidentes de tránsito, los riesgos laborales, a los no afiliados y a los inmigrantes, dado que abarca **a todos los residentes en el país.**

Para la Corte Constitucional, como lo expresa en la Sentencia C-313 de 2014 (M. P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo), resulta necesario destacar que el concepto de Sistema de Salud consagrado en el artículo 4 de la Ley 1751 de 2015, corresponde a un todo que supera en mucho lo establecido en la Ley 100 de 1993, que define el SGSSS. Recuerda la Corte, en este punto, la intervención del Ministerio de Salud y Protección Social en defensa del articulado del proyecto, cuando precisa que en este contenido la noción de sistema no alude

⁷ **Personas Excepcionadas:** La Ley 100 de 1993 estableció que el régimen es aplicable a todas las personas del país en concordancia al principio de universalidad del sistema general de seguridad social en salud (numeral 1 del artículo 153 de la Ley 100 de 1993). No obstante, el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 señaló la exclusión al SGSSS, de las personas que cuentan con un régimen excepcional en salud en el cual los atienden o prestan el servicio; estas personas son: a) Miembros de la Fuerzas militares y Policía. b) Personal civil del Ministerio de Defensa, Policía Nacional y en la Justicia Penal Militar (vinculado antes de 1 abril de 1994). c) Profesores pertenecientes al magisterio -FOMG. d) Afiliados al sistema de salud adoptado por las universidades (Atlántico, Valle, Industrial de Santander, Nacional de Colombia -UNISALUD-, Córdoba, Nariño, Pedagógica y Tecnológica de Colombia). e) Servidores públicos de Ecopetrol. f) Los beneficiarios de estos, teniendo los mismos derechos que el cotizante.

Condiciones especiales de Personas Excepcionadas: Si el cónyuge o compañero permanente del cotizante al Régimen de Excepción tiene vinculación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales este obligado a cotizar al SGSSS, el empleador deberá efectuar la respectiva cotización sobre los ingresos directamente al SGSSS. Si el Régimen de Excepción no contempla la posibilidad de afiliarse cotizantes distintos a los de su propio régimen, el cónyuge del cotizante del Régimen de Excepción deberá permanecer obligatoriamente en el Régimen Contributivo y los beneficiarios quedaran cubiertos por el Régimen de Excepción.

a componentes aislados. Esta percepción se compagina con una apreciación amplia de la disposición y que, en el sentir de la Corte, debe encaminarse a realizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

El ámbito de aplicación de la Ley Estatutaria en Salud definido en el artículo 3, aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud, lo que reitera que el Sistema de Salud así concebido cubre la totalidad del sector salud y no únicamente a los afiliados al SGSSS.

La Ley Estatutaria 1751/2015 tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

Su enfoque se construye a partir del reconocimiento de la salud como un derecho fundamental y su fin es garantizar su goce efectivo por parte de todos los residentes en el país. Esta Ley dispone que el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

La Ley Estatutaria en Salud destaca, en cabeza del Estado, la formulación y adopción de *“políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales”* (Art. 5, numeral c). En el numeral b del Artículo 5 de la citada Ley, se obliga al Estado a *“formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho (...), asegurando la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema”*.

Esto, por una parte, expande el ámbito regulatorio del Estado no solo a las relaciones entre los agentes sino a las que se dan entre estos y los ciudadanos y, por otra, expresa el derecho de estos al acceso integral. Así se justifica de un modo sustancial la implantación de un modelo integral de atención regulado⁸.

Visto lo anterior, es evidente el distanciamiento de la Ley Estatutaria, como mecanismo central del Estado para operar la garantía del derecho a la salud, respecto al modelo de prestación de la Ley 100 de 1993, dentro del cual el sujeto del derecho se encuentra en la cobertura de las prestaciones médicas, aisladas, sin contextualización en su integralidad ni en su interacción con las intervenciones colectivas, en lo que concierne a la Salud Pública.

Redes de servicios

El artículo 13 de la Ley Estatutaria en Salud, se refiere a que el Sistema de Salud estará organizado en ***redes integrales de servicios de salud***, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas; lo que implica que las redes que se constituyan tengan un enfoque de resolutivez

⁸ Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral de Salud. Bogotá DC, 2016. Pág. 25.

de todas las necesidades de atención de la población a cubrir para garantizar el derecho fundamental a la salud.

El funcionamiento de estas redes requiere a su vez que sean **integradas**, dado que se exige la aplicación de los principios de la cooperación y del reconocimiento de la planificación territorial en beneficio de los resultados sociales y de salud, para evitar el potencial riesgo de la integración vertical entre el aseguramiento y el prestador. Esta integración podrá ser funcional por convenios de cooperación o, estructural o por fusión como funcionan Metrosalud en Medellín o las 4 subredes en Bogotá DC.

La integración funcional de la red pública hospitalaria no ha funcionado bajo las directrices de la Ley 100, norma que obligó a los hospitales a competir por los pacientes (por los pagos que ellos representan), subordinando la cooperación a la competencia.

Lo anterior genera uno de los graves problemas existentes hoy en el SGSSS, como lo es la fragmentación de la atención asociada a la desconexión entre las funciones de salud pública y las del aseguramiento.

Las redes integradas, se refieren al aspecto operativo y administrativo de la red. La integración a sí concebida puede ser funcional u orgánica, mediante un proceso de fusión o de integración funcional. Así lo comprendió la Corte, cuando señala en la citada sentencia C-313 de 2014 que:

(...) “Para la Corte, el concepto de “red integral” refleja mejor el tipo de servicios que las entidades que conforman el sistema de salud se obligan a prestar a sus usuarios, mientras que el concepto de “red integrada”, proyecta la forma en la que se organizan dichas entidades. Lo integral apareja la noción de universalidad y diversidad en la oferta de beneficios médicos y asistenciales y lo integrado sugiere la unidad funcional y operacional con miras a la obtención de un propósito unívoco.

Dicho de otro modo, lo integral se asimila a lo completo, mientras que lo integrado a aquello que hace parte de un todo, pudiendo o no acompañarse con la expectativa y los parámetros mínimos de satisfacción del derecho pretendido”.

Lo contrario a integración es la fragmentación de la atención. Esta fragmentación se origina en la coexistencia de 1.103 municipios y 32 entidades territoriales, innumerables prestadores de servicios independientes entre públicos y privados y aseguradoras o entidades administradoras de planes de beneficios (EPS - EAPB); donde cada entidad elabora sus propios protocolos y cada asegurador su propia red, sin articulación.

El Artículo 8 de la citada Ley Estatutaria, sobre integralidad, resalta en forma especial que los servicios de salud “*deben presentarse en forma completa*” y que “*no podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario*”. La integralidad comprende “*todos los elementos esenciales para lograr*

el objetivo médico respecto a la necesidad específica diagnosticada”, lo que implica avanzar hacia un modelo de atención en salud con rutas específicas contratadas en forma integral.

Plan obligatorio de Salud (POS) de la Ley 100 VS prestaciones en salud de la Ley Estatutaria.

El Artículo 162 de la Ley 100/93 creó el Plan Obligatorio en Salud -**POS**-. El contenido del POS lo definía el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud -**CNSSS**-, ya liquidado, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica. Para la financiación del POS concurren los copagos y las cuotas moderadoras. El POS está conformado por un listado de inclusiones y otro de exclusiones, dejando zonas grises entre unas y otras, que han sido utilizadas por las aseguradoras para negar servicios.

El POS, como está concebido en la Ley 100, se ha prestado a grandes inequidades, las cuales se han venido subsanando gracias a los fallos de la Corte Constitucional.

En la Ley Estatutaria en Salud, artículo 15, el derecho fundamental a la salud garantiza una cobertura de salud con prestaciones implícitas para todas las personas, con excepción de lo expresamente excluido. La prestación de servicios y tecnologías debe ser estructurada sobre una concepción integral de la salud, que incluye su promoción, prevención, atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, sin que se puedan interpretar las coberturas del Sistema como una restricción al alcance del derecho fundamental.

La transición entre el POS y las coberturas con prestaciones implícitas se estableció por dos años, contados a partir del momento de la sanción de la Ley 1751 del 16 de febrero de 2015.

El plazo venció el 16 de febrero de 2017 y aun se sigue hablando de actividades, intervenciones y procedimientos o tecnologías NO POS, ahora denominadas NO PBS (Plan de Beneficios en Salud -cuando realmente, no son **beneficios**, si no **derechos**-). En todo caso, el desarrollo de la Ley Estatutaria en Salud que se propone exige el cumplimiento estricto de lo establecido en el artículo 15 de la citada Ley Estatutaria.

Autonomía en el ejercicio de los profesionales de la salud

La Ley 100 de 1993 inspirada en la rentabilidad económica, generó una política generalizada de contención de costos. Las empresas acuden, como siempre, a los costos laborales. Uno de los aspectos más afectados ha sido los honorarios y los sueldos de los trabajadores sanitarios en general y de los médicos en particular, ahora regidos por las leyes de la oferta y la demanda. Falta mucho para que los profesionales de la salud ejerzan sus respectivas profesiones con la autonomía que requiere su ejercicio, dado que persiste constreñimiento a la hora de la prescripción de algunos medicamentos considerados de alto costo, el ordenamiento de procedimientos diagnósticos o remisión a especialistas.

La política de contención de costos apunta al constreñimiento del acto médico en forma explícita o soterrada, como lo demostraron los estudios de la Defensoría del Pueblo en el año 2007, “*Autonomía Médica y su Relación con la Prestación de los Servicios de Salud*”⁹. así como el estudio realizado por la Universidad de Antioquia con la Universidad Industrial de Santander y la Procuraduría General de la Nación y dirigido por Gloria Molina en 2009, “*Dilemas en las Decisiones en la Atención en la Salud. Ética, Derechos y Deberes Constitucionales Frente a la Rentabilidad Financiera*”¹⁰.

La Defensoría encontró varias modalidades de restricción: Por tiempo, por paciente o por patología; por el número máximo de exámenes en cada consulta o el número de medicamentos por fórmula. Igualmente se evidenciaron barreras de acceso de orden administrativo, financiero, geográfico y de interculturalidad.

La vocación de la Ley Estatutaria en Salud es opuesta en este sentido a la Ley 100, al establecer en el artículo 17 que el derecho a la salud: (...) “*garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica*”.

Si este ordenamiento se cumpliera, no deberían existir las “*autorizaciones*” de las EPS para determinadas órdenes médicas, que son barreras de acceso administrativas, basta con la solicitud o prescripción del médico tratante.



ALCANCE DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD

Comisión Conjunta Ministerio de Salud y Protección Social – Academia Nacional de Medicina. Creada con el objetivo de ayudar, colaborar, organizar, continuar e impulsar la

⁹ Defensoría del Pueblo. *Autonomía Médica y su Relación con la Prestación de los Servicios de Salud*.

Gualteros, Martha Lucía y otros. Página 45 y siguientes. Bogotá 2007.

¹⁰ Molina Gloria y colaboradores. “*Dilemas en las Decisiones en la Atención en la Salud. Ética, Derechos y Deberes Constitucionales Frente a la Rentabilidad Financiera*”. Consultar en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/1592/1248>

normatividad para la implementación de la Ley Estatutaria en Salud, y a través de sus recomendaciones participar en la generación de un Sistema de Salud que garantice el goce pleno del derecho fundamental: La Salud de los colombianos.

Bajo estas directrices se creó la Comisión Conjunta conformada por médicos designados por la Academia Nacional de Medicina (de diferentes instituciones médicas: ANM, ASCOFAME, ASMEDAS, CMC, ACSC) y por profesionales y funcionarios del Ministerio de Salud y Protección Social, designados por este ministerio.

Esta comisión, teniendo en cuenta la Ley Estatutaria en Salud, definió los temas a estudiar e implementar, los objetivos a cumplir, la logística y metodología a desarrollar y los plazos a cumplir. El 29 de enero de 2018 se firmó el Acuerdo Academia Nacional de Medicina de Colombia–Ministerio de Salud y Protección Social, entre el Ministro de Salud Dr. Alejandro Gaviria Uribe y el presidente de la Academia Nacional de Medicina, académico Dr. Herman Esguerra Villamizar. Convenio que fue ratificado con la actual administración, siendo Ministro de Salud y Protección Social el doctor Juan Pablo Uribe.

Del informe final¹¹, extractamos algunos apartes que sirven de base para la parte motiva de los fundamentos para desarrollar la Ley Estatutaria 1751 de 2015, así como son soportes muy importantes las sentencias T-760 de 2008 y la C-313 de 2014 de la Corte Constitucional y la propia Ley Estatutaria en Salud, los aportes de los académicos miembros del Comité Legislativo, la Comisión de Salud, la Junta Directiva y las instituciones médicas y de profesionales de la salud que participan en la elaboración de este documento.

La Sentencia C-313 de 2014 (MP Gabriel Eduardo Mendoza Martelo) basada en el artículo 49 Superior, establece que la salud, así como el saneamiento ambiental, son servicios públicos en virtud de los cuales se garantiza *“a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.”*

La misma sentencia establece que el Estado debe proveer de los recursos necesarios que le permita a la población tener un goce efectivo del derecho a la salud y que, por lo tanto, todas las autoridades deben propender por ello y aclara que ninguna autoridad puede restringir los derechos fundamentales bajo la excusa de la estabilidad fiscal.

Art.49° de la Constitución Política: ***“Al interpretar el presente artículo, en ninguna circunstancia, autoridad alguna de naturaleza administrativa, legislativa o judicial, podrá invocar la sostenibilidad fiscal para menoscabar los derechos fundamentales, restringir su alcance o negar su protección efectiva”*** (resaltado propio).

¹¹ Convenio Ministerio de Salud y Protección Social - Academia Nacional de Medicina, para el estudio e implementación de la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015. Informe final. Bogotá DC, 2020.

El anterior artículo destaca, por un lado, el papel activo del Estado en la economía, por el otro, la prioridad del gasto público social, así como también la progresividad para el acceso a los bienes y servicios. Esto aunado a la imposibilidad de invocar la sostenibilidad fiscal para menoscabar, restringir o negar la protección efectiva de los derechos fundamentales.

En el caso del ordenamiento jurídico colombiano, y por vía jurisprudencial, en sede de revisión, la Corte Constitucional profirió la sentencia T-760 de 2008, en uno de cuyos relevantes apartes, se sintetizó lo que hasta ese momento había considerado el Tribunal Constitucional sobre el derecho a la salud. Dijo la Sala de Revisión:

“(...) El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna (...).”

Es así como, “... La Sala ha identificado a lo largo de la jurisprudencia de la Corte, tres lineamientos claros y diferenciables: (i) La dignidad humana entendida como autonomía o como posibilidad de diseñar un plan vital y de determinarse según sus características (vivir como quiera). (ii) La dignidad humana entendida como ciertas condiciones materiales concretas de existencia (vivir bien). Y (iii), la dignidad humana entendida como intangibilidad de los bienes no patrimoniales, integridad física e integridad moral (vivir sin humillaciones)” ...

Con base en esto la Corte concluye:

“El derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad; (...).”

La exposición de motivos que sustentó el Proyecto de la Ley Estatutaria, fundamentó su propuesta en la necesidad de superar los siguientes problemas del Aseguramiento Comercial establecido en la ley 100: “acceso inoportuno a los servicios en los diferentes niveles, los problemas de calidad en la prestación del servicio, la ineficiencia en el uso de los recursos, el énfasis en el enfoque curativo antes que en el promocional y preventivo, la iliquidez y

deudas en relación con la sostenibilidad del sistema, la explosión tecnológica en salud que ha elevado costos”; entre otros problemas que aún persisten.

Frente a tal inventario de dificultades se plantea *“una reforma estructural que limite el lucro basado en la enfermedad y priorice el garantizar un derecho humano fundamental y no la rentabilidad de un negocio, según se advierte en el texto contenido en el órgano de publicación oficial del Congreso, los preceptos que integren la Ley Estatutaria del derecho a la salud”*.

Puede decirse que el alcance del derecho a la salud promulgado por la Ley Estatutaria en Salud abarca todo aquello que permite gozar en forma integral no solo del concepto sino en realidad de los aspectos de salud que comprenden la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidado paliativo, control y seguimiento, enmarcados en calidad, oportunidad y continuidad de la atención. Siendo la salud un derecho fundamental debe estar no solo dirigido a la persona o individuo, sino que cumpliendo el principio de universalidad debe estar y ser capaz de ofrecer y proporcionar el derecho a toda la población nacional y residente en el país y desde el mismo momento de la concepción hasta la muerte, como lo predica la Ley Estatutaria en Salud.

Como todo derecho fundamental conceptualmente puede considerarse ilimitado; más su oferta, ejercicio y disfrute deben obedecer también a aspectos limitantes que son dados por la misma sociedad y condiciones de ella, y que hacen parte del ordenamiento jurídico. En principio, estas limitantes generarían unas exclusiones dependientes de aspectos de orden médico: Éticos, científicos, médicos, propiamente dichos; de orden financiero: Económicos, implementación de tecnología y desarrollo científico, costo-beneficio, sostenibilidad financiera y financiamiento por parte del Estado; y aspectos de orden social: Prioridad, oportunidad, temporalidad, ubicación y determinantes sociales, entre otros. La categorización de las exclusiones, si bien obedece a orígenes o fuentes diferentes, estas deben armonizarse, complementarse y potencializarse de tal forma que su tendencia no solo esté en tener un menor y justificado número de exclusiones, sino en cumplir a lo máximo el alcance del derecho mismo.

Habida cuenta que tan solo entre el 30 al 50% de la enfermedad se genera en su campo y el resto depende de otra serie de factores que implican a otros sectores. En tal sentido, es imprescindible vincular a los restantes sectores que tienen que ver con determinantes sociales de la salud para restablecer los equilibrios que se han perdido.

Por ello, se plantea la constitución del **Consejo Nacional de Salud**, con amplia participación de los sectores gubernamentales que pueden impactar los determinantes sociales de la salud, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, como organismo de dirección del Sistema de Salud, con representación institucional del orden nacional de todos los actores de la salud, con las competencias necesarias, entre otras funciones, para adoptar las políticas públicas

dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud. Este Consejo Nacional de Salud orientará el criterio de **la salud en todas las políticas** para lograr una intervención intersectorial eficaz (artículo 9° de la Ley Estatutaria en Salud). El Consejo Nacional de Salud para garantizar su operatividad, tendrá financiación propia.

En complemento, desde el punto de vista financiero, habida cuenta de la necesidad de recursos frescos, se propone garantizar el cumplimiento del Acuerdo de Punto Final¹² e incluir nuevas fuentes de recursos para sincerar, sanear y dinamizar el Sistema, así como medidas para evitar la pérdida del equilibrio financiero, con el fortalecimiento de la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES) como ente único recaudador y pagador a través de giros directos a los prestadores de los servicios¹³.



ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS).

Las características y los objetivos de la atención Primaria de la Salud¹ (APS) se plantearon hace más de tres décadas durante la Conferencia de Alma Ata en 1978¹⁴. Desde entonces y en pro de garantizar el derecho universal a la salud, esta estrategia se transformó en la política con mayor nivel de consenso a nivel global entre los actores del sector.

¹² **Acuerdo de punto final.** Busca el saneamiento definitivo, es una política que tiene por objeto preservar la sostenibilidad financiera del SGSSS, como vía para garantizar el derecho fundamental de salud, en el mediano y largo plazo. En virtud de lo establecido en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 (PND 2020-2024) y el Decreto 521 de 2020, corresponde a la ADRES adelantar el proceso de revisión, reconocimiento y giro de las cuentas que le presenten las entidades recobrantes en el marco del citado mecanismo por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC del régimen contributivo.

¹³ **ADRES.** La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, creada por el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, es una entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente. La entidad es asimilada a una Empresa Industrial y Comercial del Estado.

¹⁴ WHO. Declaration of Alma-Ata, 1978. Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf [Acceso 01/01/2014]

Sin embargo, a la hora de ser implementada, este consenso se diluye y aparecen diferencias sustanciales en cuanto a su aplicación. Esta propuesta surgió y fue aceptada universalmente en función de un diagnóstico global que alertaba sobre la gran desigualdad existente en la condición de salud de las personas, especialmente entre los países desarrollados y los países en desarrollo, pero también dentro de cada nación.

A partir del conocimiento universal de la salud como derecho y como objetivo social, y en el convencimiento de que a la misma debe llegarse de forma contextualizada, los organismos sanitarios internacionales propusieron la estrategia de la APS como instrumento idóneo para transformar los sistemas de salud y para mejorar las condiciones de salud general¹⁵.

La APS es una estrategia que permite articular y coordinar los servicios de salud con otros sectores de la acción estatal, junto con la participación de las comunidades, para garantizar la integralidad de la atención, la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones, en sus territorios. Se constituye en la puerta de entrada al Sistema de Salud e implica una alta capacidad resolutive de servicios interdisciplinarios e intersectoriales con enfoque familiar, comunitario, laboral y territorial, que logra prevenir y resolver la mayoría de los problemas de salud de la población.

Salud en todas las políticas. Según la OPS, la APS implica un enfoque para la formulación de políticas que considera sistemáticamente las implicaciones sanitarias de las decisiones en todos los sectores, buscando sinergias y evitando los efectos nocivos para la salud de las políticas fuera del sector de la salud para mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria.

En línea con los principios de Alma Ata, la Carta de Ottawa, el Informe final de la Comisión sobre los determinantes sociales de la salud y la Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud, salud en todas las políticas es un enfoque colaborativo que busca mejorar salud mediante la incorporación de un lente de salud en la toma de decisiones en todos los sectores y áreas de política.

También desarrolla la capacidad de los profesionales de políticas de salud para reconocer y apoyar los objetivos de desarrollo de otros sectores, reconociendo la naturaleza interdependiente del desarrollo social, económico y ambiental¹⁶. Un componente clave de la APS es la **participación comunitaria** de la cual se ocupa el artículo 12 de la Ley Estatutaria en Salud, al establecer que: *“El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan”*.

¹⁵ Weisbrot Mariela. Actualización: Evolución y transformación conceptual de la Atención Primaria de la Salud. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires. *Evolution and conceptual transformation of Primary Health Care*.

¹⁶ OPS. Consultar en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-todas-politicas>

En conclusión, en Colombia, no se requiere continuar ajustando la Ley 100 de 1993, si no, desarrollar a plenitud la Ley Estatutaria en Salud para garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud para todos los residentes en el país, bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

La Academia Nacional de Medicina, propone a las instituciones médicas de carácter nacional que conforman la Gran Junta Médica Nacional que, así como asumieron la responsabilidad y elaboraron el proyecto de Ley que dio origen a la Ley Estatutaria en Salud, del mismo modo, consideren procedente elaborar los acuerdos fundamentales por medio de los cuales se establezca en Colombia el Sistema de Salud de que trata el artículo 4° de la Ley 1751 de 2015, propuesta que será presentada al Gobierno Nacional, al Congreso de la República y a la opinión general.



Acuerdos fundamentales para el pleno desarrollo de la Ley Estatutaria en Salud:

1. PROPÓSITO DEL CONSENSO: Desarrollar la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 (sea mediante decretos, resoluciones o en virtud de una o varias leyes), **NO CONTINUAR PROFUNDIZANDO EL SGSSS** establecido en la Ley 100 de 1993.

2. REDEFINIR EL SISTEMA DE SALUD al tenor del dispuesto en el Artículo 4° de la LES, el cual *incluye todo lo que el Estado disponga para la garantía del derecho humano fundamental a la salud.*

- SGSSS.

- REGÍMENES ESPECIALES (artículo 279, Ley 100) como el S. de Salud de las FF MM – Policía Nacional - FOMAG – ECOPETROL – S. de Salud U. Públicas. Piso de Protección Social (D, 1174/20). No afiliados, migrantes.
- TODA LA POBLACIÓN RESIDENTE EN EL PAÍS.
- Accidentes laborales y enfermedad profesional (ARL). Accidentes de tránsito (en lo que a la atención de salud se refiere).

2.1 Objeto del Sistema de Salud. El Sistema de Salud tendrá como objeto garantizar el derecho fundamental a la salud para todos los residentes en el país.

3. ALCANCE DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD.

Como lo dispone el artículo 2 de la ley 1751 de 2015, el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Este derecho alcanza todo aquello que permita garantizar el goce integral y efectivo del derecho fundamental a la salud que incluye el impacto positivo a los determinantes sociales de la salud, así como la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidado paliativo, control y seguimiento y el derecho a morir dignamente (artículo 15 Ley 1751/2015).

Con lo anterior y, aunado al cumplimiento del artículo 49 de la Constitución Política, *“Al interpretar el presente artículo, en ninguna circunstancia, autoridad alguna de naturaleza administrativa, legislativa o judicial, podrá invocar la sostenibilidad fiscal para menoscabar los derechos fundamentales, restringir su alcance o negar su protección efectiva”* (resaltado propio).

4. RECTORÍA DEL SISTEMA DE SALUD.

Es la competencia del Estado para formular, establecer, aplicar y vigilar normas para el Sistema de Salud. El Sistema de Salud tendrá instancias de rectoría en los ámbitos nacional, territorial y distrital. En el ámbito nacional, la rectoría del Sistema de Salud estará bajo la orientación y regulación de la Presidencia de la Republica y del MSPS. En el ámbito territorial y distrital, la rectoría será ejercida por los Gobernadores o Alcaldes y los Directores/as o Secretarios/as Territoriales de Salud.

CONSEJO NACIONAL DE SALUD. Crear el Consejo Nacional de Salud, adscrito al MSPS, como organismo de dirección del Sistema de Salud, con representación institucional del orden nacional de todos los actores de la salud y entidades gubernamentales con las competencias necesarias para adoptar las políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los **determinantes sociales de la salud**, entre otras funciones.

El Consejo Nacional de Salud tendrá financiación propia. Ver documento anexo sobre el Consejo Nacional de Salud, composición y funciones (en discusión).

4.1 El Consejo Nacional de Salud orientará el criterio de **la salud en todas las políticas** para lograr una intervención intersectorial eficaz (artículo 9° de la Ley Estatutaria en Salud).

4.2 Consejos Territoriales de Salud. A imagen y semejanza del C. N. de Salud. Alcance obligatorio de sus decisiones en el territorio en el marco del Sistema de Salud y de lo dispuesto por el Consejo Nacional.

5. COBERTURA DE PRESTACIONES EN SALUD.

El Sistema de Salud tendrá cobertura de prestaciones implícitas, con exclusiones explícitas. todo está incluido, con excepción de lo excluido, según lo establece el artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud que deberá ser cumplido a cabalidad:

“El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, el diagnóstico, la atención y tratamiento de la enfermedad, la paliación y rehabilitación de sus secuelas.

En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

- a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;*
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;*
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;*
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;*
- e) Que se encuentren en fase de experimentación;*
- f) Que tengan que ser prestados en el exterior”.*

Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el MSPS, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente.

En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad.

Para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente (para el efecto, el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Resolución 330 de 2017¹⁷).

Parágrafo 1°. *El Ministerio de Salud y Protección Social tendrá hasta dos años para implementar lo señalado en el presente artículo. En este lapso el Ministerio podrá desarrollar el mecanismo técnico, participativo y transparente para excluir servicios o tecnologías de salud.*

Parágrafo 2°. *Sin perjuicio de las acciones de tutela presentadas para proteger directamente el derecho a la salud, la acción de tutela también procederá para garantizar, entre otros, el derecho a la salud contra las providencias proferidas para decidir sobre las demandas de nulidad y otras acciones contencioso-administrativas.*

Parágrafo 3. *En ninguna circunstancia deberá entenderse que los criterios de exclusión definidos en el presente artículo afectarán el acceso a los tratamientos a las personas que sufren enfermedades raras o huérfanas”.*

6. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS).

Las características y los objetivos de la APS se plantearon hace más de cuatro décadas durante la Conferencia de Alma Ata en 1978¹⁸, ratificada y enriquecida con nuevas declaraciones como las de APS Renovada¹⁹ y Astaná en octubre de 2018²⁰. Desde entonces y en pro de garantizar el derecho universal a la salud, esta estrategia se transformó en la política con mayor nivel de consenso a nivel mundial.

¹⁷ **RESOLUCIÓN 0330 DE 2017 DEL MSPS.** El procedimiento se desarrollará en cuatro fases:

1. **Fase de nominación y priorización:** Participan todos. Meses de I, II; VII, VIII. Publicación – Objeciones. Priorización y remisión al IETS.
2. **Fase de análisis técnico-científico:** IETS, Grupo de Análisis Técnico Científico: concepto de Asociaciones de profesionales de la salud, Federaciones, Academia Nacional de Medicina, ASCOFAME, Colegio de Químicos Farmacéutico, Odontológico, Nutricionista, Optómetras, Psicólogos, Terapeutas, u otras asociaciones profesionales, según sea el caso y, un representante del MSPS.
3. **Fase de consulta a pacientes potencialmente afectados.** Convocatoria a las asociaciones de usuarios, análisis y consulta y, publicación de las opiniones.
4. **Fase de adopción y publicación de las decisiones.** Una vez recibido el consolidado de las opiniones y las recomendaciones del Grupo de Análisis Técnico Científico, el MSPS adoptará la decisión frente a la exclusión, mediante acto administrativo debidamente motivado.

¹⁸ WHO. Declaration of Alma-Ata, 1978. Disponible en:

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

¹⁹ Consultar en: <https://scielosp.org/article/rpsp/2007.v21n2-3/73-84/>

²⁰ Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre de 2018. Consultar en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

Con base en el reconocimiento de la salud como derecho humano fundamental establecido en la Ley Estatutaria en Salud (LES) (artículos 1, 2), las organizaciones presentes en las reuniones de consenso convocadas por la ANM, proponemos la **Atención Primaria Integral de Salud APIS** como la estrategia más idónea para desarrollar el Sistema Nacional de Salud establecido por el artículo 4 de esta Ley, con el propósito de mejorar las condiciones de salud de toda la población residente en el país.

La APIS es una estrategia que permite articular y coordinar los servicios de salud con otros sectores de la acción estatal, con amplia participación de las comunidades, para garantizar la integralidad de la atención, la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones, en sus territorios.

Se constituye en la puerta de entrada al Sistema de Salud e implica una alta capacidad resolutoria de servicios interdisciplinarios e intersectoriales con enfoque familiar, comunitario y territorial, que logra prevenir y resolver la mayoría de los problemas de salud de la población.

El desarrollo de la APIS reconocida en la LES, incluye:

- **La participación social y comunitaria** (artículo 12 de la LES)²¹.
- **El impacto positivo de los determinantes sociales de la salud** (artículo 9° de la LES) que será coordinado por el **Consejo Nacional de Salud**, con **trabajo multi e intersectorial y transdisciplinar** para adoptar las políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las inequidades y desigualdades sociales.
- **La Salud en todas las políticas.** Desde un enfoque colaborativo, la APIS considera las implicaciones sanitarias de las decisiones en todos los sectores, buscando sinergias y evitando los efectos nocivos para la salud de las políticas fuera del sector de la salud; por tanto, cada ministerio o entidad gubernamental participante en el Consejo Nacional de Salud, en el marco de sus competencias, asignará recursos para cumplir con los objetivos y hará seguimiento para definir los efectos positivos o negativos de sus políticas públicas en el campo de la salud.

²¹ **Ley 1751 de 2025. Artículo 12. Participación en las decisiones del sistema de salud.** El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan. Este derecho incluye:

- a) Participar en la formulación de la política de salud, así como en los planes para su implementación;
- b) Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema;
- c) Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos;
- d) Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías;
- e) Participar en los procesos de definición de prioridades de salud;
- f) Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud;
- g) Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud.

- **La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad** sobre una concepción integral de la salud (artículo 15), todo articulado con el modelo de atención en salud.

7. MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD.

Su base será la APIS, desarrollada con cobertura en uno o varios territorios o regiones, según las necesidades, los cuales no corresponden necesariamente con la división política administrativa (en la medida en que para garantizar la integralidad se requieren los tres niveles de complejidad y muchas entidades territoriales carecen de ellos), organizados en las **Redes Integrales de Salud**, resolutiveas de todas las necesidades de atención de la población a su cargo (artículo 13 de la LES).

Estas redes, son una forma de organización de instituciones y de servicios de salud individuales y colectivos, **de carácter público, privado o mixto**, que se articulan para garantizar la atención integral de las personas y comunidades residentes en un territorio o región, incorporando los tres niveles de atención, orientadas hacia la garantía del derecho a la salud, en el marco de los principios establecidos en el artículo 6° de la LES.

Las redes actuarán sin intermediación financiera, con recursos públicos derivados de los aportes, las cotizaciones y los impuestos nacionales con el fin de desarrollar progresivamente el acceso igualitario a los servicios de atención de acuerdo con las condiciones concretas de los territorios y regiones saludables.

Las redes prestarán los servicios sobre una concepción integral de la salud, según lo definido en el artículo 15 de la LES, en concurrencia con el principio de integralidad determinado en el artículo 8 de la misma Ley. Así mismo, incorporará la Seguridad y Salud en el Trabajo y la Telesalud y demás tecnologías apropiadas y especializadas para el desarrollo de la medicina a distancia para aquellas regiones o territorios que lo requieran.

Contará con **equipos multi e interdisciplinarios**, resolutiveas dirigidos por un médico que visitarán los hogares en los territorios o regiones previamente definidas, iniciando por las más necesitadas.

Estos equipos, tanto en el ámbito individual, familiar y comunitario, desarrollarán entre otras las siguientes acciones:

- (1) Caracterización e identificación de las condiciones, necesidades y riesgos de salud de los individuos, familias y comunidades;
- (2). Acciones resolutiveas (consulta, prescripción, atención domiciliaria), promocionales y preventivas en salud, de orden individual y colectivo las cuales permitan a través procesos de información, educación y comunicación incidir en las prácticas en salud y la remisión o canalización a los servicios pertinentes según la necesidad identificada.

Para lo anterior, se requiere un **sistema único de información en salud**, robusto, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros, como lo establece el artículo 19 de la LES.

8. REDES INTEGRALES DE SERVICIOS DE SALUD.

Según lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Sistema de Salud estará organizado en redes **integrales** de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas.

8.1 Estas redes son una forma de organización de instituciones y de servicios de salud individuales y colectivos, de carácter público, privado o mixto, que se articulan para garantizar la atención integral de las personas y comunidades residentes en un territorio o región, orientadas hacia la garantía del derecho a la salud, en el marco de los principios orientadores del Sistema de Salud y dispuestos a rendir cuentas al Estado y a la sociedad.

8.2 Serán integrales en la medida en que tendrán un enfoque resolutivo dentro de la red de todas o de la mayoría de las necesidades de atención de la población bajo su cuidado. La atención se organizará a través de las rutas de atención integral -RIAS.

8.3 Igualmente serán **integradas**. El MSPS definirá los convenios de integración funcional o los procesos de fusión que sean procedentes para lograr la integración.

9. FORTALECIMIENTO GENERAL DE LA RED PÚBLICA DE SERVICIOS.

Para avanzar en la aplicación del derecho a la salud, se requiere de una Red Pública fortalecida, estructurada como columna del modelo, con servidores públicos y trabajadores oficiales, financiada con recursos públicos del orden nacional, distrital, departamental y municipal, recaudados en un fondo público nacional y único, que garantice la sostenibilidad fiscal para cubrir los presupuestos de fomento, promoción, prevención, atención integral e inversión en infraestructura hospitalaria en los tres niveles de atención, necesarios para la atención de toda la población, con criterios de eficiencia y productividad social.

Con este propósito, los prestadores de servicios de salud deben estar en toda la extensión del territorio nacional y brindar integralmente los servicios que requiere la población, independientemente de la rentabilidad económica de cada servicio o cada territorio.

Para lograrlo, se requiere que los recursos en el Sistema de Salud fluyan con celeridad y oportunidad, **sin ningún tipo de intermediación financiera** y, son necesarios los subsidios de oferta (recursos públicos) para los hospitales en modelos de atención diferenciados, con indicadores de desempeño para garantizar su gestión en salud. Estos subsidios deben cubrir todas las actividades multi e intersectoriales de APS para afectar positivamente los determinantes sociales de la salud, la participación comunitaria y las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a cargo de hospitales públicos de primer nivel, incluidos los equipos multi e interdisciplinarios de atención territorial o regional en salud.

Plan de equipamientos en salud y modernización de la Red Pública a nivel nacional. Creación y desarrollo de nuevos centros hospitalarios según las necesidades territoriales y, apoyo en infraestructura y dotación de nuevas tecnologías. Para el efecto, se propone recrear el **Fondo Nacional Hospitalario** o una institución similar.

Sistemas de salud diferenciados. Ley 1751 de 2015. Artículo 24: ***“Deber de garantizar la disponibilidad de servicios en zonas marginadas. El Estado deberá garantizar la disponibilidad de los servicios de salud para toda la población en el territorio nacional, en especial, en las zonas marginadas o de baja densidad poblacional. La extensión de la red pública hospitalaria no depende de la rentabilidad económica, sino de la rentabilidad social.”***

En zonas dispersas, el Estado deberá adoptar medidas razonables y eficaces, progresivas y continuas, para garantizar opciones con el fin de que sus habitantes accedan oportunamente a los servicios de salud que requieran con necesidad”.

Es evidente que el Sistema General de Seguridad Social en Salud que actualmente nos rige no está respondiendo a las necesidades de atención en salud en casos de departamentos con amplia población pobre, marginada, necesitada y dispersa como la Guajira, Chocó, Guaviare, Guainía, Vichada, Vaupés, Casanare, San Andrés y Providencia, Caquetá, Amazonas, Arauca, Putumayo y demás regiones urbanas y rurales con características similares que por sus condiciones requieran de atención integral y prioritaria.

El reconocimiento de esta situación y la aplicación del artículo 24 de la citada Ley Estatutaria, deben generar una propuesta específica del Sistema Nacional de Salud tendiente a establecer un sistema diferenciado en estas regiones, con base en recursos públicos que garanticen estabilidad, suficiencia y continuidad financiera de la red pública de servicios, así como la dotación de establecimientos sanitarios necesarios y suficientes, con la garantía de conexión con las redes de atención para los casos de mayor complejidad incluido el desarrollo de infraestructura para la medicina a distancia, para satisfacer el derecho fundamental a la salud en estas regiones y entidades territoriales para toda su población.

10. AUTONOMÍA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.

En ejercicio de la autorregulación, este tema tan importante, deberá ser desarrollado por parte de las organizaciones representativas de los profesionales de la salud.

Acorde con al artículo 17 de la Ley Estatutaria en Salud, el Sistema de Salud garantizará *“la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica”.*

En ejercicio de dicha autonomía, no se requerirán autorizaciones administrativas dentro de las redes integrales de servicios de salud, la orden médica se constituye en el único requisito necesario para la prestación del servicio.

En caso de discrepancia, se dará aplicación a lo establecido en el artículo 16 de la LES:

“Procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud. Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores de servicios de salud, utilizando criterios de razonabilidad científica, de acuerdo con el procedimiento que determine la ley”.

11. CONDICIONES LABORALES EN EL SECTOR.

En cumplimiento del artículo 25 y 53 de la C. P. y el artículo 18 de la Ley Estatutaria en Salud, en el Sistema de Salud, se garantizarán condiciones laborales del personal sanitario que garanticen estabilidad, seguridad y continuidad laboral, así como actualización continua.

Para el efecto, en el sector salud, el Gobierno Nacional presentará al Congreso un proyecto de Ley en virtud de la cual se establezca un **Estatuto de Personal para Trabajadores de la Salud**, el cual será concertado con el sector.

En todo caso, el sector privado no podrá tener condiciones laborales inferiores al sector público y los trabajadores serán vinculados bajo las normas del Código Sustantivo del Trabajo (CST), por tiempo, evento o servicio, en cumplimiento de las normas laborales, constitucionales y legales y acatando los compromisos internacionales de la OIT sobre trabajo digno.

El Estatuto de Personal para Trabajadores de la Salud, como mínimo, deberá incluir:

- **Carrera Administrativa especial del sector** con vinculación formal por concurso de méritos, clasificación de los empleos y curso de inducción y período de prueba; respetando los derechos adquiridos de quienes actualmente se encuentran vinculados como servidores públicos bajo la normatividad vigente y se reconocerá el proceso de mejoramiento continuo.
- **Régimen salarial especial para el sector salud**, con proporcionalidad al nivel de formación, antigüedad, modalidades y períodos de pago, preservando el principio de igualdad: *“A igual función, igual remuneración”*.
- **Jornada ordinaria** y horarios (máximo de 42 horas semanales), horas extras, nocturnas o por turnos, dominicales y festivos, habitualidad y permanencia de la labor y descansos compensatorios como parte de la jornada laboral.

- **Prima técnica**, gastos de representación, prima de riesgo en circunstancias especiales, prima por ubicación geográfica, quinquenios, vacaciones, licencias, permisos remunerados.
- **Se garantizará la estabilidad y la continuidad laboral.**
- **Medicina, higiene, salud y seguridad en el trabajo.**
 - **Reclasificación del riesgo. Considerar las profesiones y ocupaciones en salud como actividades de riesgo alto (V).**
 - Por tanto, se definirán las condiciones, requisitos y beneficios, aplicables a dichos trabajadores; por ejemplo, la contabilización del tiempo para efectos de la pensión.
 - Caso especial de los trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes.
- **Trabajos ocasionales, teletrabajo o trabajo en casa.**
- **Control interno disciplinario y desvinculación:** Toda desvinculación de los trabajadores de la salud deberá respetar el derecho fundamental al debido proceso y el derecho a la defensa, acorde con el artículo 29 de la C. P.
- **Acoso y discriminación laboral**, ratificación del Convenio 190 de la OIT sobre la **violencia** y el acoso en el trabajo.
- **Políticas públicas contra la violencia estructural en el Sistema de Salud.**
- **Políticas de actualización continua.** Las instituciones y el Sistema de Salud deberán garantizar el tiempo y las condiciones para favorecer los programas de educación continua.
- **Otros factores para considerar:**
 - ❑ **Relación Docencia – Servicio.** Permitir la simultaneidad de estas dos actividades. Los programas de formación de recurso humano deberán corresponder a las necesidades de salud de la población en los territorios. En cada red de servicios, deberá existir coordinación y planificación de los cupos de acuerdo con la capacidad instalada.
 - ❑ **En el caso de los médicos, equiparar el pregrado, para todos los efectos, a Magister;** la especialización a Doctorado y, la segunda especialización, a Posdoctorado.
 - ❑ **Autonomía de los profesionales de la salud.** En ejercicio de la autorregulación, este tema tan importante, deberá ser desarrollado por parte de las organizaciones representativas de los profesionales de la salud.

Acorde con al artículo 17 de la Ley Estatutaria en Salud, el Sistema de Salud garantizará “*la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de **autorregulación**, la **ética**, la **racionalidad** y la **evidencia científica**”.*

En ejercicio de dicha autonomía, no se requerirán autorizaciones administrativas dentro de las redes integrales de servicios de salud, la orden médica se constituye en el único requisito necesario para la prestación del servicio.

En caso de discrepancia, se dará aplicación a lo establecido en el artículo 16 de la LES: “**Procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud.** Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores de servicios de salud, utilizando criterios de razonabilidad científica, de acuerdo con el procedimiento que determine la ley”.

- ❑ **Equidad de género y de etnia.** Se reconocerá igual salario, prestaciones sociales, condiciones de ascenso a las y los trabajadores de salud según su formación sin importar su género o etnia. Se prohíbe todo tipo de discriminación salarial en trabajos de igual valor. Las instituciones de salud implementaran políticas afirmativas, para que las mujeres puedan ejercer los cargos de mayor dirección.
- ❑ **En el Sistema de Salud, para las labores misionales permanentes, no habrá intermediación de la relación laboral.**
- ❑ **OPS.** Progresivamente en un tiempo máximo de tres (3) años, con metas anuales establecidas, se acabará con las órdenes de prestación de servicios para las actividades misionales de carácter permanente; con excepción de lo dispuesto en la Sentencia C-614 de 2009.
- ❑ **El cumplimiento de las normas laborales establecidas en el Estatuto de Personal para el Sector Salud hará parte de las condiciones de habilitación de los servicios de salud.**

12. ASPECTOS FINANCIEROS.

La ANM es consiente que el desarrollo de la LES requiere de cuantiosos recursos; no obstante, considera que la inversión pública en salud en el país es una necesidad que subsana un rezago histórico, lo que ha sido evidente a lo largo de la pandemia por SARS CoV2.

La salud pública no se debe considerar financieramente como auto sostenible, sino como una inversión para el aparato productivo. Financiar la salud pública, así como la modernización

y el fortalecimiento de la red pública de servicios constituye un componente inherente a la razón de ser del Estado y una de las principales razones de ser del recaudo tributario. La vida y la salud de los colombianos, al tenor de lo dispuesto por la Ley Estatutaria en Salud, **son bienes públicos meritorios**; por tanto, deberán prevalecer por encima de cualquier interés comercial o de mercado. Por tanto, en el Sistema de Salud no deberá haber intermediación financiera.

Se propone (aun en discusión):

- 1) Garantizar el cumplimiento del **Acuerdo de Punto Final** (plasmado en la Ley 1955 de 2019, PND 2018-2022, artículos 237²², 238 y 245. Decreto 521 de 2020, resoluciones, circulares y guía metodológica de la ADRES²³), más nuevas fuentes de recursos para **sincerar, sanear y dinamizar** el Sistema, como medidas para superar la pérdida del equilibrio financiero.
- 2) Fortalecimiento de la **ADRES** como **ente único recaudador y pagador** a través de **giros directos a los prestadores de los servicios, con IVC de las superintendencias financiera y de salud en el ámbito de sus competencias. NO HABRÁ INTERMEDIACIÓN FINANCIERA.**
- 3) **La ADRES** recaudará todos los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones a la seguridad social en salud, riesgos laborales y accidentes de tránsito en lo relacionado con la atención en salud, con los recursos fiscales del orden nacional y territorial que actualmente recauda, más las nuevas fuentes que se definan.
- 4) **Manual Tarifario Único.** Actualizado, concertado con las instituciones médicas de cada especialidad e incluirá la valoración por pares para efectos de la pertinencia técnico-científica de las solicitudes.
- 5) **Revisión de la suficiencia de la UPC.** Se deberá elaborar un estudio de costos y carga de la enfermedad requerido para actualizar y garantizar la suficiencia y sostenibilidad de la UPC.
- 6) **Revisar las formas de pago** entre EAPB e IPS. Ver conveniencia del Pago global prospectivo.
- 7) **Nuevas fuentes de recursos:** Impuestos generales y regalías. Impuestos a bienes y actividades de riesgo y generadores del daño a la salud, como cigarrillos, vapeadores,

²² **Acuerdo de punto final - Régimen Contributivo.** En virtud del artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 y el Decreto 521 de 2020, corresponde a la ADRES adelantar el proceso de revisión, reconocimiento y giro de las cuentas que le presenten las entidades recobrantes en el marco del citado mecanismo por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC del régimen contributivo.

²³ <https://www.adres.gov.co/Inicio/Acuerdo-de-Punto-Final>

bebidas azucaradas, alcohol, comida chatarra, minerías-polución, *fracking*, entre otros que se consideren procedentes.

13. ASEGURAMIENTO SOCIAL (en discusión).

El aseguramiento social es de carácter **obligatorio, único, universal, solidario e integral, será de carácter social** y, por tanto, enfocado a cubrir todas las necesidades de atención en salud de la población para garantizar el derecho fundamental, como lo establecen la Constitución y Ley Estatutaria en Salud. Los seguros privados comerciales serán permitidos, pero su papel deberá ser solo marginal y complementario.

Se reevaluará el papel de las EPS y EAPB para respetar los principios del aseguramiento social, administrado y prestado en forma mixta, con participación del Estado y el sector privado. Como la salud no debe ser vista como derecho fundamental al tenor de lo dispuesto por la Ley Estatutaria en Salud, las entidades privadas que participen en el aseguramiento social deberán ser **Entidades Promotoras de Salud sin Ánimo de Lucro** y, los prestadores privados, se regirán por las normas del aseguramiento social en las redes integrales e integradas de servicios de salud.

Habrà un período de transición de dos años que incluirá un plan de depuración de las hoy denominadas EAPB, revocando la habilitación en los casos que no cumplan requisitos.

Habrà tres tipos de EPS: **Públicas, ESAL y Mixtas.**

14. MEDIDAS CONTRA LA CORRUPCIÓN (podrán ser ampliadas a todas las que se consideren necesarias, **partiendo de la base de cumplir con las normas existentes**).

La reforma deberá desarrollar todas las medidas necesarias para combatir la corrupción en los diferentes niveles y actores del Sistema; con adecuada supervisión del manejo de los recursos. Algunas sugerencias:

- A. Simplificar el sistema de financiamiento con un recaudador y pagador único, con giros directos a los prestadores de los servicios. sin intermediación financiera, ni integración vertical.
- B. Garantizar transparencia del Sistema, con medidas prácticas y promover acciones de control social.
- C. Los recursos de la salud serán públicos hasta su receptor final.
- D. Manual Único Tarifario (revisión por pares para efectos de pertinencia). Considerar la regulación de las tarifas para determinados procedimientos médicos.
- E. Depuración de las EAPB.
- F. La IVC de la ADRES estará a cargo de las superintendencias de salud y financiera, en el ámbito de sus competencias.

15. POLÍTICA FARMACÉUTICA.

La reforma dará continuidad en la formulación y desarrollo de la actual **Política Farmacéutica Nacional** establecida en el CONPES Social 155 de agosto de 2012²⁴ y de acuerdo con el artículo 23 de la Ley Estatutaria en Salud, con el control de precios de medicamentos con base en comparaciones internacionales; de tal manera que este control deba extenderse progresivamente a medicamentos de alto costo, innovadores, genéricos, biológicos y biosimilares; control de precios a insumos de alto costo y a ciertas tecnologías en salud; se considerarán las negociaciones centralizadas como parte de esta política. Adicionalmente, se propone (tema aun en discusión):

- 15.1 Impulsar y promover alianzas y mecanismos de producción nacional de vacunas, de medicamentos e insumos y productos básicos en salud.
- 15.2 Declarar exentos de IVA los medicamentos, insumos y tecnologías básicas en el Sistema de Salud.
- 15.3 Sistema único e integrado de información de medicamentos e insumos MD –QX.
- 15.4 PL 372 de 2020: “*bases de la política nacional de desarrollo científico, tecnológico e industrial para la seguridad farmacéutica*”. HS Ivan Darío Agudelo, ponente. La ANM emitió concepto positivo.

16. SÚPERSALUD.

Delegación de funciones de **inspección** y **vigilancia** de EPS a las entidades territoriales capacitadas para hacerlo según criterios que establezca el Consejo Nacional de Salud (tema pendiente de discusión).

Proyectó: Herman Redondo Gómez.

Aprobó: Comité Legislativo ANM: Herman Redondo, Gabriel Carrasquilla, Gabriel Riveros, Francisco Yepes, Gentil Gómez, Oswaldo Borráez.

Actualmente en debate en reuniones de consenso de la ANM con diferentes organizaciones médicas y profesionales de la salud.

Fecha: Noviembre 11 de 2021.

²⁴ CONPES Social 155. Agosto 30 de 2012. Consultar en:
<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Social/155.pdf>