



Academia Nacional de Medicina, Federación Médica Colombiana, Colegio Médico Colombiano, Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, Federación Colombiana de Sindicatos Médicos, Asociación Nacional de Profesiones de la Salud, Federación Odontológica Colombiana, Asociación Nacional de Médicos Internos y Residentes, Asociación Colombiana Médica Estudiantil, Colegio Médico de Cundinamarca y Bogotá, Colegio Médico de Antioquia, Colegio Médico del Huila, Colegio Médico de Caldas, Colegio Médico del Cauca, Colegio Médico de Santander, Asmedas Cundinamarca, Sociedad Colombiana de Anestesia y Reanimación, Capítulo de la ANM, Nariño.

Acuerdos fundamentales de los aspectos que deberá contener el desarrollo integral de la Ley Estatutaria en Salud 1751/2015.

INTRODUCCIÓN

A raíz de la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, por la cual se reconoció la salud como un derecho fundamental de primer orden, en el año 2013, la Gran Junta Médica Nacional, constituida por las organizaciones más representativas de los médicos colombianos, presentó un Proyecto de Ley Estatutaria para regular y establecer los principios y directrices que garantizaran este derecho fundamental a todos los colombianos.

La Ley Estatutaria de Salud (LES) fue respaldada ampliamente por la sociedad civil, aprobada por el Congreso de la República, revisada por la Corte Constitucional para efectos de su exequibilidad en virtud de la Sentencia C-313 de 2014 (MP: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo) 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. No obstante, a más de seis años 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.

*La Academia, las organizaciones médicas y de profesionales de la salud, presentan a consideración del Gobierno Nacional, del Congreso de la República y de la opinión general, unos **ACUERDOS FUNDAMENTALES** de lo que consideran esencial para el pleno desarrollo de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y el Sistema de Salud en ella establecido. Con este documento se pretende abrir el debate que esperamos continúe el próximo año.*



ACUERDOS FUNDAMENTALES PARA EL PLENO DESARROLLO DE LA LEY ESTATUTARIA EN SALUD:

ACUERDO 1. PROPÓSITO DEL CONSENSO: Desarrollar completamente lo establecido en la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 y su reglamentación, así como vigilar y promover que se cumpla cada uno de sus artículos.

ACUERDO 2. DESARROLLAR EL SISTEMA DE SALUD al tenor del Artículo 4° de la LES, el cual incluye todo lo que el Estado disponga para la garantía del derecho humano fundamental a la salud. Es decir, el Sistema de Salud incluye:

- Al propio SGSSS al que subordina a los dictados de la Ley Estatutaria.
- REGÍMENES ESPECIALES (artículo 279, Ley 100) como el Sistema de Salud de las FF MM – Policía Nacional – Fondo del Magisterio (FOMAG) – ECOPETROL – sistemas de salud de las universidades públicas. A los no afiliados y a los migrantes.
- Accidentes laborales y enfermedad profesional (ARL). Accidentes de tránsito (SOAT, en lo que a la atención de salud se refiere).

La LES aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud.

ACUERDO 3. ALCANCE DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. Como lo dispone el artículo 2 de la LES, este derecho es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

“Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.

De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado”.

En la Sentencia C-313 de 2014 (MP: Gabriel Eduardo Mendoza), por la cual se declaró la exequibilidad de la LES, con base en el **artículo 334** (parágrafo) **Superior**, manifestó:

“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”.

ACUERDO 4. RECTORÍA DEL SISTEMA DE SALUD.

CONSEJO NACIONAL DE SALUD – INTEGRACIÓN Y FUNCIONES.



Será un organismo adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), 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, garantizar la presencia de la salud en todas las políticas para lograr una intervención intersectorial eficaz y desarrollar los principios y directrices trazados por la Ley Estatutaria en Salud.

Se propone que esté conformado de forma tripartita:

1. El Gobierno Nacional (Ministerio de Salud y Protección Social, quien la presidirá, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Departamento Nacional de Planeación, representación de Gobernaciones y Alcaldías y demás autoridades sanitarias que se consideren).
2. Representantes de los promotores y prestadores de servicios de salud públicos y privados.
3. Representación amplia de la sociedad civil (Academia y gremios médicos y de profesionales de la salud, trabajadores del sector, pensionados, asociaciones de usuarios, sector productivo y demás participantes que se consideren).

ACUERDO 5. 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.

ACUERDO 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 1978¹, ratificada y enriquecida con nuevas declaraciones como las de APS Renovada² y Astaná en octubre de 2018³.

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

- **La participación social y comunitaria** (artículo 12 de la LES).
- **El impacto positivo de los determinantes sociales de la salud** (artículo 9° de la LES) que será dirigido por el Consejo Nacional de Salud.

¹ WHO. Declaration of Alma-Ata, 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

² Consultar en: <https://scielosp.org/article/rpsp/2007.v21n2-3/73-84/>

³ 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>



- **Trabajo multi e intersectorial** 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.
- **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.

ACUERDO 7. MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD - REDES INTEGRALES DE SALUD.

El Artículo 13 de la LES establece que el Sistema de Salud estará organizado en Redes Integrales de Servicios de Salud. 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 las comunidades residentes en un territorio o región, orientadas hacia la garantía del derecho a la salud, en el marco de los principios establecidos en el artículo 6° y 8° de la LES.

Las Redes Integrales de Servicios de Salud recibirán directamente los 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 y necesidades concretas en los territorios.

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 los principios establecidos en los artículos 6° y 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.

Contarán con equipos multi e interdisciplinarios resolutivos, dirigidos por un médico, que visitarán los hogares en los territorios o regiones previamente definidas.

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.

ACUERDO 8. 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 en toda la extensión del territorio nacional, estructurada como columna del modelo, financiada con recursos 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 rentabilidad social.

Se deben establecer subsidios de oferta para las instituciones de la red pública. Se deberán cubrir todas las actividades multi e intersectoriales de APS, la participación comunitaria y las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, 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.

Con base en el principio de igualdad el Sistema garantizará en todo el territorio nacional la atención y servicios de salud a toda la población.

ACUERDO 9. AUTONOMÍA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.

De acuerdo con el 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”*.

ACUERDO 10. CONDICIONES LABORALES EN EL SECTOR.

En cumplimiento de los artículos 25 y 53 de la Constitución Política y el artículo 18 de la Ley Estatutaria de Salud (LES), en el Sistema Nacional de Salud, habrá condiciones laborales del personal sanitario que garanticen estabilidad, seguridad y continuidad laboral, así como actualización integral continua.



Para el efecto, 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**, que será concertado con representantes del sector.

ACUERDO 11. ASPECTOS FINANCIEROS.

Las organizaciones firmantes son conscientes que el desarrollo de la LES requiere de cuantiosos recursos; no obstante, consideran 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 vida y la salud de los colombianos, al tenor de lo dispuesto por la Ley Estatutaria en Salud, **son bienes públicos meritorios** que deberán prevalecer sobre cualquier interés comercial o de mercado.

En el Sistema de Salud no deberá haber intermediación financiera. Por tanto, se propone:

- 1) Fortalecimiento de la ADRES como **un Fondo Público, único, recaudador y pagador a través de giros directos a los prestadores de los servicios.** El Fondo Público tendrá IVC de las superintendencias financiera y de salud, cada una, en el ámbito de sus competencias.
- 2) **El Fondo Público** 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.
- 3) **Manual Tarifario Único.** Actualizado, concertado con las profesiones e instituciones médicas de cada especialidad e incluirá la valoración por pares para efectos de la pertinencia técnico-científica de algunas solicitudes.
- 4) **Nuevas fuentes de recursos:** Es indispensable que se desarrollen medidas que garanticen la sostenibilidad en el largo plazo del Sistema de Salud, por ejemplo, vía impuestos generales y regalías; impuestos a bienes y actividades de riesgo y generadores del daño a la salud, como cigarrillos, vapeadores, bebidas azucaradas, alcohol, comida chatarra, minerías-polución, *fracking* (de aprobarse), entre otros que se consideren procedentes.

ACUERDO 12. MEDIDAS CONTRA LA CORRUPCIÓN.

La corrupción, materializada en el abuso del poder delegado a un funcionario que lo utiliza para sí o para beneficio de terceras personas del sector público o del privado, en detrimento del interés colectivo, se da en todos los ámbitos, pero toma un mayor significado social cuando se trata de apropiarse de los recursos públicos destinados a la salud, lo que va más



allá del delito del robo, dado que implica la negación del acceso a los servicios de salud de la población que los requiere por necesidad para recuperar la salud o salvar la vida, toma muchas formas y se manifiesta en distintos ámbitos de la vida pública y privada.

Se debe exigir un estricto y cabal cumplimiento de las medidas anticorrupción existentes y, como se anota en el acuerdo 14, se requiere fortalecimiento e independencia de la Superintendencia Nacional de Salud.

Se debe desarrollar un Sistema de Información único como lo define la LES (artículo 19), como fuente informativa para generar transparencia en el Sistema de Salud y mejorar las veedurías ciudadanas.

Las medidas anticorrupción deben tender a limitar el ejercicio de cargos públicos por favores políticos y plantear reformas estructurales al modelo de mercado, tales como:

- 1) Desmonte de la intermediación financiera, por pago directo a las redes integrales de servicios de salud.
- 2) Establecer redes integrales de servicios de salud pública básica, por regiones, con redes accesorias o complementarias donde se requieran.
- 3) Gobernanza descentralizada, con participación comunitaria directa.
- 4) Cambiar la competencia de precios, por tarifas reguladas.
- 5) Reemplazar la compra – venta de servicios, por presupuestos prospectivos.
- 6) Flujo del dinero mensual, con ajuste al ciclo económico y saldo cero.
- 7) Capital autónomo con destino exclusivo a prevención y atención.
- 8) Estructurar e implementar las juntas de pares y la vigilancia epidemiológica.
- 9) Establecer la posibilidad de repetir contra los funcionarios de las entidades de salud en los casos que se encuentre demostrada su responsabilidad fiscal.
- 10) Examinar el papel de la UPC y su viabilidad al futuro en el Sistema de Salud.
- 11) Promover la creación de veedurías ciudadanas capacitadas para ejercer vigilancia en el sector salud.
- 12) Los recursos de la salud son sagrados y serán públicos hasta su receptor final.
- 13) La IVC de la ADRES o la entidad que haga sus veces, estará a cargo de las superintendencias de salud y financiera, en el ámbito de sus competencias.

ACUERDO 13. POLÍTICA FARMACÉUTICA.

Avanzar en el desarrollo de la Política Farmacéutica Nacional (PFN) establecida en el CONPES Social 155 de agosto de 2012, formulada con anterioridad a la expedición de la Ley Estatutaria en Salud, de tal manera que, la nueva política despliegue lo ordenado en el artículo 23 de esta ley:



“El Gobierno Nacional establecerá una Política Farmacéutica Nacional, programática e integral en la que se identifiquen las estrategias, prioridades, mecanismos de financiación, adquisición, almacenamiento, producción, compra y distribución de los insumos, tecnologías y medicamentos, así como los mecanismos de regulación de precios de medicamentos. Esta política estará basada en criterios de necesidad, calidad, costo efectividad, suficiencia y oportunidad”.

Para el efecto, se propone que la PFN sea:

- **Programática**, con metodología científica y objetivos a corto, mediano y largo plazo.
- **Integral**, con elementos de integración horizontal y vertical de las tecnologías en salud.
- **Estratégica**, con vocación de soberanía tecnológica y mecanismos de transferencia.
- **Priorizada**, hacia la defensa de la salud pública y el derecho fundamental a la salud.
- **Optimizada**, en todos sus procesos de adquisición y uso pertinente.
- **Sostenible**, con base en la detección y eliminación de falsas innovaciones tecnológicas, el freno a abusos de posición dominante y la erradicación de todas las formas de corrupción.
- **Sistema Único e Integrado de Información en Salud**, para garantizar transparencia con acceso público a la información epidemiológica y de todas las transacciones económicas.

Así mismo, se avanzará en el control de precios de medicamentos con base en comparaciones internacionales; se extenderá 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.

Impulsar y promover alianzas y mecanismos de producción nacional de vacunas, de medicamentos e insumos y productos básicos en salud, para avanzar en los conceptos de seguridad, soberanía e independencia farmacéutica y tecnológica.

Declarar exentos de IVA los medicamentos, insumos y tecnologías básicas en el Sistema de Salud.

ACUERDO 14. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

Además del cumplimiento de las normas legales existentes, se proponen como funciones adicionales a la Superintendencia Nacional de Salud, las siguientes:

- Se requieren medidas tendientes al fortalecimiento e independencia de la Superintendencia Nacional de Salud.

