



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

Bogotá D.C.,

Código de verificación: A6B6B



Doctora
YURY LINETH SIERRA TORRES
Secretaria General Comisión Primera
Senado de la República
Congreso de la República
comisión.primer@senado.gov.co
Ciudad

ASUNTO: Proposición No. 113 de 2024
Rad. Int. 202442300486242

Respetada doctora Yury Lineth:

En atención a la proposición 113 de 2024 y la citación el próximo miércoles 28 de febrero de 2024, de manera atenta se da respuesta al cuestionario, teniendo en cuenta las respuestas dadas al Honorable Senador Chacón a través de oficio 202430000131361 del 26 de enero de 2024, en los siguientes términos:

1. Sírvase informar ¿El número total de profesionales de la salud que se encuentran a la fecha contratados y/o laborando en su profesión en Colombia? Discrimine el número total para cada uno de los 32 departamentos y Bogotá D.C desagregado por:

- a. Médicos generales.
- b. Médicos especialistas.
- c. Enfermeros(as).
- d. Odontólogos(as).
- e. Fisioterapeutas.
- f. Psicólogos(as).
- g. Terapeutas ocasionales.
- h. Trabajadores(as) sociales.
- i. Nutricionistas.
- j. Farmacéuticos(as).
- k. Tecnólogos en la salud”

Respuesta. En relación con dicho listado, se cuenta con la siguiente información en este Ministerio:



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

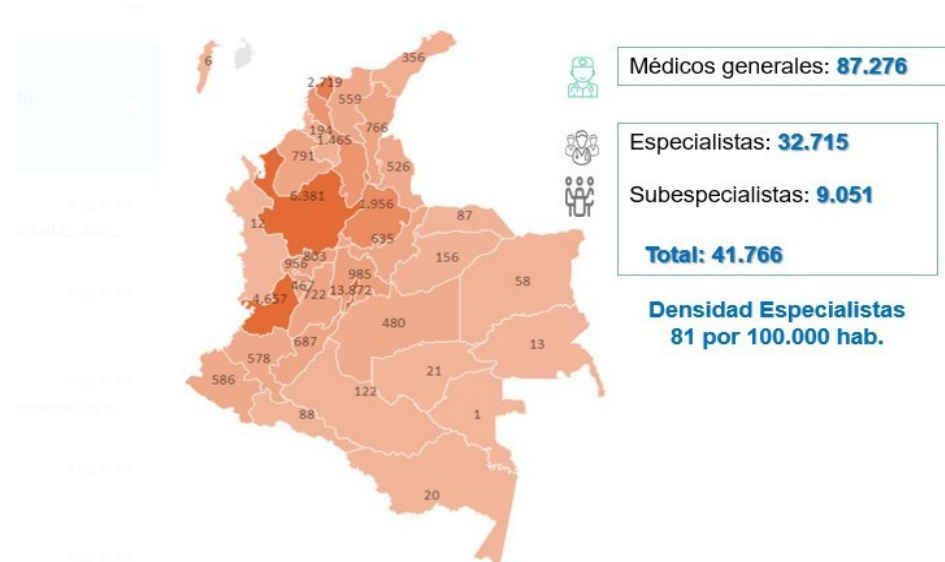
Fecha: **27-02-2024**

PerfilFormacion	THS 2011	THS 2022	Variación absoluta	Variación porcentual
Terapia respiratoria	3.513	5.196	1.683	48 %
Terapia ocupacional	3.111	5.520	2.409	77 %
Optometría	3.415	5.960	2.545	75 %
Fonoaudiología	4.716	8.984	4.268	91 %
Química Farmacéutica	4.739	9.136	4.397	93 %
Instrumentación quirúrgica	6.561	11.902	5.341	81 %
Nutrición y dietética	5.472	10.973	5.501	101 %
Bacteriología	15.427	22.452	7.025	46 %
Fisioterapia	15.808	32.498	16.690	106 %
Odontología	27.483	44.213	16.730	61 %
Enfermería	41.373	77.621	36.248	88 %
Psicología	31.144	82.653	51.509	165 %
Medicina	68.362	127.182	58.820	86 %
Total	231.124	444.290	213.166	92 %

Fuente: DDTHS del MSPS, Cubo OLAP de ReTHUS, Número de personas inscritas en ReTHUS según especialidad, con reporte de estadísticas vitales "No Fallecidos" que, en el transcurso del año 2022, realizaron aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de la Planilla única de Liquidación de aportes PILA, según departamento de ubicación laboral.

Para consultar la información por departamentos puede ingresar al link: <https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Observatorio-de-Talento-Humano-en-Salud.aspx>

Así mismo, se cuenta con el siguiente mapa de distribución:



2. Sírvase informar, de acuerdo con el texto aprobado en la Cámara de Representantes de Reforma a la Salud, cuándo los recursos del sistema sean insuficientes ¿De qué manera dará garantía el Estado Colombiano para asegurar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud dentro de las



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

normas constitucionales de sostenibilidad fiscal?

Respuesta. La ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria en Salud), pilar básico para la comprensión de la reforma y de las respuestas que se brindan a las preguntas formuladas, definió la naturaleza y contenido del derecho fundamental en los siguientes términos:

Artículo 2. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud 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. (Subrayado fuera de texto original)

En ese mismo sentido, la Constitución Política, en el artículo 334, ha definido que si bien le corresponde al Estado la dirección general de la economía incluyendo para ello el marco de sostenibilidad fiscal, también es clara en que “bajo 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”, en los siguiente términos:

Artículo 334. (Artículo modificado por el artículo 10. del Acto Legislativo 3 de 2011. El nuevo texto es el siguiente) **La dirección general de la economía estará a cargo del Estado.** Este intervendrá, por mandato de la ley, en la explotación de los recursos naturales, en el uso del suelo, en la producción, distribución, utilización y consumo de los bienes, y en los servicios públicos y privados, para racionalizar la economía con el fin de conseguir en el plano nacional y territorial, en un marco de sostenibilidad fiscal, el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes, la distribución equitativa de las oportunidades y los beneficios del desarrollo y la preservación de un ambiente sano. Dicho marco de sostenibilidad fiscal deberá fungir como instrumento para alcanzar de manera progresiva los objetivos del Estado Social de Derecho. En cualquier caso el gasto público social será prioritario.

El Estado, de manera especial, intervendrá para dar pleno empleo a los recursos humanos y asegurar, de manera progresiva, que todas las personas, en particular las de menores ingresos, tengan acceso efectivo al conjunto de los bienes y servicios básicos. También para promover la productividad y competitividad y el desarrollo armónico de las regiones.

La sostenibilidad fiscal debe orientar a las Ramas y Órganos del Poder Público, dentro de sus competencias, en un marco de colaboración armónica.

El Procurador General de la Nación o uno de los Ministros del Gobierno, una vez proferida la sentencia por cualquiera de las máximas corporaciones judiciales, podrán solicitar la apertura de un Incidente de Impacto Fiscal, cuyo trámite será obligatorio. Se oirán las explicaciones de los proponentes sobre las consecuencias de la sentencia en las finanzas públicas, así como el plan concreto para su cumplimiento y se decidirá si procede modular, modificar o diferir los efectos de la misma, con el objeto de evitar alteraciones serias de la sostenibilidad fiscal. En ningún caso se afectará el núcleo esencial de los derechos fundamentales.

Parágrafo. Al interpretar el presente artículo, bajo ninguna circunstancia, autoridad alguna de naturaleza



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

administrativa, legislativa o judicial, podrá invocar la sostenibilidad fiscal para menoscabar Los derechos fundamentales, restringir su alcance o negar su protección efectiva.

No sobre indicar que en la sentencia C-313 de 2014, por medio de la cual se revisó la mencionado Ley 1751, se precisó:

En este punto y, en atención a las varias inquietudes despertadas en los intervinientes por la presencia de la sostenibilidad en el Proyecto, urge señalar, que la misma Carta, en el párrafo Superior mencionado, proscribió las interpretaciones que so pretexto de la incorporación de la sostenibilidad fiscal, conduzcan a tres situaciones que el constituyente estima como inadmisibles. De un lado, no pueden las autoridades judiciales o administrativas e, incluso el principio mayoritario, en razón de la sostenibilidad fiscal, menoscabar derechos fundamentales como el de la salud. De otro lado, también le está vedado a esos poderes públicos prevalerse de la sostenibilidad fiscal para restringir el alcance del derecho. Finalmente, opera la misma prohibición sí, con la lectura de la sostenibilidad fiscal, se niega la protección efectiva del derecho fundamental a la salud. No se pierda de vista que según el precepto legal revisado, el uso de la sostenibilidad fiscal habrá de hacerse acorde con las normas constitucionales sobre aquella. Son estas las razones que impelen a la Sala Plena a desestimar las afanosas solicitudes de inexecutable o executable condicionada del mandato, pues, tales requerimientos suponen una lectura inconstitucional y, consecuentemente censurada y excluible, del criterio en consideración.¹

En consideración a lo anterior, precisó la Corte Constitucional en relación con lo previsto en el inciso 2 del artículo 6, literal i) que la norma era **EXEQUIBLE**, *en el entendido que la sostenibilidad fiscal a que alude el literal i) no puede comprender la negación a prestar eficiente y oportunamente todos los servicios de salud debidos a cualquier usuario*). Aclaración comunicado 15 de septiembre de 2014 *“en el sentido de que “sostenibilidad fiscal” no podía ser un obstáculo para el cumplimiento de los deberes del estado, cuando en realidad quiso referirse a los problemas de financiación”*.

Queda claro que, al tratarse de un derecho fundamental, le corresponde al Estado la destinación de los recursos necesarios y suficientes para su garantía, por supuesto bajo el marco de la responsabilidad, la transparencia y la eficiencia pero sin llegar a desamparar a la población que reside en el territorio nacional de sus necesidades en salud.

3. Sírvase informar ¿Cómo ha sido la evolución de la seguridad social en salud en Colombia desde la Constitución Política de 1886? Indique la fuente jurídica de cada cambio normativo con su respectiva fecha.

Respuesta². La Constitución del Estado Colombiano de 1886 Título III sobre los derechos civiles y garantías sociales, se limitó a mencionar unos principios generales y a garantizar la libertad, seguridad e inmunidad y la propiedad, reguló aspectos de religión, educación e imprenta y correspondencia, se refirió a la industria y profesiones, a los derechos de petición, reunión y asociación y reguló sobre el estado civil de las personas y la responsabilidad por violación de las garantías, pero no hizo referencia a la Seguridad Social

¹ **CORTE CONSTITUCIONAL**, C-313 de 29 de mayo de 2014, M.P. Gabriel Mendoza Martelo.

² Se toma para el análisis el texto de Juan Fernando Romero Tobón, *Enrucijadas en materia de acceso a la salud- Una exploración del caso colombiano*, tesis de maestría, Universidad Nacional, Facultad de Derecho y Ciencias Política, Bogotá, 2013. Se puede consultar del mismo autor, *Derecho fundamental a la salud*, Gripo Editorial Ibáñez, Bogotá, D.C. 2019.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

en salud.

Desde los inicios del siglo XX se empezaron a expedir regulaciones que involucraban algunas de las características de la accesibilidad o, por lo menos, gravitaban en la posibilidad de que una persona pudiera acceder a los servicios de salud; así mismo, se exploraban formas e indicadores para su medición. Se abordarán los aspectos propios del derecho internacional que van modulando la legislación interna a partir de la relación laboral primero y, posteriormente y luego de la conformación del sistema internacional y los sistemas regionales, alrededor de la salud como un derecho del ciudadano, finalmente caracterizado como derecho fundamental³.

El Estado Colombiano expide algunas normas tales como la Ley 57 de 1915 vinculando la protección al trabajo e incorporando el concepto del accidente al trabajo con un enfoque reparador, siguiendo las tendencias internacionales frente a la incorporación de normas de compensación, partiendo de la configuración de un siniestro, activando de esa manera la relación protectora por parte de los patronos. Luego el Congreso de la república expide la Ley 37 de 1921 exigiendo a los patronos un seguro de vida colectivo obligatorio para todos los trabajadores. Posteriormente se expiden otras leyes tales como la Ley 68 de 1922 que estatuyó la pensión de jubilación, la Ley 86 de 1923 creó la incapacidad de seis meses para trabajadores enfermos, la Ley 15 de 1925 la protección infantil y la Ley 53 de 1938 la enfermedad no profesional y la maternidad, entre otras normas.

Un antecedente próximo para el enfoque de salud es la Junta Central de Higiene (creada con la Ley 30 de 1886) que en su momento depende del Ministerio de Gobierno (Ley 84 de 1914). Dicha Junta se transforma en Dirección Nacional de Higiene que pasa del Ministerio de Instrucción Pública (1918) al Ministerio de Agricultura y Comercio (1920) para regresar al primer Ministerio en 1923. La institución previa a un Ministerio en salud se encuentra en la creación del Departamento Nacional de Higiene (1931) que finalmente desemboca en el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social (Ley 96 de 1938). Ocho años más tarde, se crearía el Ministerio de Higiene, precursor del Ministerio de Salud (1953). A partir del mundo del trabajo (la seguridad social) y del concepto de higiene se regulan aspectos que propician el acceso a los servicios de salud pero tienden a ser caminos que, en ocasiones, se encuentran y que, a veces, se bifurcan. La higiene puede tener una pretensión de universalidad pues se aplica a toda la población sin distinciones y en todos los escenarios en que esté el ciudadano.

Como suma a las medidas existentes en materia de higiene y salubridad de finales del siglo XIX y comienzos del XX, en el marco de la paulatina regulación de la seguridad social, un vértice de acceso, tal vez el primero, proviene del mundo del trabajo del que se desprenden los elementos y principios protectores ligados a la producción y a la fuerza humana como “mercancía”⁴ y en el que la regulación en salud aparece como un elemento relevante. Este cambio incide en la piramidación existente en la atención en salud de los pobres en los hospicios o beneficencias e impulsa un acceso para grupos más amplios de la población como una obligación a cargo del patrono, como creador del riesgo, y a favor del trabajador, parte débil en la relación⁵. De esta clase son buena parte de las decisiones de la Organización

³ Declaración de Alma Ata, salud para todos, 1978. En http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.

⁴ Abramovich, Víctor y Curtis Christian, *El umbral de la ciudadanía*, Estudios del Puerto, Buenos Aires, págs. 33 a 38. La visión fordista es, sin duda, instrumental y se ocupa de ese ser humano no en su condición de tal sino como fuerza de trabajo.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

Internacional del Trabajo –OIT-⁶, creada en 1919, en relación con la salud en la empresa, con la protección vital del trabajador y con la existencia de un ambiente saludable por fuera de ella, incorporadas, poco a poco, en el orden interno por los Estados. Ésta es la primera respuesta de los herederos del capitalismo del siglo XIX⁷ frente a las luchas obreras que caracterizaron ese siglo en Europa y en Estados Unidos e incluso frente a la formación de la primera república socialista (1917); la *pax capitalista* se centraba en la neutralización del amenazante movimiento obrero, al cual no sólo podía ofrecerse la muerte y el sepulcro de ese Berlín de enero, paradójicamente, también de 1919.

Por otra parte, la evolución de la protección en salud puede explicarse por el desarrollo de instituciones como la asociación, la negociación colectiva y la huelga que catalizaron una nueva forma de regulación de las condiciones de trabajo. Desde esta perspectiva, su particularidad no radicaba en que el legislador adoptara algunas de las normas sino en la potencialidad de crear derecho producto del conflicto colectivo y de la continua práctica al interior de la empresa; la convención colectiva “es precursora de la legislación laboral”⁸. Esta fórmula, además de constituir un nuevo paradigma, resalta en toda su dimensión el valor fundamental de la dignidad humana pues dentro del desequilibrio existente impulsa condiciones de equidad. Pero, más allá, las disposiciones que se pacten tienen la dimensión de norma general en cuanto se extiende a terceros que no forman parte de la negociación y tales disposiciones se integran a los contratos individuales. Las luchas obreras en Colombia de la primera mitad del siglo XX y el denominado sindicalismo heroico, ponen de manifiesto que buena parte de las peticiones que se formulan están dirigidas a mejorar las condiciones de salubridad e higiene en la empresa y a garantizar el acceso a tales servicios⁹.

El otro pivote para una garantía del derecho a la salud se encuentra en la continua formulación de derechos sin otras muletilas en razón de la condición humana. Es una orientación que surge con el final de la segunda guerra mundial. El fortalecimiento de la normatividad en salud ha sido especialmente importante en su itinerario hacia el desarrollo de normas supranacionales que vinculan al Estado desde una caracterización netamente prestacional hasta una categoría de derecho fundamental, especialmente en el Sistema de Naciones Unidas¹⁰ para lo cual ha sido vital el acompañamiento de la Organización

⁵ De la Cueva, Mario, *Derecho mexicano del trabajo*, ed. Porrúa, México 1961, pág. 50; Krotoschin, Ernesto *Manual de derecho del trabajo*, ediciones Depalma, Buenos Aires 1972, pág. 6; Cabanellas, Guillermo, *Introducción al derecho laboral*, Tomo II, Bibliográfica Omeba, Buenos Aires, 1960, pág. 51; Barassi, Ludovico, *Tratado del derecho del trabajo*, Tomo I, Editorial Alfa, Buenos Aires 1953, pág. 245; García, Manuel Alonso, *Curso de derecho del trabajo*, Librería Bosch, Barcelona 1964, págs. 240 y 241; Deveali, Mario (dirección de la publicación), *Tratado del derecho del trabajo*, Tissebaum, Mariano, *La interpretación de las Leyes del Trabajo*, Ed. La Ley, Buenos Aires, 1964.

⁶ Convenios 003 de 1919 y 103 de 1952, de protección a la maternidad, 016 de 1921 y 077 de 1946, examen médico a menores, 018 de 1925 y 042 de 1934, sobre enfermedades profesionales, 102 de 1952, sobre seguridad social, 118 de 1962, sobre igualdad de trato en la seguridad social, 130 de 1969, sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 139 de 1974, cáncer profesional, 152 de 1979, seguridad e higiene de trabajadores portuarios, 157 de 1982 sobre conservación de derechos en materia de seguridad social, 161 de 1985, sobre servicios de salud en el trabajo, 167 de 1988, seguridad social y salud en la construcción, para citar aquellos anteriores a 1990. En <http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:12000:0::NO::>

⁷ Sánchez, Ricardo, *Huelga, luchas de la clase trabajadora 1975-1981*, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., 2009, pág. 324.

⁸ Cabanellas, Guillermo, *Derecho normativo laboral*, Editorial Bibliográfica OMEBA, Buenos Aires 1966, pág. 28.

⁹ De esta naturaleza son las peticiones que dieron lugar a las huelgas en la Tropical Oil Company (1924 y 1927) y las formuladas en la huelga de las bananeras (1928). Lo anterior a pesar de que la Ley 4ª de 1921 contemplaba una disposición específica para las empresas explotadoras de petróleo. Cfr. Escobar Uribe, Ignacio, *De los conflictos colectivos del Trabajo*, Bogotá, sin fecha, págs. 152 a 174.

¹⁰ Cfr. Curtis Christian, *Ecos Cercanos, Estudios sobre derechos humanos y justicia*, Siglo del Hombre editores y Universidad de los Andes, Bogotá, D.C., 2009, pág. 106.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

Mundial de la Salud –OMS¹¹ y sus pares en las diferentes regiones del mundo sin dejar de lado la relación trabajo-salud, planteada por la OIT.

Especialmente significativa para el avance de lo social en el país fue la reforma constitucional de 1936. En Colombia, la reforma desarrollo cinco cláusulas básicas: la propiedad como una función social que implica obligaciones (art. 10), la intervención del Estado en la economía, entre otros aspectos, para la justa protección al trabajador (art. 11), la asistencia pública como función del Estado (art. 16), la protección especial del trabajo (art. 17) y la garantía del derecho de asociación y huelga (art. 20). Eran parte del ideario liberal que se asomaba al siglo XX que proponía una legislación social¹². Este planteamiento se hace en el texto de declaración de principios de 1935 en donde el liberalismo se autoproclama, además, como revolucionario, en cuanto pretende crear un orden nuevo (principio II). Ninguno de los axiomas alude a la salud como un elemento relevante del programa, salvo la referencia a la protección a la maternidad (principio XIII).¹³ Un recuento de las leyes expedidas durante la república liberal destaca las de protección a los trabajadores en las empresas mineras (Ley 26 de 1931), auxilio de enfermedad para los trabajadores del Estado (Ley 48 de 1930), aprobación de algunas convenciones adoptadas en la organización Internacional del Trabajo (Ley 129 de 1931), salario mínimo para maestros de escuela (Ley 2ª de 1937); servicios médicos y salario para los trabajadores de la zona bananera (Leyes 1 de 1937 y 125 de 1937), descanso remunerado el 1º de mayo (Ley 38 de 1937), protección a la maternidad (Leyes 53 de 1938 y 197 de 1938), pensiones de jubilación (Ley 206 de 1938), protección al salario (Ley 165 de 1941), convenciones colectivas, negociación y asociación (Ley 6 de 1945), organización de la jurisdicción del trabajo (Ley 26 de 1946). No obstante, el mismo está imbuido del enfoque asistencialista y asociado al trabajo.

Ahora bien, el primer intento por centralizar el esquema de prestación se realiza con la reforma de 1946 que no obstante legaliza la fragmentación existente: higiene, asistencia pública, seguro social recortado y atención privada¹⁴. La accesibilidad a los servicios de salud es un problema que se ubica en lo que puede brindar cada uno de ellos en cada una de esas órbitas que funcionan separadamente. El mismo no contempla un elemento explícito de aseguramiento o protección para quienes no tienen capacidad de pago, el cual paulatinamente se va incorporando mediante un sistema de atención público.

El enfoque asociado a la Declaración Universal de Derechos Humanos –DUDH- sufrió, sin embargo, la división de concepciones como territorios de jerarquización entre ellos. Desde la perspectiva del gran capital, tales derechos se asimilaban a prestaciones, formulaciones programáticas a las que se debe llegar pero sin un grado de exigibilidad concreta y, por ende, susceptibles de aplazamientos y recortes o sencillamente abismos, juegos o vulgarizaciones políticas “ajenas al derecho”¹⁵. Es más, en coherencia con lo anterior, es patente que se ubiquen estos derechos al final de las declaraciones, sin que subsista un

¹¹ Deben destacarse, en este caso, productos como la Declaración de Alma Ata (1978), la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986) y tener en cuenta las Directrices Mixtas OIT/OMS sobre los servicios de salud y el VIH SIDA (2005) en http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/who_iloguidelines_sp.pdf. (consulta oct-2011). ⁵⁷ Por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud –OPS-.

¹² En Molina, Gerardo, *las ideas liberales en Colombia 1849-1914*, Universidad Nacional de Colombia, Divulgación Cultural, Bogotá 1970, págs. 254 a 262.

¹³ Romero Aguirre, Alfonso, *Ayer, Hoy y Mañana del liberalismo colombiano*, Cuarta edición, Editorial ABC, Bogotá 1972, págs. 40 a 42.

¹⁴ Hernández, Mario, *La salud fragmentada en Colombia, 1910-1946*, Universidad Nacional, pág. 23



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

propósito de primacía. Es así como la DUDH, en su artículo 22 (de un total de 30), establece el derecho a la seguridad social para toda persona y en el artículo 25 dispone que el derecho a “la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”, entre otros derechos pensionales. Es en el PIDESC, en 1966¹⁵, en el que se avanza en la caracterización de la salud sobre varios ejes que están descritos en el artículo 12 del mismo. Además de la universalidad del derecho, se plantea una exigencia sugestiva y es la de que dicho reconocimiento está destinado a garantizar el disfrute del “más alto nivel posible”. Los otros elementos pretenden brindar una respuesta a ese planteamiento inicial cuando aluden a aspectos concretos como son “a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”. Estos dos últimos aspectos están estrechamente relacionados con lo que se desarrollará como accesibilidad. Entre líneas se aclara que se está en presencia de un derecho y, también en una lectura más detenida, se advierte una enunciación del principio de progresividad, a través de una serie de indicadores en salud que deben mejorar paulatinamente. Los parámetros allí consignados permitirán un desarrollo de lo que entraña la accesibilidad en salud, en los cuatro componentes principales que ha destacado el Comité.

Confluye en esa óptica la conferencia sobre atención primaria en salud de Alma Alta (1978) con el propósito de llevar “atención sanitaria básica a las personas en todo el mundo” como una meta para el año 2000 pues “*ya no se trata de ni de brindar toda la atención posible a toda la población, cuya inviabilidad económica financiera había quedado evidenciada ya a mediados de la década de los 70, ni de brindar sólo atención básica y sencilla solamente a los pobres; lo que ahora se pretende es facilitar la atención sanitaria esencial de alta calidad, definida por el criterio de eficacia en función de los costos*”.

Por su parte, en el Sistema Interamericano –SIDH–, desde la declaración de la OEA de 1948, se reconocen ciertos derechos sociales, entre ellos la salud (art. VII), pasando por la adopción misma de la Convención Americana en 1969. En un escenario de pérdida paulatina de garantías como el que atraviesan estos países por esa época, aquellos derechos son expresamente relegados a posteriores instrumentos (art. 26). Dentro de la visión restrictiva, la cláusula “salud”, como una cláusula de orden público, admite limitar los otros derechos (libertad de conciencia, art. 12; libertad de pensamiento, art. 13; reunión, art. 15; asociación, art. 16 y circulación y residencia, art. 22), se incorpora la visión de la excepcionalidad que era muy propia del constitucionalismo de esos momentos y tiende a mantenerse a partir de la visión del terror. El protocolo que se adopta veinte años después, como desarrollo del artículo 27 de la Convención, retoma varios de los aspectos que caracterizan la salud en el PIDESC: un nivel alto de bienestar (sin la expresión posible) y unos elementos de base en salud pública y atención primaria en salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, en la década del 70, se crea el Sistema Nacional de Salud, la integración de estas esferas, a partir del concepto de salud, se pretendió realizar desde 1968 (con base en la reforma

¹⁵ Abramovich, Víctor, Los estándares interamericanos de derechos humanos como marco para la formulación y el control de las políticas sociales, pág. 217, en *Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo*, Revista CEPAL, Número 88 (LC/2289-P/E), Santiago de Chile, abril 2006.

¹⁶ Aprobado por Colombia mediante la Ley 48 de 1968. En virtud del artículo 27, entró en vigencia diez años después



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

constitucional), como parte del proceso de planeación incorporado a la Constitución (arts. 11, numeral 4°, 14, 39, numeral 4°, del Acto Legislativo 1 de 1968) y se materializó en 1975 (Decreto-ley 056, con base en las facultades otorgadas por la Ley 9 de 1973). La norma adoptada define el SNS como el “conjunto de organismos, instituciones, agencias y entidades que tengan como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en los aspectos de promoción, protección, recuperación y rehabilitación” (art. 1°). El mismo está conformado por las diferentes entidades, públicas o privadas, que tienen que ver con la salud entre las que se encuentran las entidades de asistencia pública (art. 2°) con una dirección a cargo del Ministerio de Salud Pública, en el nivel nacional, y unos servicios seccionales de salud a nivel departamental (Intendencial y Comisarial, igualmente), que dependen técnicamente del Ministerio, y los cuales se dividen unidades regionales de salud, en el que se ubica un Hospital sede de atención y de referencia, a su vez, subdividido en unidades locales. El subsistema público se sustenta en un “modelo uniforme de atención progresiva de los problemas de salud sobre tres niveles de complejidad creciente en la infraestructura hospitalaria”. Se pensaba entonces que la palabra sistema lograría articular lo que estaba disperso tanto desde lo institucional y lo financiero. En cuanto al nivel regional, que constituía una división diferente a las existentes constitucionalmente, se conformaron 107 unidades regionales compuestas por varios municipios que estaban unidos por la existencia de un Hospital de segundo nivel de atención.

La Ley 10ª de 1990, como reorganización del SNS, fue la última mirada del sistema sobre sí mismo, previo a la Ley 100 de 1993, una mirada de soslayo, en el que se recogieron algunos de los diagnósticos formulados en ese documento, a saber, i) fortalecer el esquema de intervención del Estado y la dirección técnica a nivel ministerial y la readecuación en los siguientes niveles, ii) garantizar el principio de universalidad y iii) lograr la reglamentación tarifaria. El SNS previó la prestación de los servicios de urgencias como uno de los puntos de contacto de los diferentes subsistemas que, en teoría, no podría negarse la atención a ninguna persona en los hospitales o clínicas.

A su turno, la incorporación del principio de planeación en la Constitución generó que los Gobiernos de turno incluyeran la salud dentro de los mismos en coherencia con el objetivo propuesto:

- En el plan de desarrollo de López Michelsen (1974-1978), Para cerrar la brecha, se incorporan determinantes en salud como el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición –PAN- especialmente en zonas marginales y apartadas. En esta fase se adopta el SNS y se inicia el proceso de implementación; su primer choque es el paro médico de 1976-1977 referido.
- El Plan formulado por Turbay Ayala (1978-1982), Plan de Integración Nacional, propone la extensión de los servicios de salud a las zonas marginadas para garantizar la atención primaria. A pesar de la represión que caracterizó este gobierno, teniendo como el mayor de sus legados la aplicación del dictatorial Estatuto de Seguridad, fue en el mismo que se adoptó la Ley 9ª de 1979, conocido como estatuto sanitario, con una visión compleja de lo que es la salud.
- En el Gobierno de Belisario Betancur (1982-1986), cambio con equidad, se planteó mejorar la cobertura, eficiencia y calidad en los servicios de salud y una participación más activa de las comunidades. Pretendía, además, llegar a una paz negociada. Este enfoque fue cambiado paulatinamente hacia medidas represivas y autoritarias que dieron al traste con el enfoque participativo que se quería impulsar.
- En el Gobierno de Virgilio Barco (1986-1990), Plan de Economía Social, se propuso impulsar, nuevamente, la atención primaria en salud con el fin de universalizar la cobertura e impulsar la



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

participación. Es en este período que se descentraliza la prestación de servicios en el nivel municipal.

A partir de la Constitución política de 1991, surge en Colombia el derecho a la salud como un derecho social y prestacional, que debe ser reglamentado y dirigido por el Estado, en pro de regular los diversos actores del sistema, el trasfondo de este es garantizar la vida digna de quienes se encuentran dentro del territorio colombiano (Artículos 48 y 49 de la Constitución).

Es así como en la década del 90 era claro que la concepción del Estado sufría un profundo remezón marcado por una serie de episodios producidos a partir de mediados de los 70. El ambiente de crisis del modelo keynesiano¹⁷, la sorprendente y estrepitosa caída del socialismo real y la deslegitimación de lo estatal y de todo lo que tuviera ese hálito, convergieron para socavarlo. Se consideró necesario expandir la prueba piloto de las reformas incorporadas en la dictadura chilena a toda latinoamérica; era imprescindible ordenamiento dócil a ese decálogo pero presentable a la ciudadanía, como una fórmula incluyente, renovadora y revolucionaria que hiciera atractiva la salida de ese viejo y vetusto Estado. Entre nosotros, la frase de batalla del expresidente Gaviria (1990-1994) fue, por lo tanto, ilustrativa y sugerente *Bienvenidos al Futuro* –repetía en tono aflautado; por su parte, el plan de desarrollo de ese gobierno, La Revolución Pacífica, sugería un cambio en el país de enormes proporciones sin un arma (sino todo un ejército). De esta manera, se iba romper con el pasado, desbarajustar la maquinaria de las estructuras existentes de forma renovadora y cualitativamente superior. Fue en el denominado Consenso de Washington¹⁸ (primer Consenso), la ley mosaica del neoliberalismo (presentada como nueva), que se fortalece el sector privado y se pretende eliminar las “barreras” para su desarrollo. Esto supuso pagos por acceder a los servicios y, en general, medidas de racionalización y racionamiento. En el caso de los servicios públicos domiciliarios, la tarifa obró como elemento racionalizador; respecto de otros servicios que se organizan bajo el esquema de aseguramiento, se acudió a la visión propia de un seguro comercial (prima) en el que es posible que el siniestro no esté cubierto y, en consecuencia, el ciudadano deba asumir los costos. Desde esta perspectiva, el retiro del Estado de ciertas actividades, no se limitó al cambio de un agenciamiento del servicio para depurar su funcionamiento, como en un principio pareciera, sino que incorporó su lógica de actuar. El escenario en salud, que debe ser gerenciado y suplido por particulares, destaca la transformación de la misma en mercancía¹⁹ y, por ende, la necesidad de un pago para acceder a ella, tema que no era del todo ajeno al sistema anterior.

Derivado de las normas constitucionales, bajo un criterio de mercancía, que tiene un soporte ulterior en el escrito de Juan Luis Londoño, el Pluralismo Estructurado, elaborado en 1997, se reglamenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) como el conjunto de instituciones, normas y procedimien-

¹⁷ Está formulado, entre otros, en la crítica de Buchanan al modelo intervencionista. Cfr. Buchanan, J.M, et al, *El análisis económico de lo político*, Instituto de estudios económicos, Madrid, 1984.

¹⁸ Si bien, ciertos escritos ubican tal mítico momento de la historia de la economía política en 1989, otros indican que ello aconteció en 1990. Todo depende en cuál sea el hecho que se toma en cuenta para su nacimiento. Max Larrain, en *El consenso de Washington: ¿gobernador de gobiernos?*, agosto de 1999. En https://docs.google.com/document/d/1reB_yIngOS4VPAGm-SvRX4Vg-P63o8uQmrlIbko6dSCA/edit?pli=1. Sin perjuicio de la fecha, en lo que si parece existir “consenso” es que planteó diez puntos fundamentales (mandamientos mosaicos de la ley del mercado), a saber, disciplina fiscal, reducción de la inflación, priorización del gasto, reforma tributaria neutra, tasas de interés atractivas, tipo de cambio flexible, liberalización comercial, estímulo a la inversión extranjera, privatizaciones y desregulación. Cfr. igualmente para el caso argentino, AAVV, *El fracaso del consenso de Washington*, editorial Icaria, Barcelona 2003.

¹⁹ Guerra M., David, “El neoliberalismo como amenaza para el acceso a la salud de los colombianos”, *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 24, Núm. 2, julio-diciembre, 2006, pp. 142-146, Universidad de Antioquia Medellín, Colombia, pág. 143.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

tos mediante el cual el Estado garantiza la prestación de servicios de salud a los(as) colombianos(as), de acuerdo con lo establecido en las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011, Decreto 780 de 2016 y las normas que la reglamentan y las desarrollan.

Entre el año 1991 y a la presente fecha, existen un número considerable de leyes, decretos únicos reglamentarios, actos administrativos, boletines jurídicos, conceptos y además el normograma que surge conforme a lo establecido en el Decreto 1083 de 2015, "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública", sustituido en su Título 22 de la Parte 2 del Libro 2, por el Decreto 1499 de 2017, mediante el cual se establece el objeto e instancias de dirección y coordinación del sistema de gestión, creado por el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, que integra los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad, se presenta el inventario de leyes, decretos, resoluciones y circulares del periodo comprendido entre los años 2012 – 2023, con el fin de que se constituya como una herramienta eficaz para los usuarios del Sistema de Salud y Protección Social. Toda la normatividad e información se puede obtener en <https://www.minsalud.gov.co/Normativa/Paginas/normativa.aspx> y además en la dirección de la página web del Ministerio de Salud y Protección Social a saber: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/normograma.aspx>.

Para entender la evolución de la Ley 100 de 1993, debe reconocerse como un hito un primer periodo de ruptura con la sentencia T-760 de 2008, pues a través de la misma se alertó sobre sus fallas estructurales, asociadas precisamente a su visión de mercado que no garantizaba el **derecho fundamental** y generaba gran cantidad de tutelas. Se reconoce esa naturaleza, tardíamente, que marca una nueva evolución del sistema que hace que se reflexione en torno al carácter mercantil.

Esto dio lugar a una emergencia financiera en 2010, y luego la reforma de 2011, Ley 1438, que pretende desarrollar la Atención Primaria y sin duda, en este itinerario, el otro hito es la expedición de la Ley 1751 de 2015 que materializa ese derecho fundamental y hace necesario revisar la regulación anterior para que se adapte a esa norma superior que es lo que pretende con la reforma.

4. Sírvase informar, ¿Cuál es el total de población denominada como "flotante" actualmente en Colombia? Entiéndase esa población como aquella que no se encuentra temporalmente en ninguno de los dos regímenes (contributivo o subsidiado).

a. Indique cómo ha sido la evolución, año a año, en Colombia de esta población desde 1993 hasta la fecha en formato Excel.

Respuesta. Es importante aclarar que en el SGSSS no existe el término denominado población "flotante", por lo tanto, de acuerdo con la interpretación, se entiende que la información solicitada alude a la población que corresponde a la denominada **Población No Afiliada**, la cual concierne a aquella no se encuentra en ninguno de los regímenes en salud.

En ese orden, el total nacional de la población no afiliada con corte a diciembre de 2022, corresponde a 578.262 personas, que representan el 1% del total de la población estimada según DANE para el mismo corte 2022. Al respecto, es preciso señalar las diferentes estrategias implementadas desde este Ministerio en el marco de la búsqueda de estas poblaciones en zonas alejadas y dispersas en las que no solo se pre-



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

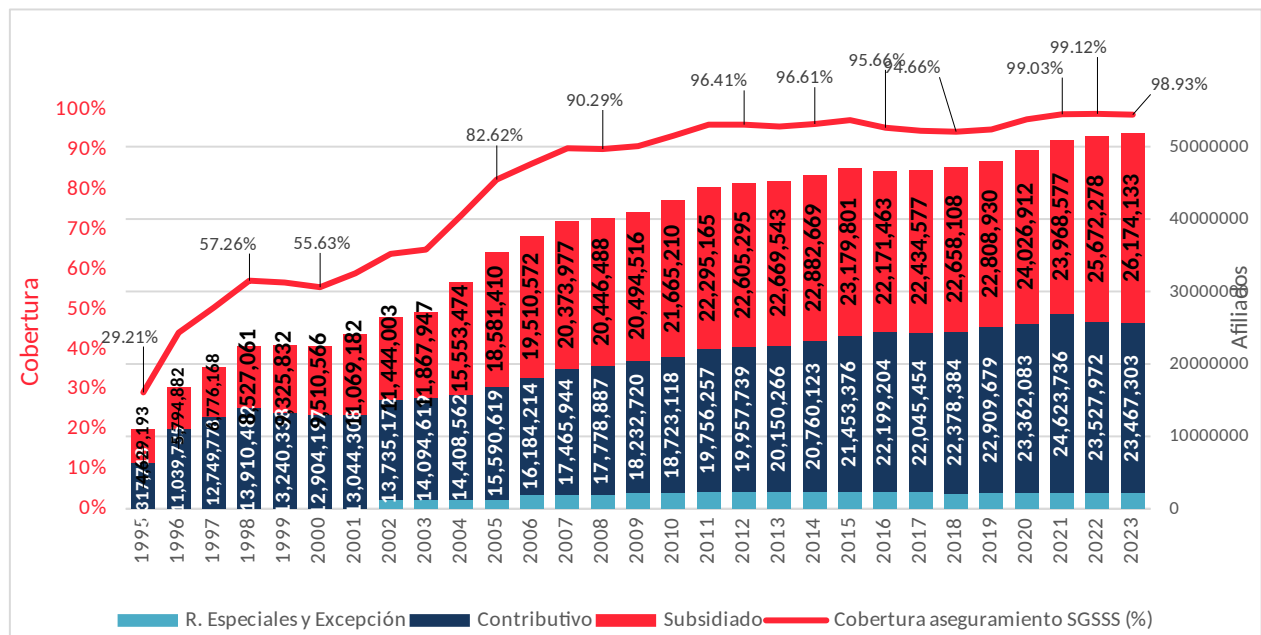
Fecha: **27-02-2024**

sentan dificultades de afiliación en salud sino dificultades en la identificación, constituyendo un factor primordial para garantizar el acceso a los servicios de salud. En este sentido, estrategias implementadas como la afiliación de recién nacidos, migrantes y de oficio, han permitido garantizar la incorporación al SGSSS cada día de nuevas personas que se captan de forma inmediata ante la prestación de servicios de salud sin barreras ni traumatismos. Es de reconocer los esfuerzos a nivel nacional y territorial, frente a la búsqueda activa de personas en todo el territorio colombiano que han conllevado a que la población no afiliada sea cada vez menor, no obstante, corresponde continuar con los esfuerzos para la afiliación del 1% restante.

a. Indique cómo ha sido la evolución, año a año, en Colombia de esta población desde 1993 hasta la fecha en formato Excel.

Respuesta. Se muestra a continuación la gráfica con el consolidado anual de afiliación a nivel nacional desde el año 1995 a noviembre de 2023, teniendo en cuenta los regímenes de salud, la población DANE estimada y el porcentaje de cobertura para cada anualidad.

Gráfica. CONSOLIDADO HISTÓRICO ANUAL DE AFILIACIÓN A NIVEL NACIONAL 1995-2023



Fuentes: Histórico de afiliación régimen subsidiado - MSPS
 Histórico de afiliados compensados - MSPS
 Boletín de aseguramiento (2016) - MSPS
 Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) – FOSYGA
 Proyecciones de población DANE

Se evidencia, que el mayor incremento en el alcance del SGSSS se dio entre 1995 y 2010 cuando fue superado por primera vez el 90% de cobertura. Así, los años más recientes han presentado un reto diferente: la búsqueda, identificación y afiliación de poblaciones cada vez más reducidas y, por ende, que implican



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **20243000398511**

Fecha: **27-02-2024**

mayor esfuerzo operativo para mantener y mejorar marginalmente las coberturas hasta llegar a los niveles actuales superiores al 99%.

Desde 2015 existe una proporción cada vez más igualitaria entre los regímenes contributivo y subsidiado (*el cálculo excluye regímenes especiales y de excepción*). Una mirada al pasado reciente muestra que la emergencia sanitaria causada por la pandemia del COVID-19 generó un crecimiento importante del régimen subsidiado. El esfuerzo para incrementar la cobertura del aseguramiento y atender los servicios de salud que demanda la población, mediante mecanismos como la afiliación de oficio, derivó en la mayor afiliación de población en este régimen.

Es importante precisar que, según la normatividad vigente, al régimen subsidiado del SGSSS pueden ingresar las poblaciones especiales referidas en el Decreto 780 de 2016 y quienes sean encuestados y clasificados en los niveles I y II del SISBÉN estos es del grupo A1 a C18 de la metodología IV del Sisbén, y adicionalmente las personas del Grupo D bajo el mecanismo de contribución solidaria. No obstante, las personas que no tengan encuesta Sisbén también pueden ser afiliados, mientras se aplican la encuesta respectiva en los siguientes 4 meses, con lo cual se eliminan barreras administrativas para la afiliación y se garantiza el derecho fundamental a la salud.

No obstante, las cifras del aseguramiento en salud para el país registran coberturas en la afiliación del 100% es importante tener en cuenta que la cobertura al sistema general de seguridad social en salud – SGSSS, no es igual a acceso efectivo a los servicios de salud, sobre todo cuando en el territorio no existe oferta de servicios, no hay vías de comunicación, entre otros determinantes sociales en salud que confluyen en el análisis de coberturas sanitarias, y en especial en lo referente a la garantía en la cobertura de los servicios de salud.

5. Sírvase informar, ¿Cómo se realiza actualmente la caracterización de afiliados con el objetivo de determinar el giro de dinero que le corresponde a cada una de las EPS por concepto de Unidad de Pago por Capitación? Detalle su respuesta.

a. Indique cuales son los criterios, características, situaciones, etc., valoradas al momento de realizar la respectiva caracterización.

b. Indique cuales son las subcategorías en que se clasifica a la población colombiana con el objetivo de realizar la caracterización de afiliados.

c. Indique ¿cómo está actualmente caracterizada la población de cada una de las EPS del país?

Respuesta. Además de lo indicado por la ADRES, actualmente la prima que reconoce el SGSSS a cada EPS por cada uno de los afiliados tiene en cuenta la edad, el sexo y la ubicación geográfica, estas tres variables responden al riesgo en salud al que se ve expuesta una persona, es así como para los menores de un año y los mayores de 75 años la prima que se reconoce es mayor esto con el fin de garantizar los servicios y tecnologías en salud que pueden demandar dadas las condiciones epidemiológicas los mismos, el sexo se distingue entre las edad de 15 a 49 años dado que en estas edades son consideradas la edad fértil de la mujer por lo cual su atención en salud es mayor que la de los hombres, y la ubicación geográfica que aunque no es inherente al riesgo en salud si conlleva factores con los cuales pueden influir en la demanda de servicios de salud, adicional a lo anterior el reconocimiento adicional tiene como finalidad garantizar las



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

atenciones en salud de la población bien sea de manera intramural o extramural.

De igual manera, es función de las EPS establecer la caracterización epidemiológica del país, permitiendo con ello tener acuerdos de voluntades acordes a las necesidades de la población, logrando con ello la atención integral y continua en todas las etapas de la atención es decir desde la promoción hasta la paliación.

6. *Sírvase informar, ¿Las posibles variaciones que se dieron en las frecuencias de uso de los servicios y tecnologías en salud incluidos en la financiación de la UPC fueron reconocidas en el aumento y actualización del valor de la UPC del año 2024?*

Respuesta. La información base para el cálculo de la UPC corresponde a la reportada por las EPS y que ha sido seleccionada una vez se han surtido los procesos de calidad, en la misma se analiza la frecuencia de uso, teniendo en cuenta que el modelo aplicado es prospectivo es necesario establecer el posible incremento que podría darse de los servicios de salud es lo que se denomina trending de frecuencias que para el año 2024 se proyecta en el 5.96%

7. *Sírvase informar ¿Cuáles son las razones, motivos y argumentos que sustentan valores diferentes de UPC entre los afiliados al régimen contributivo y la población del régimen subsidiado?*

Respuesta. La UPC aún conserva diferencias entre los regímenes dado la operación del aseguramiento que las mismas realizan, esto ha ocasionado que el porcentaje de los gastos de administración difieran, lo cual causaría que la UPC no se lleguen a igualar. Ahora bien, la prima pura o la prima pura de riesgo (PP) es el elemento más importante en la tarificación de seguros y es una medida del gasto de los siniestros por unidad de exposición, que corresponde al valor necesario para cubrir el costo esperado atribuible exclusivamente a las reclamaciones que genera el riesgo cubierto (en el caso de la salud las prestaciones de los servicios), dado lo anterior el gobierno ha trabajado en la igualación de la prima pura que se destina a la financiación de las prestaciones de los servicios de salud.

Otro aspecto a tener en cuenta se sustenta en que los grupos de riesgo son diferentes es decir los expuestos y su demanda de servicios de salud en cada uno de los regímenes difiere, lo cual conlleva a que la prima que se reconoce sea diferente.

Ahora bien, el Ministerio ha implementado estrategias de acompañamiento a las EPS del régimen subsidiado con el fin de mejorar el reporte de la información, sin embargo, esto solo fue posible en el año 2021 que corresponde a la información del año 2020. La falta de información con calidad no permite realizar el cálculo actuarial.

8. *Sírvase informar ¿Existe algún mecanismo de revisión o retroalimentación que permita evaluar la efectividad de las actualizaciones de la UPC con el tiempo?*

Respuesta. Las actualizaciones integrales y puntuales realizadas en los últimos años han partido de criterios técnicos como es la efectividad de las mismas, a través de los cuales se han priorizado tecnologías y servicios de salud que permitan la atención integral de los afiliados tanto al régimen contributivo como sub-



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

sidiado, en el momento en que se realizan dichas actualización se tiene en cuenta la población objeto a usar la tecnología o servicio de salud, por lo anterior la efectividad de las actualizaciones se ven reflejadas en la eliminación en las barreras de acceso de la población, a través de la disponibilidad integral de los tratamientos necesarios para la atención.

9. Sírvase informar, para la población que maneja actualmente cada EPS en el país ¿Cuál es la cantidad de personas que integran cada uno de los siguientes grupos de edad y que corresponde al giro de UPC que se le realiza a la misma? Relacione la información en formato Excel, de manera independiente para cada una de la EPS, donde se pueda ver desagregada su población a cargo en función con los grupos de edad relacionados a continuación:

- a. Menores de un año.
- b. 1 - 4 años.
- c. 5 - 14 años.
- d. 15 - 18 años hombres.
- e. 15 - 18 años mujeres.
- f. 19 - 44 años hombres.
- g. 19 - 44 años mujeres.
- h. 45 - 49 años.
- i. 50 - 54 años.
- j. 55 - 59 años.
- k. 60 - 64 años.
- l. 65 - 69 años.
- m. 70 - 74 años.
- n. 75 años y mayores.

Respuesta. Por ser de su competencia, esta pregunta se trasladó a la ADRES según radicado 20241206051971 del 2024-01-18 15:42. No obstante y de acuerdo a su solicitud se remite en formato Excel a la población afiliada a corte Diciembre de 2023, a cada una de las EPS cuya fuente de información es la ADRES y la consulta se realizó a través del siguiente link https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/Poblacion-Base-de-Datos-nica-de-Afiliados-BDUA-del/tq4m-hmg2/about_data

10. Anualmente el Ministerio de Salud y Protección Social fija el valor de la UPC del Régimen Contributivo mediante resolución y ordena una estructura de costo por grupo etario, asignando diferentes valores anuales a la UPC en función de los siguientes grupos de edad:

- a. Menores de un año.
- b. 1 - 4 años.
- c. 5 - 14 años.
- d. 15 - 18 años hombres.
- e. 15 - 18 años mujeres.
- f. 19 - 44 años hombres.
- g. 19 - 44 años mujeres.
- h. 45 - 49 años.
- i. 50 - 54 años.
- j. 55 - 59 años.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

k. 60 - 64 años.

l. 65 - 69 años.

m. 70 - 74 años.

n. 75 años y mayores.

19.1. Sírvase informar, ¿Cuál es el número total de UPC y el valor (\$) de las mismas, del Régimen Contributivo, que han sido giradas a las distintas EPS existentes por cada grupo de edad desde la creación del actual sistema de salud hasta la fecha? Relacione la información, año a año, en formato Excel.

19.2 Sírvase informar, ¿Cuál es el número total de UPC por zona especial de dispersión y el valor (\$) de las mismas, del Régimen Contributivo, que han sido giradas a las distintas EPS existentes por cada grupo de edad desde la creación del actual sistema de salud hasta la fecha? Relacione la información, año a año, en formato Excel.

19.3 Sírvase informar, ¿Cuál es el número total de UPC para ciudades y el valor (\$) de las mismas, del Régimen Contributivo, que han sido giradas a las distintas EPS existentes por cada grupo de edad desde la creación del actual sistema de salud hasta la fecha? Relacione la información, año a año, en formato Excel.

19.4 Sírvase informar, ¿Cuál es el número total de UPC por zona alejada y el valor (\$) de las mismas, del Régimen Contributivo, que han sido giradas a las distintas EPS existentes por cada grupo de edad desde la creación del actual sistema de salud hasta la fecha? Relacione la información, año a año, en formato Excel.

19.5 Sírvase informar ¿En qué grupos etarios el valor total de las UPC giradas resulta insuficiente ante los costos operaciones y de prestación de servicios médicos que demanda anualmente ese grupo?

Respuesta. Por ser de su competencia, esta pregunta se trasladó a la ADRES según radicado 20241206051971 del 2024-01-18.

11. Anualmente el Ministerio de Salud y Protección Social fija el valor de la Unidad de Pago por Capitalización del Régimen Subsidiado mediante resolución y ordena una estructura de costo por grupo etario, asignando diferentes valores anuales a la UPC en función de los siguientes grupos de edad:

a. Menores de un año.

b. 1 - 4 años.

c. 5 - 14 años.

d. 15 - 18 años hombres.

e. 15 - 18 años mujeres.

f. 19 - 44 años hombres.

g. 19 - 44 años mujeres.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

- h. 45 - 49 años.*
- i. 50 - 54 años.*
- j. 55 - 59 años.*
- k. 60 - 64 años.*
- l. 65 - 69 años.*
- m. 70 - 74 años.*
- n. 75 años y mayores.*

20.1. Sírvase informar, ¿Cuál es el número total de UPC y el valor (\$) de las mismas, del Régimen Subsidiado, que han sido giradas a las distintas EPS existentes por cada grupo de edad desde la creación del actual sistema de salud hasta la fecha? Relacione la información, año a año, en formato Excel.

20.2 Sírvase informar, ¿Cuál es el número total de UPC por zona especial de dispersión y el valor (\$) de las mismas, del Régimen Subsidiado, que han sido giradas a las distintas EPS existentes por cada grupo de edad desde la creación del actual sistema de salud hasta la fecha? Relacione la información, año a año, en formato Excel.

20.3 Sírvase informar, ¿Cuál es el número total de UPC para ciudades y el valor (\$) de las mismas, del Régimen Subsidiado, que han sido giradas a las distintas EPS existentes por cada grupo de edad desde la creación del actual sistema de salud hasta la fecha? Relacione la información, año a año, en formato Excel.

20.4 Sírvase informar, ¿Cuál es el número total de UPC por zona alejada y el valor (\$) de las mismas, del Régimen Subsidiado, que han sido giradas a las distintas EPS existentes por cada grupo de edad desde la creación del actual sistema de salud hasta la fecha? Relacione la información, año a año, en formato Excel.

20.5 Sírvase informar ¿En qué grupos etarios el valor total de las UPC giradas resulta insuficiente ante los costos operaciones y de prestación de servicios médicos que demanda anualmente ese grupo?

Respuesta. Por ser de su competencia, esta pregunta se trasladó a la ADRES según radicado 20241206051971 del 2024-01-18.

12. Sírvase informar, identifique para cada una de las EPS ¿En qué grupos etarios el valor actual de las UPC giradas, según la resolución No. 2809 de 2022, resulta insuficiente para cubrir los costos operacionales y de prestación de servicios médicos que demanda dicho grupo etario?

Respuesta. El actual SGSSS se encuentra cimentado en un esquema de aseguramiento público y colectivo, en el cual, el Estado ha delegado en las entidades públicas, privadas y públicas de carácter especial la garantía de la prestación de los servicios y tecnologías en salud a los afiliados, en todas las etapas de la enfermedad, desde la promoción y prevención en salud hasta la paliación pasando por el diagnóstico, trata-



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

miento y rehabilitación, sin importar la modalidad de atención, es decir, que la misma se puede prestar de manera intramural o extramural según las necesidades del territorio.

Para garantizar la prestación de los servicios y tecnologías en salud se cuenta con la Unidad de Pago por Capitación la cual es la prima que se le reconoce a cada una de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), por cada afiliado y de acuerdo a las condiciones reconocidas por la prima, es decir, sexo, edad y ubicación geográfica, lo anterior se debe a que la operación del asegurador social se orienta a la afiliación de personas para mantener un *pool* de riesgo en salud equilibrado y a efectuar la compra de servicios a la red prestadora.

Es así como los grupos etarios representan el gasto de la población que se está incluyendo, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico y el riesgo en salud, lo gastos administrativos se encuentran inmersos en la formula por lo anterior no es posible que se presenten las discrepancias mencionadas.

Para lograr lo expuesto anteriormente es la aseguradora quién debe analizar la población afiliada teniendo en cuenta que es necesario contar con un adecuado grupo (*pool*) de riesgo que le permita gestionar adecuadamente el riesgo en salud de los afiliados. Así los ajustadores de riesgo logran distribuir los recursos de manera eficiente y concentrarse en aquella población que por sus características sociodemográficas requieren mayores recursos como es el caso de los niños y la población adulta, el *pool* de riesgo por tanto garantiza la suficiencia de la UPC, y por lo tanto no es dable realizar la comparación entre los grupos etarios establecidos.

13. Sírvase informar, ¿Cuáles son los valores por UPC promedio de cada EPS del régimen contributivo y subsidiado? Detalle la información por cada EPS.

Respuesta. Por ser de su competencia, esta pregunta se trasladó a la ADRES según radicado 20241206051971 del 2024-01-18.

14. Sírvase informar ¿Cuál es la metodología aplicada para la distribución de usuarios de EPS liquidadas?

Respuesta. De conformidad con el principio de continuidad del derecho fundamental a la salud, consagrado en el literal d) del inciso segundo del artículo 6° de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, “*las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas*”, El Ministerio, expidió el Decreto 1424 de 2019, mediante el cual se sustituyó el Título 11 de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, en relación con las condiciones para garantizar la continuidad de los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud y la asignación de afiliados por retiro o liquidación voluntaria, revocatoria de la habilitación o de la autorización o intervención forzosa administrativa para liquidar una Entidad Promotora de Salud y específicamente, mediante el Decreto 709 de 2021 se modificó el artículo 2.1.11.3 del Decreto 780 de 2016 en relación con el mecanismo de asignación de afiliados estableciendo la metodología para la distribución de afiliados, así (se cita *in extenso* la parte pertinente):



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

“Artículo 2.1.11.3 Procedimiento de asignación de afiliados. En el acto administrativo a través del cual se acepta el retiro o liquidación voluntaria u ordena la revocatoria de autorización de funcionamiento o de la certificación de habilitación o la intervención forzosa administrativa para liquidar a una EPS, la Superintendencia Nacional de Salud ordenará a la EPS la entrega inmediata de las bases de datos que contengan la información de los afiliados y sus grupos familiares, que se requieran para realizar el proceso de asignación.

Para adelantar el procedimiento de asignación de afiliados, al día hábil siguiente a la notificación de dicho acto, la Superintendencia Nacional de Salud remitirá al Ministerio de Salud y Protección Social, la relación de las EPS receptoras que no cuenten con medidas administrativas y se encuentren autorizadas operando el aseguramiento, en el municipio o departamento donde operaba la EPS a que alude el inciso anterior; e igualmente, certificará si dichas EPS receptoras cumplen o no con el capital mínimo y el patrimonio adecuado, de acuerdo con lo establecido en los artículos 2.5.2.2.1.5 y 2.5.2.2.1.7 de este Decreto, con base en la última información reportada por las EPS.

Se entiende que las EPS receptoras se encuentran operando el aseguramiento cuando tienen población afiliada en un territorio, excluyendo aquellos afiliados que ostenten la garantía de portabilidad de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.1.12.4 de este Decreto.

El Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) y con base en la información que reporte la Superintendencia Nacional de Salud, o la que se encuentre disponible en las bases de datos de las entidades públicas, realizará la asignación y determinará el número y la distribución de los afiliados a asignar por EPS.

La asignación de afiliados se realizará dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que la Superintendencia Nacional de Salud remita al Ministerio de Salud y Protección Social la relación de las EPS receptoras y certifique el cumplimiento del capital mínimo y el patrimonio adecuado, en los términos del inciso segundo de este artículo, y se hará efectiva a partir de los cinco (5) días calendario siguientes a la fecha en que el Ministerio de Salud y Protección Social informe a las EPS receptoras los afiliados que le fueron asignados.

La asignación de los afiliados se realizará teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. En los municipios donde operen dos (2) o más EPS receptoras, que no cuenten con medidas administrativas adoptadas por la Superintendencia Nacional de Salud y se encuentren autorizadas operando el aseguramiento, los afiliados se asignarán de la siguiente manera:

0.1. Los grupos familiares sin pacientes con patologías de alto costo ni mujeres gestantes se distribuirán así: (i) el cincuenta por ciento (50%) se distribuirá aleatoriamente en partes iguales entre las EPS receptoras, y (ii) el cincuenta por ciento (50%) restante en forma proporcional al número de afiliados de las EPS receptoras en cada entidad territorial del orden municipal.

1.2 Los grupos familiares que tengan pacientes con patologías de alto costo y mujeres gestantes se clasificarán en forma independiente de los demás grupos familiares y se distribuirán aleatoriamente entre las EPS receptoras en forma proporcional a su número de afiliados, incluidos, los asignados con base en el numeral anterior.

1. En los municipios donde se encuentre únicamente una (1) EPS autorizada operando el aseguramiento y que no sea objeto de medida administrativa adoptada por la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social identificará otras EPS que operen en el departamento y que cumplan con el capital mínimo y el patrimonio adecuado, de acuerdo con lo establecido en los artículos 2.5.2.2.1.5 y 2.5.2.2.1.7 de



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

este Decreto. La asignación de afiliados se hará únicamente a las EPS que cumplan los siguientes criterios:

2.1 En los municipios en los que la EPS inmersa en cualquiera de las situaciones previstas en el artículo 2.1.11.1 de este Decreto cuente con diez mil (10.000) afiliados o menos, la EPS receptora será aquella que opere en los municipios limítrofes y que esté autorizada para operar en el departamento al que pertenece el municipio donde se encuentre la EPS.

Se pueden considerar municipios circunvecinos que pertenezcan a departamentos limítrofes. Si en los municipios limítrofes no operan EPS diferentes a la única EPS que opera en el municipio donde se encuentran los afiliados a distribuir, se identificarán las EPS del segundo anillo concéntrico de municipios circunvecinos y así sucesivamente hasta que se identifiquen EPS diferentes.

Cuando más de una EPS cumpla con las condiciones aquí establecidas, la EPS receptora será aquella que tenga la mayor participación de afiliados registrados en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) en el departamento al que pertenece el municipio. A la EPS receptora se le autorizará la operación en el municipio y deberá recibir todos los afiliados que le sean asignados.

2.2. En los municipios en los que la EPS inmersa en cualquiera de las situaciones previstas en el artículo 2.1.11.1 de este Decreto cuente con más de diez mil (10.000) y menos de cien mil (100.000) afiliados, se seguirán las siguientes reglas:

2.2.1. Si la EPS a que se refiere el inciso primero de este artículo tiene menos de cuarenta por ciento (40%) de la participación del total de afiliados del municipio según la BDUA, la EPS receptora será aquella que opere en los municipios limítrofes y que esté autorizada para operar en el departamento al que pertenece el municipio donde se encontraba operando aquella.

Si en los municipios limítrofes no operan EPS diferentes a la única que opera en el municipio donde se encuentran los afiliados a distribuir, se identificarán las EPS del segundo anillo concéntrico de municipios circunvecinos y así sucesivamente hasta que se identifiquen EPS diferentes a esta.

Se pueden considerar municipios circunvecinos que pertenezcan a departamentos limítrofes, siempre y cuando las EPS que se identifiquen en estos estén autorizadas para operar en el departamento al que pertenece el municipio donde se encuentre la EPS inmersa en cualquiera de las situaciones previstas en el artículo 2.1.11.1 de este Decreto.

Cuando más de una EPS cumpla con las condiciones aquí establecidas, la EPS receptora será aquella que tenga la mayor participación de afiliados registrados en la BDUA en el departamento al que pertenece el municipio.

A la EPS receptora se le autorizará la operación en el municipio y deberá recibir todos los afiliados que le sean asignados.

2.2.2. Si la EPS a que se refiere el inciso primero de este artículo tiene una participación del total de afiliados del municipio mayor o igual al cuarenta por ciento (40%) según la BDUA, las EPS receptoras serán aquellas dos (2) que operen en los municipios limítrofes y que estén autorizadas para operar en el departamento al que pertenece el municipio donde se encontraba operando aquella.

Si en los municipios limítrofes no operan EPS diferentes a la única que opera en el municipio donde se en-



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

cuentran los afiliados a distribuir, se identificarán las EPS del segundo anillo concéntrico de municipios circunvecinos y así sucesivamente hasta que se identifiquen EPS diferentes. Se pueden considerar municipios circunvecinos que pertenezcan a departamentos limítrofes.

Cuando más de dos (2) EPS cumplan con las condiciones aquí establecidas, las EPS receptoras serán aquellas dos (2) que operen en los municipios del anillo concéntrico más cercano al municipio donde se encuentren los afiliados que se van a asignar y tengan las mayores participaciones de afiliados registrados en la BDUA en el departamento al que pertenece el municipio y a las EPS receptoras se les autorizará la operación en el municipio y la asignación de afiliados se realizará de la siguiente manera:

2.2.2.1. Los grupos familiares sin pacientes con patologías de alto costo ni mujeres gestantes se distribuirán aleatoriamente en partes iguales entre las dos (2) EPS receptoras.

2.2.2.2. Los grupos familiares que tengan pacientes con patologías de alto costo y mujeres gestantes se distribuirán aleatoriamente entre las dos (2) EPS receptoras y en forma proporcional a su número de afiliados en el departamento, incluidos los asignados con base en el anterior literal.

En el caso que solo se identifique una (1) EPS receptora, los afiliados que deberían asignarse a la segunda EPS, se repartirán en partes iguales, de manera aleatoria, entre la EPS receptora identificada y la EPS que ya se encontraba operando en el municipio.

2.3. En los municipios en los que la EPS inmersa en cualquiera de las situaciones previstas en el artículo 2.1.11.1 de este Decreto cuente con cien mil (100.000) o más afiliados, las EPS receptoras serán aquellas que estén autorizadas para operar en el departamento al que pertenece el municipio. En estos casos, la asignación de afiliados se hará de la siguiente manera:

2.3.1. Los grupos familiares sin pacientes con patologías de alto costo ni mujeres gestantes se distribuirán así: (i) el cincuenta por ciento (50%) se distribuirá aleatoriamente en partes iguales entre las EPS receptoras, y (ii) el cincuenta por ciento (50%) restante en forma proporcional al número de afiliados de las EPS receptoras en cada entidad territorial del orden municipal.

2.3.2. Los grupos familiares que tengan pacientes con patologías de alto costo y mujeres gestantes se clasificarán en forma independiente de los demás grupos familiares y se distribuirán aleatoriamente entre las EPS receptoras en forma proporcional a su número de afiliados, incluidos los asignados con base en el numeral anterior.

A la EPS receptora se le autorizará la operación en el municipio y deberá recibir todos los afiliados que le sean asignados.

3. En aquellos municipios donde se encuentre únicamente una (1) EPS autorizada operando y que no sea objeto de medida administrativa por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, en los que no se identifiquen otras EPS que cumplan con los criterios establecidos en los numerales 2.1, 2.2 y 2.3, según sea el caso, se asignarán los afiliados a la única EPS que opera en el municipio.

4. En aquellos casos en los cuales la distribución establecida en el numeral 1 de este artículo supere el límite de movilidad dispuesto en el artículo 2.1.7.11 de este Decreto, el número de afiliados que exceda el límite de movilidad se asignará de acuerdo con el siguiente orden:

4.1 En los municipios donde se cumplan los criterios establecidos en el numeral 1 de este artículo, se asignarán en partes iguales en las demás EPS que puedan ser receptoras en el municipio.

4.2 Si agotada la asignación establecida en el numeral anterior se continúa superando el límite de movilidad, se identificarán los municipios donde se cumplan los criterios definidos en el numeral 2.3 de este artículo y se asignarán en partes iguales en las demás EPS que puedan ser receptoras en los respectivos municipios.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

4.3 Si agotada la asignación establecida en el numeral anterior se continúa superando el límite de movilidad, se identificarán los municipios donde se cumplan los criterios definidos en el numeral 2.2.2 de este artículo y se asignarán en partes iguales en las demás EPS que puedan ser receptoras en los municipios.

4.4. Si agotada la asignación establecida en el numeral anterior se continúa superando el límite de movilidad, se identificarán los municipios donde se cumplan los criterios definidos en los numerales 2.1 y 2.2.1 de este artículo y se asignarán en partes iguales en las demás EPS que puedan ser receptoras en los respectivos municipios.

Transcurridos noventa (90) días calendario, contados a partir de la fecha de asignación a la EPS receptora, los afiliados asignados podrán escoger libremente y trasladarse a cualquier otra EPS que opere en el municipio de su residencia. Se exceptúa de este plazo, los casos en los cuales algún miembro del grupo familiar quede asignado en una EPS distinta a la del cotizante o cabeza de familia, evento en el cual se podrá realizar el traslado de forma inmediata a la EPS en la cual se haya asignado el cotizante o cabeza de familia. Las EPS deberán tramitar de manera inmediata esta novedad.

La ADRES, previo al cumplimiento del plazo para que se haga efectiva la asignación, actualizará la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) con los resultados de esta. En los casos en que corresponda, actualizará la BDUA con la novedad de movilidad del afiliado, sin importar el régimen autorizado de la EPS receptora. La ADRES entregará a las EPS receptoras los resultados de las auditorías realizadas a la información actualizada y registrada en BDUA, la cual será revisada y ajustada por las entidades receptoras dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a la fecha de entrega. Finalizado este término, los registros que no se actualicen en la BDUA por las EPS receptoras no podrán ser incluidos en los procesos de reconocimiento y pago de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Parágrafo 1°. *Las EPS objeto de las medidas previstas en el artículo 2.1.11.1 de este decreto, serán responsables del aseguramiento hasta el día anterior a la fecha en que se haga efectiva la asignación, por lo que también serán responsables de las obligaciones derivadas de la prestación de servicios en salud hasta esa fecha. Las EPS receptoras asumirán el aseguramiento y garantizarán el acceso a la prestación de servicios de salud de los afiliados, a partir del día en que se haga efectiva la asignación.*

El giro de la UPC a las EPS será realizado en proporción al número de días en que tuvieron a su cargo los afiliados durante el mes en que se haga efectiva la asignación. Para el efecto, la ADRES ajustará sus procesos con el fin de garantizar el reconocimiento proporcional de los recursos que serán girados a las EPS.

Parágrafo 2°. *Notificados los actos administrativos que revocan la autorización o habilitación o que ordenan la intervención forzosa administrativa para liquidar o estando en firme los actos administrativos que autorizan el retiro voluntario, quedarán suspendidos los traslados de los afiliados en la BDUA y en el Sistema de Afiliación Transaccional (SAT), así como las novedades de las entidades territoriales en la BDUA, hasta la efectividad de la asignación.*

Parágrafo 3°. *Durante el tiempo en que una EPS se encuentre en medida administrativa por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, deberá remitir la información de los pacientes de alto costo, gestantes, tutelados y los datos de contacto de sus afiliados, en los términos y condiciones que dicha entidad establezca”.*

15 y 69. Sírvase informar ¿Cuáles han sido las acciones realizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 11 de la Ley 1966 de 2020 res-



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

pecto al saneamiento de pasivos en el sector salud?

Respuesta a preguntas 15 y 69. Teniendo en cuenta que las preguntas de los numerales 25 y 92 se refieren al saneamiento del Sector Salud, se responden de manera integral, señalando, en primer lugar, que el artículo 11 de la Ley 1966 de 2019 establece que, para el saneamiento de pasivos el Gobierno nacional determinarí una fecha de corte para realizar un proceso de aclaración entre todos los responsables de pago del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, las IPS y demás proveedores de tecnologías en Salud.

En este contexto, en relación con el saneamiento de pasivos y los procesos de aclaración de cuentas, las medidas que han sido reglamentadas, implementadas y/o lideradas desde esta Cartera Ministerial, se detallan a continuación:

• **Saneamiento de cuentas no financiadas con cargo a los recursos de la UPC Régimen contributivo**

Los artículos 237 y 245 de la Ley 1955 de 2019, establecieron el saneamiento de las deudas por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC, conocida como el Acuerdo de Punto Final del Régimen Contributivo. Con el fin de implementar esta medida, se expidió el Decreto 521 de 2020 “*Por el cual se establecen los criterios para la estructuración, operación y seguimiento del saneamiento definitivo de los recobros por concepto de servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC del régimen contributivo*”, modificado por los Decretos 1810 de 2020 y 507 de 2022. Así mismo, se expidió la Resolución 618 de 2020, a través de la cual se desarrolló el literal d) del artículo 237 de la Ley 1955 de 2019, estableciendo los medios de prueba para el cumplimiento de los requisitos esenciales, y posteriormente la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, expidió la Resolución 2707 del 29 de mayo de 2020 adoptando los anexos técnicos requeridos para la implementación del proceso.

Por su parte, el artículo 245 de la Ley 1955 de 2019, habilitó de manera transitoria a la ADRES para suscribir acuerdos de pago con las EPS para giro previo y/o acreencias por servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC del régimen contributivo prestados hasta el 31 de diciembre de 2019. En desarrollo de lo cual se expidieron los siguientes actos administrativos:

- Resolución 848 de 2019, modificatoria de la Resolución 1885 de 2018, con miras a facilitar el trámite de radicación y continuar con las acciones de mejora en el flujo de recursos, en lo atinente al giro previo al proceso de auditoría integral.
- Decreto 1333 de 2019, a través del cual se habilitó a la Nación a reconocer como deuda pública los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC – C. Al mencionado decreto se le han realizado las siguientes modificaciones:
- Decreto 687 de 2020, modifica el Decreto 1333 de 2019 en lo relacionado con la consolidación de los acuerdos de pago y los plazos y condiciones para el reconocimiento como deuda pública por parte de la Nación.
- Decretos 1649 de 2020 y 530 de 2021, modifica el giro previo de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

Respecto a las acciones adelantadas por esta Cartera Ministerial durante la vigencia 2023, se precisa que, en la Ley 2294 de 2023 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia Potencia Mundial de la Vida”, se incluyó en el artículo 153 medidas para lograr el saneamiento definitivo de las cuentas de servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC, así como los pasivos en salud de la atención de la emergencia sanitaria ocasionada por el Covid-19. En este sentido, el numeral 1 señala que:

“1. El reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC prestados con anterioridad al 31 de diciembre de 2019, deberá ceñirse a las disposiciones contenidas en los artículos 237 y 245 de la Ley 1955 de 2019. Solo podrán reconocerse como deuda pública las cuentas que para el 31 de diciembre de 2023 presenten resultado definitivo de auditoría.”

En este sentido, conforme lo establecido en los artículos 237 y 245 de la Ley 1955 de 2019 y en el artículo 153 de la Ley 2294 de 2023, el proceso para el reconocimiento y pago de las deudas por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del Régimen Contributivo, continúa vigente.

Ahora bien, en este contexto, el Consejo Superior de Política Fiscal - CONFIS, en sesión realizada el 28 de marzo de 2023 y 24 de octubre de 2023, autorizó recursos hasta por valor de \$356.340 millones con cargo al servicio de deuda del Presupuesto General de la Nación de la vigencia 2023, con el fin de atender el pago de lo establecido en los numerales 1 y 2 del artículo 153 de la Ley 2294 de 2023. De igual manera, en sesión realizada el 22 de diciembre de 2023, aprobó \$282.301 millones para atender el pago de los servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC que al 31 de diciembre de 2023 presenten resultado de auditoría definitivo.

Se precisa que, en lo relacionado con el proceso de implementación de esta medida de saneamiento, es la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES la competente para informar sobre el estado de avance de la misma.

• Saneamiento de cuentas de servicios y tecnologías en salud destinados a la atención del Coronavirus Covid-19

El artículo 153 de la Ley 2294 de 2023 - Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia Potencia Mundial de la Vida”, con el propósito de lograr el saneamiento definitivo de los pasivos de la nación con el Sector Salud, establece en el numeral 2 que *“La ADRES adelantará los procesos de verificación que se requieran para determinar los montos adeudados por cuenta de las canastas de servicios y tecnologías en salud destinados a la atención del Coronavirus Covid-19 prestados durante la emergencia sanitaria y realizará el reconocimiento y pago de los mismos. (...)”*

En este contexto, el Consejo Superior de Política Fiscal - CONFIS, en sesión realizada el 28 de marzo de 2023 y 24 de octubre de 2023, autorizó recursos hasta por valor de \$356.340 millones con cargo al servicio de deuda del Presupuesto General de la Nación de la vigencia 2023, con el fin de atender el pago de lo establecido en los numerales 1 y 2 del artículo 153 de la Ley 2294 de 2023. Así mismo, en sesión realizada el 22 de diciembre de 2023, aprobó \$407.487 millones son para el reconocimiento de pruebas Covid, en el



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

marco de la emergencia sanitaria.

• **Saneamiento de cuentas no financiadas con cargo a los recursos de la UPC del Régimen Subsidiado**

En el marco de la política pública denominada Acuerdo de Punto Final Territorial (APFT), definida a través del artículo 238 de la Ley 1955 de 2019, se avanzó en el saneamiento de las cuentas históricas que las entidades territoriales tenían con los diferentes actores del SGSSS por concepto de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC prestados a los afiliados del Régimen Subsidiado hasta el 31 de diciembre de 2019. El mencionado artículo, fue reglamentado mediante el Decreto 2154 de 2019, modificado por los Decretos 1812 de 2020 y 209 de 2022.

A partir de esto, el Ministerio expidió la Resolución 3315 de 2019, modificada por la Resolución 2239 de 2020, a través de la cual se definieron los términos y condiciones para que los departamentos y distritos realizaran el reporte de información en cumplimiento de las reglas establecidas para el saneamiento definitivo de las deudas por concepto de los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC del Régimen Subsidiado prestados hasta el 31 de diciembre de 2019.

En desarrollo de lo anterior, con corte a 31 de diciembre de 2022, las entidades territoriales realizaron reconocimiento de deuda por valor de \$1,83 billones, de los cuales, la **Nación cofinanció \$1,13 billones (62%)** y el valor restante, \$699,8 mil millones (38%), fue pagado con recursos dispuestos por los territorios.

Así mismo, se precisa que, la facultad con la que contaba el Gobierno Nacional para cofinanciar las deudas certificadas por los departamentos y distritos en el marco del Acuerdo de Punto Final Territorial estaba habilitada hasta el primer semestre de la vigencia 2022, de conformidad con el artículo 130 de la Ley 2159 de 2021; y que, para aquellas deudas que aún se encuentran pendientes, son las entidades territoriales departamentales y distritales las responsables de sanear las deudas por concepto de los servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC prestados a los afiliados del Régimen Subsidiado hasta el 31 de diciembre de 2019, con sus propios recursos, previo el proceso de auditoría y reconocimiento de estas.

• **Servicios y tecnologías no financiadas con cargo a los recursos de la UPC – Ajuste Presupuestos Máximos**

El artículo 153 de la Ley 2294 de 2023 - Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia Potencia Mundial de la Vida”, establece reglas para lograr el saneamiento definitivo de los pasivos de la nación con el Sector Salud, entre las que se encuentra:

“3. En lo relacionado con los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC, prestados entre el 1o de enero de 2020 y hasta el 31 de diciembre de 2022, podrán reconocerse los ajustes a los presupuestos máximos de conformidad con las recomendaciones que realicé la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, o quien haga sus veces.

Las cuentas que cumplan con las condiciones señaladas serán reconocidas como deuda pública y podrán ser pagadas con cargo al servicio de deuda pública del Presupuesto General de la Nación. Los montos que



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

serán reconocidos como deuda pública y pagados. en virtud de lo establecido en este artículo no podrán exceder el valor máximo que para cada vigencia se determine en el plan financiero de la vigencia correspondiente.”

Para tal efecto, el Consejo Superior de Política Fiscal - CONFIS, en sesión realizada el 22 de diciembre de 2023, aprobó \$819.667 millones corresponden para el pago de los presupuestos máximos de la vigencia 2022.

• **Esquema de Solidaridad de los recursos del Fondo de Solidaridad, Fomento al Empleo y Protección al Cesante – FOSFEC**

De conformidad con lo establecido en la Ley 1929 de 2018, las Cajas de Compensación Familiar -CCF podían utilizar hasta el 40% de los recursos del Fondo de Solidaridad, Fomento al Empleo y Protección al Cesante -FOSFEC, para el saneamiento de pasivos asociados a la prestación de servicios de salud de sus afiliados. Los recursos del esquema fueron entregados a aquellas CCF que contaban con programas de salud del Régimen Subsidiado, aunque se encontraran en proceso de liquidación.

En este contexto, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió las resoluciones 1514 de 2020 y 052 de 2023, a través de las cuales se emitieron lineamientos para la distribución, asignación y giro de los recursos del esquema de solidaridad, a que se refiere el artículo 3 de la Ley 1929 de 2018, modificado por el artículo 7 del Decreto Ley 800 de 2020. Se precisa que este mecanismo tuvo vigencia hasta el 26 de julio de 2023, conforme al artículo 4 de la Ley 1929 de 2018, y de acuerdo con lo señalado en la Sentencia C-383 de 2020 de la Corte Constitucional.

Ahora bien, este esquema de solidaridad fue administrado por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, entidad que asignó los recursos trimestralmente a las CCF que operaban programas del Régimen Subsidiado. Dichos recursos fueron girados por la ADRES directamente a los prestadores de servicios de salud que autorizaron las CCF.

En desarrollo de las Resoluciones 1514 de 2020 y 052 de 2023, la ADRES asignó y giró en cinco (5) procesos un **total de \$76.120 millones** a las Cajas de Compensación Familiar - CCF con programas de salud del Régimen Subsidiado, para el saneamiento de sus pasivos asociados a los servicios de salud. De este total, durante la vigencia 2023, se realizaron dos (2) procesos de liquidación, en los meses de mayo y julio de 2023, por un valor total de \$4.290 millones.

• **Línea de crédito con tasa compensada de la Financiera de Desarrollo Territorial S. A. - FINDETER**

El Ministerio de Salud y Protección Social expidió las resoluciones 2617 de 2019 y 609 de 2020 por las cuales se dispusieron recursos por valor de \$387.480 millones a línea de redescuento con tasa compensada de la Financiera de Desarrollo Territorial S. A. -FINDETER, destinada al saneamiento de pasivos de las Entidades Promotoras de Salud – EPS y a capital de trabajo para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS. De lo anterior, para las vigencias 2019 a 2021 se desembolsaron \$373.348 millones en créditos a IPS y EPS.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

Así mismo, para la vigencia 2022, junto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, a través del Decreto 1884 de 2021, con recursos provenientes de dicha Cartera Ministerial y de la Financiera de Desarrollo Territorial – FINDETER, se creó la línea de crédito con tasa compensada “Compromiso Salud Liquidez”, destinada a proveer recursos de capital de trabajo, sustitución de deudas e inversión para las EPS, ESE e IPS mixtas y privadas, por un valor de \$172.725 millones, monto que fue adicionado mediante el Decreto 957 de 2022 por la suma de \$300.000 millones, para un total de \$472.725 millones. Los mencionados decretos fueron reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante las Resoluciones 351 y 1240 de 2022, respectivamente.

Al cierre de la vigencia 2023, FINDETER desembolsó recursos de la línea de crédito con tasa compensada “Compromiso Salud Liquidez” por un valor de **\$472.725 millones**, de los cuales \$472.637 millones fueron girados durante la vigencia 2022 y \$88 millones en la vigencia 2023.

Actualmente, la línea de crédito “Compromiso Salud Liquidez” fue adicionada por un valor de \$455.107 millones mediante el Decreto 2645 del 30 de diciembre de 2022 y se incluyeron como beneficiarias a la Entidades Territoriales permitiendo el uso de los recursos para la financiación de los proyectos de inversión en los programas de saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado, en los programas territoriales de reorganización, rediseño y modernización de redes de Empresas Sociales del Estado, e Inversión para centros de atención primaria, para lo cual este Ministerio reglamentó las condiciones de operación, el acceso y el procedimiento para la ejecución de la línea de crédito mediante la Resolución 1491 de 2023.

• **Compra de Cartera**

El mecanismo de Compra de Cartera tiene como objetivo generar liquidez en las IPS a través del saneamiento de las deudas de las Entidades Promotoras de Salud -EPS o de las Cajas de Compensación Familiar -CCF, por concepto de los servicios de salud prestados a sus afiliados, de acuerdo con la gestión y conciliación entre los diferentes actores IPS y EPS/CCF. Sin embargo y de acuerdo con su capacidad de endeudamiento, es decisión de estas últimas acogerse a este mecanismo para el pago de sus obligaciones.

Ahora bien, en el marco de la emergencia sanitaria causada por el Covid-19, la ADRES expidió la Resolución 2572 de 2020, la cual autorizó la operación de compra de cartera con cargo a los recursos de la Unidad de Recursos Administrados –URA de la ADRES, por valor de **\$407.517 millones**.

• **Uso de los recursos invertidos que respaldan reservas técnicas de las EPS**

Con el propósito de brindar liquidez a las IPS, se expidió el Decreto 600 de 2020 “*por el cual se adiciona el artículo 2.5.2.2.1.21 al Decreto 780 de 2016 en relación con el uso transitorio, por parte de las EPS de los recursos que tengan invertidos en títulos de deuda pública interna, títulos de renta fija y depósitos a la vista, que forman parte de la reserva técnica*”, el cual permitió a las EPS saldar los pasivos registrados como reserva técnica, utilizando los recursos que tuvieran invertidos en depósitos a la vista, títulos de renta fija y títulos de deuda pública interna. Lo anterior, teniendo en cuenta que, el Decreto 780 de 2016 estipuló que las EPS deben constituir inversiones por las reservas técnicas en activos que cumplan características de



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

seguridad y liquidez, lo cual, implica que en el momento en que se genere la obligación de pago al prestador de servicios de salud por parte de las EPS las entidades deberán garantizar el recurso que respalda la obligación financiera.

Posteriormente, con el fin de disminuir la cartera de las EPS a las IPS ante la necesidad de flujo de recursos hacia los prestadores, este Ministerio junto con la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) evidenciaron que las EPS tenían inversiones en reservas técnicas que podrían atender la cartera vencida con los prestadores y proveedores de salud, razón por la cual, se expidió el Decreto 995 de 2022 *“Por el cual se modifican los artículos 2.5.2.2.1.10, 2.5.2.2.1.21 y 2.5.2.4.2.10 del Decreto 780 de 2016, en relación con el uso de los recursos invertidos que respaldan reservas técnicas de las EPS y se dictan otras disposiciones”*, que reglamenta el uso obligatorio, por una única vez, de estas inversiones para el pago de la cartera.

De acuerdo con la información suministrada por la SNS, los mecanismos habilitados por los decretos 600 de 2020 y 995 de 2022, lograron un resultado respecto de la liberación de las reservas técnicas para saldar cuentas por pagar de las EPS, por valor de \$43.636 millones y \$805.451 millones, respectivamente.

• Pago deudas por servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada y/o a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda.

El artículo 155 de la Ley 2294 de 2023 modificó el artículo 3 de la Ley 1797 de 2016, relacionado con la destinación de los excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales financiados con recursos del situado fiscal y del sistema general de participaciones, de que trata el artículo 85 de la Ley 1438 de 2011, correspondientes a las vigencias 1994 a 2016, en el sentido de incluir en la destinación, si las entidades territoriales lo consideran pertinente, el pago de la deuda acumulada al cierre de la vigencia 2022 por concepto de servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada y/o a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Se precisa que, previo a mencionada modificación, el artículo 3 de la Ley 1797 de 2016 establecía que los recursos de los excedentes resultantes del proceso de saneamiento de aportes patronales podían ser destinados a la financiación de los servicios prestados a la población pobre en lo no cubiertos con subsidio a la demanda, a cargo de los departamentos y distritos.

En virtud de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 02169 de diciembre de 2023 *“Por la cual se establecen los criterios para el uso de los recursos no ejecutados y distribuidos mediante la Resolución 2360 de 2016, para el pago de la deuda acumulada al cierre de la vigencia 2022 por conceptos de servicios y tecnologías en salud prestados a la población migrante no afiliada, conforme con lo establecido en el artículo 155 de la Ley 2294 de 2023, se modifican los artículos 3, 4 y 5 de la Resolución 2360 de 2016, se sustituyen los anexos 2, 3, y 6 de la Resolución 2360 de 2016 y se dictan otras disposiciones”*.

• Presupuestos máximos 2023 y pago de atenciones a población migrante irregular.

Teniendo en cuenta las necesidades evidenciadas en los análisis de fuentes y usos para garantizar el aseguramiento, esta cartera solicitó al Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de las comunicaciones Nos. 2023310000922341 del 12 de mayo, 202332011959621 del 28 de septiembre,



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

202332022641901 y 202332012767001 del 11 y 26 de diciembre de 2023, respectivamente, los recursos necesarios para realizar el cierre del aseguramiento en salud de la vigencia 2023, en cuyos conceptos se incluían el pago de presupuestos máximos y de las atenciones prestadas a la población migrante irregular. Para atender lo anterior, se expidió la Resolución 5365 de 2023, a través de la cual se realiza un traslado por valor de \$1,5 billones, destinados a financiar las necesidades del aseguramiento y población migrante irregular.

16. Sírvase informar, respecto del artículo 70 del texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, teniendo en cuenta que el 15% restante del valor a pagar a las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas resulta primordial para la liquidez de las mismas, ¿Se ha calculado cuál será el tiempo real de respuesta a las glosas formuladas por la auditoría?

a. ¿Se tiene previsto un tiempo máximo en que deberá girarse ese recurso restante de encontrarse inconsistencias en la auditoría?

Respuesta. Por ser de su competencia, esta pregunta se trasladó a la ADRES según radicado 20241206051971 del 2024-01-18.

17. Sírvase informar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la plenaria de la Cámara de Representantes, teniendo en cuenta que las Gestoras de Salud y Vida realizarán la auditoría de cuentas médicas respecto de prestaciones de servicios de salud sin asumir el riesgo en salud ¿Se ha establecido alguna protección y/o prohibición para que las nuevas Gestoras de Salud y Vida no puedan remunerar a sus auditores en función de la cantidad de glosas que realicen?

Respuesta. El proyecto de ley prevé que el Ministerio, dentro de los seis meses siguientes a la aprobación de la ley, en caso de que así sea emita la reglamentación correspondiente a las condiciones y requisitos de operación para las Gestoras de Salud y Vida y con base en ello, las actuales, presentarán su plan de retiro o transformación ante el Ministerio y la Superintendencia Nacional de Salud.

18. Sírvase informar, de acuerdo con el texto de Reforma a la salud definitivo aprobado por la plenaria de la Cámara de Representantes ¿cómo será la forma de contratación y selección por parte de la ADRES de las Gestoras de Salud y Vida que realizarán la auditoría de cuentas médicas respecto de prestaciones de servicios de la salud

Respuesta. Por ser de su competencia, esta pregunta se trasladó a la ADRES según radicado 20241206051971 del 2024-01-18.

19. Sírvase informar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por Plenaria de la Cámara de Representantes, en el marco de las redes integrales e integradoras de Servicios de salud (RIISS) ¿Quién asumirá los costos de traslado de los pacientes?

Respuesta. El proyecto de ley 339/23 – Cámara, acumulado con los proyectos de Ley número 340/23, 341/23 y 344/23– Cámara “por medio de la cual de transforma el Sistema de Salud en Colombia y se



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

dictan otras disposiciones”, propone que los dineros asignados para la financiación del sistema de salud se integren en un Fondo Único Público de Salud (artículo 60 del texto definitivo aprobado en Plenaria de Cámara de Representantes); el cual tendrá dos cuentas independientes, con los demás recursos del Sistema de Salud se hará unidad de caja en el Fondo.

Las cuentas independientes del Fondo Único Público de Salud son:

- a. Atención Primaria Integral en Salud (artículo 61 del texto definitivo aprobado en Plenaria de Cámara de Representantes):

Los recursos que integran esta cuenta son:

- Fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria integral y resolutive en salud,
- Recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes,
- Recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud que pertenecen a los distritos y municipios
- Recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar,
- Recursos propios de los municipios que se deben girar a la ADRES.

Estos recursos se destinarán a financiar:

- Los servicios de atención primaria,
- Soluciones de transporte y dotación de los equipos extramurales,
- Atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos,
- Los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social

- b Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria (artículo 62 del texto definitivo aprobado en Plenaria de Cámara de Representantes)

Integra las siguientes fuentes de recursos:

- Del Sistema General de Participaciones destinados a la oferta para los departamentos y distritos que cumplen las funciones de prestación de servicios de los departamentos;
- Los recursos de propiedad de las entidades territoriales cuya administración, recaudo y giro sea gestionado por entidades del orden nacional y que deba ser girado a la ADRES;
- Los recursos provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar de los departamentos y distritos;
- Los recursos correspondientes a las rentas cedidas;
- Los recursos propios, corrientes y de capital, de los departamentos y distritos;
- Y los demás recursos que las disposiciones legales le asignen para la financiación del sistema de



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

salud con cargo a esta cuenta, entre otros recursos.

Estos recursos se destinarán a los siguientes usos:

- Funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud del Estado,
- Al saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que se transformarán en Instituciones de Salud del Estado,
- Al fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria y su mantenimiento,
- Al funcionamiento de la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado de los departamentos y distritos,
- Al pago de los servicios de esta red de atención de urgencias y transporte medicalizado,
- Al pago de incentivos que se establezcan para las instituciones prestadoras de servicios de salud por los servicios de mediana y alta complejidad.

Con base en lo expuesto, se concluye que la propuesta de reforma define que, en el marco de la atención de urgencias, el pago del transporte de pacientes hacia los lugares de atención (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud) se hará con cargo a la cuenta de Atención Primaria Integral en Salud; por su parte, el pago del transporte medicalizado se hará con cargo a la cuenta de Fortalecimiento de la Red Pública Hospitalaria, cuyas fuentes se encuentran descritas.

Lo cual se ratifica en los numerales 9 y 10 del artículo 65 del proyecto de Ley, de la siguiente manera:

Artículo 65. Destinación de los recursos administrados por la ADRES. Los recursos administrados por la Administradora de Recursos para la Salud - ADRES serán destinados a lo siguiente:

1. La financiación de los servicios de atención primaria que comprende la atención básica en salud, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y la operación de los equipos territoriales de salud.
2. Soluciones de transporte para garantizar la oferta activa de servicios básicos de salud de las poblaciones rurales y dispersas por parte de los equipos extramurales.
3. El servicio público de atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, que define la presente ley.
4. Los demás usos que, en el marco de la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.
5. El funcionamiento y sostenibilidad de las Instituciones de Salud Estado, previa evaluación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.
6. El saneamiento de las Empresas Sociales del Estado que, en cumplimiento de la presente Ley, se transformen en Instituciones de Salud del Estado.
7. El Fortalecimiento de la infraestructura y dotación hospitalaria y su mantenimiento.
8. El pago de los servicios de mediana y alta complejidad, prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada y mixta.
9. El funcionamiento, en departamentos y distritos, de la red de atención de urgencias, el transporte medicalizado de pacientes, interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo y de los laboratorios de salud pública.
10. Pago de los servicios de la red de atención de urgencias y el transporte medicalizado interinstitucional, intermunicipal e interdepartamental de pacientes, terrestre, fluvial, marítimo o aéreo.
11. Pago de incentivos que se establezcan para las instituciones prestadoras de servicios de salud por los



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

servicios de mediana y alta complejidad, los CAPS y las gestoras de salud y vida.

12. *La formación del talento humano en salud.*
13. *El pago de las incapacidades, licencias de maternidad y paternidad.*
14. *El pago de las obligaciones derivadas de los recursos con destinación específica que, a la vigencia de la presente Ley, la ADRES debe girar o pagar.*
15. *El pago por los gastos de administración a las Entidades Gestoras de Salud y Vida.*
16. *El desarrollo e implementación del Plan Nacional de Salud Rural, para el cual se contará con la asignación de recursos destinados a la implementación de lo concerniente a este tema el cual está contenido en el punto 1 del Acuerdo de Paz, además de otros que provengan de fondos de programas especiales para la paz, recursos de Cooperación Internacional, y demás recursos asignados para la construcción de salud y paz.*

20. Sírvase informar, de acuerdo con artículo 58 del texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de Cámara de Representantes, ¿Cómo se definirán de manera detallada los montos de las asignaciones que la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud deberá girar a los Centros de Atención Primaria en Salud o a las instituciones de que dependan o las operen?

Respuesta. El artículo 130 del proyecto de ley 339/23 – Cámara, acumulado con los proyectos de Ley número 340/23, 341/23 y 344/23– Cámara “por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones” define que para el financiamiento por oferta de los Centros de Atención Primaria – CAPS, se tendrán criterios de ajuste por “variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes.”; adicionalmente, el artículo 61 del proyecto, define las fuentes de financiación para el pago de los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS.

Artículo 130. Criterios para la asignación y distribución de los recursos de la UPC para el aseguramiento social en salud (...)

1. *Asignará presupuestalmente un per cápita para el financiamiento de la Atención Primaria Integral en Salud, con criterios de ajuste por variables geográficas, de dispersión poblacional, patologías prevalentes en el territorio, costos de operación y demás variables que sean pertinentes. La financiación de la Atención Primaria Integral en Salud se hará vía oferta, según se define en la presente Ley.*

Artículo 61. Cuenta de Atención Primaria Integral y Resolutiva en Salud. *La Cuenta de Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud integra los recursos fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinen para la atención primaria integral y resolutiva en salud, los recursos del aporte de solidaridad de los cotizantes, los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud que pertenecen a los distritos y municipios, los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, y los recursos propios de los municipios que, a la vigencia de la presente ley, deben girar a la ADRES.*

Estos recursos se destinarán a financiar los servicios de atención primaria, soluciones de transporte y dotación de los equipos extramurales, la atención prehospitalaria de urgencias médicas en municipios y distritos, y los demás usos que, para la atención primaria en salud, establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

21. De acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes y con objeto a la implementación de los CAPS que ordena la Reforma en todo el



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

territorio nacional, sírvase informar en formato Excel:

a. ¿Cuál es la estructura de personal médico requerida por cada uno de los CAPS que serán creados e implementados?

b. ¿Cuál es la cantidad total de personas que deberán contratarse por concepto de médicos generales, médicos especialistas, enfermeros, odontólogos, fisioterapeutas, psicólogos, farmacéuticos, tecnólogos en salud, entre otros? Además, indique ¿En qué otras instancias o entidades del sistema de salud tendrán participación y/o contratación estas personas?

c. ¿En los CAPS se contratarán a especialistas para una eventual atención de pacientes que lo requieran?

d. ¿Se contratará para la prestación de servicios de salud a personas con saberes ancestrales y no científicos y/o técnicos? Entendiendo que habrá diferentes tipologías de CAPS, entregue la información desagregada para cada uno de ellos”.

Respuesta. Se adjunta en Excel “proyección tipo” de perfiles de talento humano asistencial interdisciplinario, para la operación de Centros de Atención Primaria en Salud -CAPS, por tipologías (CAPS principal, sede satélite rural y sede urbano ambulatorio), si bien, en el marco de la reglamentación podrán determinarse otras tipologías de sedes de CAPS según condiciones poblacionales y territoriales (situación que se detalla en respuesta a la pregunta No.46). Es preciso aclarar que los perfiles y proyección de personal por perfil son de referencia, toda vez que se debe atender lo dispuesto por el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte de la Resolución 3100 de 2019²⁰, en el estándar de talento humano para todos los servicios, criterio de habilitación:

3. El prestador de servicios de salud determina la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada uno de los servicios ofertados y prestados, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación, tiempo de la atención y el riesgo en la atención. (...)

Así mismo, como parte de los procesos de conformación y organización de las redes integrales e integradas de servicios de salud se determinan condiciones de suficiencia de servicios para la atención de una población en un territorio determinado. Documento técnico disponible en: https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/ayudas/Modulo_RIPSS_Lineamientos_Conformacion_Organizacion_Gestion_Seguimiento_Evaluacion.pdf

Lo anterior, sin menoscabo de los procesos programáticos de planificación y gestión de talento humano en salud requerido en Colombia, como la ratio de medicina y enfermería por 1.000 habitantes de seguimiento internacional, así como de otras disciplinas requeridas para avanzar en la garantía del derecho fundamental a la salud en los distintos territorios y poblaciones del país.

b. ¿Cuál es la cantidad total de personas que deberán contratarse por concepto de médicos generales, médicos especialistas, enfermeros, odontólogos, fisioterapeutas, psicólogos, farmacéuticos, tecnólogos en salud, entre otros? Además, indique ¿En qué otras instancias o entidades del sistema de salud tendrán participación y/o contratación estas personas?

²⁰ Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

Respuesta. Conforme lo señalado en respuesta al literal (a) de la esta pregunta, las cantidades de talento humano por sede de CAPS se define conforme la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, entre otros aspectos determinados en criterios de habilitación de servicios de salud y redes de prestación, que toman en consideración las condiciones de la población y del territorio²¹ desde un enfoque de atención primaria en salud (APS).

En particular, la organización de los equipos básicos de salud que hacen parte de los CAPS, con el fin de mejorar el acceso de las personas, familias y comunidades a los servicios de salud y la longitudinalidad, integralidad y continuidad de la atención en salud (principios de APS), permite procesos programáticos de planificación y gestión de talento humano en salud requerido, conforme los criterios expuestos.

Respecto a la pregunta “indique ¿En qué otras instancias o entidades del sistema de salud tendrán participación y/o contratación estas personas?, teniendo en cuenta que la pregunta esta relacionada con la operación de CAPS, será dicha entidad quien vincule el talento humano asistencial con las consideraciones determinadas en el proyecto de ley de reforma, en materia de régimen laboral.

c. ¿En los CAPS se contratarán a especialistas para una eventual atención de pacientes que lo requieran?

Respuesta. Conforme el Excel adjunto en respuesta al literal (a) de la presente pregunta, se define la participación en el nivel primario de cinco especialidades básicas como parte del servicio de consulta externa especializada, a saber: Medicina Familiar, Ginecología y Obstetricia, Medicina Interna, Pediatría y Cirugía General; sin menoscabo de la integración con otros servicios de consulta externa especializada o de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, por modalidades de prestación como telemedicina y extramural, conforme a requerimientos de la población y el territorio.

d. ¿Se contratará para la prestación de servicios de salud a personas con saberes ancestrales y no científicos y/o técnicos? Entendiendo que habrá diferentes tipologías de CAPS, entregue la información desagregada para cada uno de ellos.

Respuesta. En relación a “saberes ancestrales y no científicos y/o técnicos” se requiere la precisión de la pregunta a la luz de las disposiciones de la Ley 1164 de 2007, en particular los artículos 12, 18 y 19. Ahora bien, teniendo en cuenta las coberturas actuales del sistema de salud, se resalta las actividades que se reconocen con el porcentaje adicional de UPC diferencial indígena que responden a los usos y costumbres de los pueblos indígenas. En la actualidad este porcentaje adicional se reconoce a los afiliados de las EPSI dada la constitución de cada una de estas entidades donde es la comunidad indígena a través de sus autoridades las que ejercen un control social sobre los recursos, adicional a lo anterior son estas autoridades indígenas las que permiten la práctica de la medicina tradicional bajo sus preceptos culturales.

Las actividades y servicios que se financian a través de los recursos diferenciales son:

²¹El territorio colombiano se encuentra ordenado en 1.103 municipios y dieciocho (18) áreas no municipalizadas (Amazonas 9, Guainía 6 y Vaupés 3). El 89% (n= 1.007) de los municipios tiene menos de 60.000 habitantes.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

Código	Descripción
S50001	Casa de paso
S50002	Guías bilingües
S50003	Acciones individuales de medicina tradicional
S50004	Acciones individuales de adecuación sociocultural de los servicios de salud no indígena
S50005	Acciones individuales de promoción y prevención en salud indígena
S50007	Transporte urbano
S50008	Transporte intermunicipal terrestre
S50009	Transporte intermunicipal fluvial

Así las cosas, los CAPS mantendrán las prestaciones reconocidas por el sistema de salud y la aplicación de disposiciones vigentes en materia de enfoque diferencial determinado como principio del SGSSS en la Ley 1438 de 2011, la cual en el artículo 3 señala:

3.6. Enfoque Diferencial. El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.

Así mismo, la Ley 100 de 1993, en el artículo 2 literal (b) incluye la universalidad como principio del Sistema de Seguridad Social Integral, y lo define como la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

Finalmente, la Resolución 229 de 2020 Lineamientos de la carta de derechos y deberes de la persona afiliada y del paciente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la carta de desempeño de las Entidades Promotoras de Salud –EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, en el artículo 4, numeral 4.2.2. Protección de la dignidad humana, señala “4.2.2.2. Ser respetado como ser humano en su integralidad, sin recibir ninguna discriminación por su pertenencia étnica, sexo, identidad de género, orientación sexual, edad, idioma, religión o creencia, cultura, opiniones políticas o de cualquier índole, costumbres, origen, condición social, condición económica y su intimidad, así como las opiniones que tenga.”

En coherencia con lo anterior, dicho enfoque hace parte, entre otros desarrollos normativos, de los criterios de habilitación de servicios en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud (Resolución 3100 de 2019), en el estándar de procesos prioritarios, el cual en la página 29 señala:

“(…)

4.2. Gestionar y desarrollar una adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan a los pacientes que incluya enfoques diferenciales.

“(…)

6. El prestador de servicios de salud cuenta con información documentada de las actividades y procedimientos que se realizan en el servicio acordes con su objeto, alcance y enfoque diferencial, mediante guías de práctica clínica- GPC, procedimientos de atención, protocolos de atención y otros documentos que el prestador de servicios de salud determine, dicha información incluye talento humano, equipos biomédicos, medicamentos y dispositivos médicos e insumos requeridos.

“(…)” (subrayado fuera de texto).”



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

22. Sírvase informar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, detalle y explique tanto la inversión necesaria como el margen proyectado de rentabilidad económica que tendrían aquellos privados que inviertan en la puesta en funcionamiento de un Centro de Atención Primaria en Salud 100% privado, Entendiendo que habrá diferentes tipologías de CAPS, entregue la información para cada una de ellas.

Respuesta. El Ministerio tiene como responsabilidad dar los lineamientos y establecer la estructura mínima que debe tener cada uno de los diferentes tipos de CAPS, Los costos promedio y la rentabilidad para cada uno de los tipos de CAPS, que los privados quieran implementar, serán definidos por estos, teniendo en cuenta su régimen de contratación para cada uno de los componentes del costo (Infraestructura, dotación, talento humano, insumos y medicamentos y de los gastos generales)

Sin embargo, en un ejercicio de análisis de la información contenida en las Fichas de Información ESE elaborada por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social sobre los ingresos reconocidos por ventas de servicios de salud en los últimos tres años, se evidencia que en promedio al año fueron de \$18.85832 en las ESE de nivel I y el 83% del total de los ingresos reconocidos corresponde a ingresos de vigencia actual, mientras que el 17% del total de los ingresos reconocidos corresponde al total recaudado de vigencias anteriores. Para las ESE de nivel I los ingresos reconocidos por ventas de servicios de salud al régimen subsidiado representaron en promedio anual el 82%, el régimen contributivo representó el 1,1% y las ventas al PIC representaron en promedio anual el 7% sobre el total de ingresos reconocidos por ventas de servicios de salud en este grupo de entidades, como se observa en la tabla a continuación.

*Tabla 1 – Ingresos reconocidos por ventas de servicios de salud ESE Nivel I
(Valores en millones \$COP constantes 2021)*

Variable	Promedio al año	% Participación
Venta de Servicios de Salud	4.181.224	
Régimen Subsidiado	3.415.118	81.68%
Régimen Contributivo	462.290	1.11%
Atención Pobre No Asegurada	127.736	3.05%
SOAT - ECAT	56.138	1.34%
PIC	294.962	7.05%
Otras Ventas de Servicios de Salud	241.041	5.76%

Fuente Fichas de Información ESE por nivel I de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social

Respecto a los gastos de funcionamiento y teniendo en cuenta que los PMIDS se terminarán de formular en 2024 de acuerdo con lo establecido en el Artículo 65 del Plan Nacional de Desarrollo, los gastos de funcionamiento y operación de los CAPS se podrán proyectar una vez dichos planes sean formulados y se tenga la información detallada por tipo de CAPS en cada departamento.

No obstante lo anterior, el análisis de la información de la composición del gasto durante el período 2021-2023 permite tener una base sobre la cual se puede iniciar una proyección global; según la información contenida en las Fichas de Información ESE elaborada por la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social, los gastos comprometidos al año para las ESE de nivel I fueron de \$5.416.155; de este valor, los gastos de funcionamiento comprometidos



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

representaron en promedio durante los últimos tres años un 74% del gasto total de las ESE. A su vez, en este segmento de los gastos de funcionamiento el 75,5% correspondió a gastos de personal, un 22,2% correspondió a los gastos generales y las transferencias representaron un 2,3%. Los gastos de operación y prestación de servicios representaron un 11,2% del total de los gastos comprometidos, los gastos por inversión representaron el 6,3% del total de gastos comprometidos y un 8,4% del gasto total comprometido se destinó a las cuentas por pagar de vigencias anteriores, como se observa en la tabla a continuación.

*Tabla 2 – Gastos comprometidos ESE Nivel I
(Valores en miles de millones COP\$ constantes del 2021)*

Variable	Promedio al año	% Participación
1 Gasto de Funcionamiento	4,004,440	74%
1,1 Gastos de Personal	3,023,701	75,50%
1,1,1 Gasto de Personal de Planta	1,293,814	32,30%
1,1,2 Servicios Personales Indirectos	1,729,887	43,20%
1,2 Gastos Generales	887,438	22,20%
1,3 Transferencias Corrientes	93,301	2,30%
2 Gastos de Operación y Prestación de Servicios	607,134	11,20%
3 Gastos por Inversión	343,478	6,30%
4 Deuda pública	3,713	0,10%
5 Cuentas por Pagar Vigencias Anteriores	457,390	8,40%
Gasto Total Comprometido	5,416,155	100,00%

Fuente Fichas de Información ESE por nivel I de la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social

23. Sírvase informar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, detalle y explique tanto la inversión necesaria como el margen proyectado de rentabilidad económica que tendrían aquellos privados que inviertan en la puesta de funcionamiento de un CAP mixto, Entendiendo que habrá diferentes tipologías de CAPS, entregue la información para cada una de ellas.

Respuesta. El Ministerio tiene como responsabilidad emitir los lineamientos y establecer la estructura mínima que debe tener cada uno de los diferentes tipos de CAPS, los costos promedio y la rentabilidad para cada uno de los tipos de CAPS, que los privados quieran implementar, serán definidos por estos, teniendo en cuenta su régimen de contratación para cada uno de los componentes del costo (Infraestructura, dotación, talento humano, insumos y medicamentos y de los gastos generales).

De otro lado, es importante reiterar que los datos presentados en las respuestas a las preguntas No. 38 y 39 brindan una base general para realizar las proyecciones solicitadas.

24. Sírvase informar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, explique en detalle la proyección de la cantidad de afiliados y de la cantidad de atenciones que prestarán los CAPS públicos, privados y mixtos, para los próximos 10 años, Además, indique ¿Cuál será el promedio diario, semanal, mensual, y anual? Entendiendo que habrá diferentes tipologías de CAPS, entregue la información para cada una de ellas por departamento y municipio.

Respuesta. Para la proyección de usuarios se toma como base la distribución actual de los usuarios entre los regímenes de afiliación, que corresponde a 24,390,665 afiliados al régimen contributivo (48.3%),



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

23,968,577 en el régimen subsidiado que representan el 47.5% de los afiliados y 2,152,469 afiliados a los regímenes de excepción. La información desagregada se encuentra en la tabla Excel adjunta.

En cuanto la cantidad de atenciones que prestarán los CAPS públicos, privados y mixtos de manera mensual y anual, se desarrolló un ejercicio que contempla los parámetros de eficiencia operacional de cada servicio, esto es, la determinación de la capacidad de producción de una unidad de producción o de una capacidad. Para su construcción, se establecen unas condiciones estándar de funcionamiento de la capacidad en términos de las horas mensuales, la capacidad de producción por hora y un estándar de uso eficiente. Como resultado se presenta la cantidad de atenciones que una unidad de producción podría producir en condiciones de eficiencia durante un año. En la tabla Excel adjunta se presenta la producción eficiente por servicio.

25. Sírvase informar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, respecto de los CAPS que en total se tienen proyectados estime:

a, ¿Cuántos serán públicos?

b, ¿Cuántos serán privados

c, ¿Cuántos serán mixtos?

d, ¿Cuáles son las proyecciones de porcentajes de participación privada en los mixtos?

Respuesta. La identificación de necesidades en materia de Centros de Atención Primaria de la Red Pública, permite establecer para la población actual, un total de 1,386 CAPS públicos; como se mencionó anteriormente, la proyección de CAPS privados y mixtos dependerá de la estructuración de las redes que se realice de manera específica en el evento de la entrada en vigencia de la norma propuesta.

26. Sírvase informar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, ¿Cuáles serán las características y cuánto costarán los diferentes softwares que se utilizarán en los CAPS?

Respuesta. Debe tenerse en cuenta que el Ministerio diseña, desarrolla e integra el Sistema Público Unificado e Interoperable de información en salud – SPUIS, y garantiza su funcionamiento, En este sistema de realizará la inclusión de los procesos de referencia y contrarreferencia, historia clínica en línea, así como los datos generales derivados de la caracterización de salud y socio demográfica de las poblaciones y de las atenciones tanto individuales como colectivas, garantizando la interoperabilidad. En cuanto a los costos, se han proyectado en términos generales, a continuación, se presenta la estimación de costos tecnología CAPS vigencias 2023 -2026: -

Tabla 3. Estimación de Costos Tecnología CAPS vigencias 2023 -2026 (valores en miles de millones de pesos colombianos)

Concepto	Tipo	2023		2024		2025		2026		Total	
		#	Valor	#	Valor	#	Valor	#	Valor	#	Valor
Tecnología	CAPS	77	\$15,888	536	\$288,600	525	\$281,618	335	\$182,970	1,473	\$769,076
	Sede Satélite Rural	144	\$41,040	330	\$94,050	324	\$92,340	229	\$65,265	1,027	\$292,695
	TOTAL	221	\$56,928	866	\$382,650	849	\$373,958	564	\$248,235	2,500	\$1,061,771



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

Fuente: Ministerio de salud y Protección Social (2023)

27. Sírvase informar, explique en detalle si el modelo de salud de la Reforma recientemente aprobada en la plenaria de Cámara de Representantes contempla la contratación de personal y servicios pseudo científicos como: “medicinas y terapias alternativas y complementarias, formas propias de cuidado y salud popular, campesinas, étnicas, interculturales, tradicionales, y ancestrales” así como de “médicos tradicionales”.

Respuesta. En relación a medicinas y terapias alternativas y complementarias el numeral 1.2 del acápite “11.2.2 SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA”; del anexo técnico denominado “manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud” de la Resolución 3100 del 2019, expedida por esta cartera ministerial señala:

“11.2.2. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

Hacen parte de este servicio entre otras, las siguientes especialidades:

Medicina alternativa y complementaria

(...)

Terapias alternativas y complementarias:

(...)

Estructura del servicio

Complejidad: Mediana

Modalidades de prestación:

(...)

Estándar de talento humano

Complejidad: mediana

Modalidades: intramural, extramural unidad móvil, jornada de salud y domiciliaria

1. *Cumple con los criterios definidos para el servicio de consulta externa general y adicionalmente cuenta con:*
 - 0.1. *Profesional de salud con título de especialista, según los programas académicos autorizados por el Ministerio de Educación Nacional.*
 - 0.2. *Para medicina alternativa y terapias alternativas y complementarias, cuenta con profesional de salud con título de especialista en el ámbito de su disciplina, para lo cual deberá acreditar la respectiva certificación académica de esa norma de competencia, expedida por una institución de educación superior legalmente reconocida por el Estado y de acuerdo con lo documentado por el prestador de servicios de salud en el estándar de procesos prioritarios.*

(...)

El artículo 1 de la Resolución 3100 de 2019 establece:

“Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto definir los procedimientos y las condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, así como adoptar, en el anexo técnico, el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud el cual hace parte integral del presente acto administrativo.

Parágrafo. La presente resolución, incluido el Manual aquí adoptado no establece competencias para el talento humano, dado que las mismas se encuentran definidas en los programas académicos aprobados por el Ministerio de Educación Nacional.”



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

(Subrayado fuera de texto)

Así, la prestación de los servicios de salud debe acogerse a lo dispuesto en la Ley 1164 de 2007 Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud, Artículo 19. Del ejercicio de las medicinas y las terapias alternativas y complementarias. Igualmente se resalta lo dispuesto en el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte de la Resolución 3100 de 2019²², en el estándar de talento humano para todos los servicios, los siguientes criterios:

1. El talento humano en salud y otros profesionales que se relacionan con la atención o resultados en salud de los usuarios, cuentan con los títulos, según aplique, de educación superior o certificados de aptitud ocupacional, expedidos por la entidad educativa competente. En el caso de títulos o certificados obtenidos en el extranjero, copia de la resolución de convalidación expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

2. El talento humano en salud cuenta con copia de la resolución de autorización del ejercicio expedido por la autoridad competente o inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud -ReTHUS.

De otro lado, la Resolución 2366 del 29 de diciembre de 2023 “Por la cual se establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (L/PC)”, incluye en el artículo 8. Glosario:

34. Medicinas y terapias alternativas: son aquellas técnicas, prácticas, procedimientos, enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la autorregulación del ser humano, con el objeto de promover, prevenir, tratar, rehabilitar la salud y cuidados paliativos de la población, desde un enfoque holístico.

La precitada resolución en el artículo 25 señala:

Artículo 25. Medicina y terapias alternativas y complementarias. Las EPS y entidades adaptadas podrán incluir la utilización de medicinas y terapias alternativas o complementarias por parte de los prestadores que hagan parte de su red de servicios, siempre y cuando estas se encuentren autorizadas y reglamentadas debidamente para su ejercicio, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia.

Ahora bien, la Resolución 2775 de 2022, “Por la cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS para la vigencia 2023”, incluye entre otras, bajo el código 89.0.2.14, la consulta de primera vez por Terapias Alternativas. En cumplimiento de lo anterior, los CAPS como prestador pueden ofertar los servicios señalados, y los procedimientos a realizar de conformidad con el estándar de procesos prioritarios del servicio de salud establecidos en la normatividad vigente.

Finalmente, respecto a lo consultado sobre “formas propias de cuidado y salud popular, campesinas, étnicas, interculturales, tradicionales, y ancestrales” así como de “médicos tradicionales”, favor remitirse a lo señalado en respuesta al literal (d) de la pregunta No. 35 de la presente petición.

28. Sírvase informar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la

²² Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 202430000398511

Fecha: 27-02-2024

Plenaria de la Cámara de Representantes, explique en detalle y con rigor científico-médico cada una de las siguientes expresiones:

- a. “Medicina alternativa”.
- b. “Medicina complementaria”.
- c. “Terapia alternativa”.
- d. “Terapia complementaria”.
- e. “Formas propias de cuidado y salud popular”.
- f. “Formas propias de cuidado y salud campesinas”.
- g. “Formas propias de cuidado y salud étnicas”.
- h. “Formas propias de cuidado y salud interculturales”.
- i. “Formas propias de cuidado y salud tradicionales”.
- j. “Formas propias de cuidado y salud ancestrales”.
- k. “Médicos ancestrales”.

Respuesta a los literales a,b,c y d. Medicina alternativa, medicina complementaria, terapia alternativa y terapia complementaria. Según lo define el párrafo único del artículo 19, “Del ejercicio de las medicinas y las terapias alternativas y complementarias”, de la Ley 1164 de 2007, “Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud”:

“Se entiende por medicina y terapias alternativas aquellas técnicas prácticas, procedimientos, enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la autorregulación del ser humano con el objeto de promover, prevenir, tratar y rehabilitar la salud de la población desde un pensamiento holístico”

“Se consideran medicinas alternativas, entre otras, la medicina tradicional China, medicina Adyurveda, medicina Naturopática y la medicina Homeopática. Dentro de las terapias alternativas y complementarias se consideran entre otras la herbología, acupuntura moxibustión, terapias manuales y ejercicios terapéuticos”.

Adicionalmente, la Resolución 3100 de 2019, “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud”, incluye en el anexo técnico:

“Manual de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud”, a las Medicinas Alternativas y complementarias, así como a las Terapias alternativas y complementarias, en los servicios de consulta externa especializada, de la siguiente forma:

SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA

Hacen parte de este servicio entre otras, las siguientes especialidades:

Medicina alternativa y complementaria:

- Homeopática
- Osteopática
- Neuralterapéutica
- Tradicional China
- Naturopática



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

- *Ayurvédica*

Terapias alternativas y complementarias:

- *Bioenergética*
- *Terapia con filtros*
- *Terapias manuales*

En el año 2018 se publicaron en la página web de este Ministerio, los “*Lineamientos técnicos para la articulación de las medicinas y las terapias alternativas y complementarias, en el marco del sistema general de seguridad social en salud*”, disponibles en el siguiente enlace:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/lineamientos-mtac-sgsss.pdf>. En este documento se realiza la siguiente diferenciación entre el grupo de medicinas alternativas y complementarias y el de terapias alternativas y complementarias (páginas 17 y 18):

“(...) los servicios de medicinas alternativas y complementarias mencionados en la Ley 1164, según lo consignado en la Resolución 20031, solo pueden ser habilitados si cuentan con profesionales de medicina; y los servicios de terapias alternativas y complementarias son habilitados si “cuenta con profesionales del área de la salud con certificado de formación de la terapia alternativa ofertada en el ámbito exclusivo de su disciplina (...)”

“(...) se separa la medicina de las terapias, y se considera que la palabra medicinas, de la denominación MTAC 2, indica que solo puede ser practicada por profesionales en medicina; y de otro lado las terapias pueden ser practicadas por todas las profesionales de la salud (...)” (subraya fuera del texto original).

Es necesario aclarar que la denominación que utiliza la Organización Mundial de la Salud (OMS) de “*Medicina Tradicional y Complementaria (MTC)*” incluye la Medicina Tradicional (MT) y la Medicina Complementaria y Alternativa (MCA). En Colombia, la denominación de “*Medicina y Terapias Alternativas y Complementarias*” (MTAC), no incluye la MT colombiana ejercida por los grupos étnicos. Sin embargo, incluye la MT de otros países, bajo la denominación de MTAC, como es el caso de la medicina tradicional china y medicina ayurveda, esta última hace parte de la tradición de la India. En el mundo, los países han adoptado diferentes denominaciones, según sus políticas y características.

Con respecto a las bases científicas de las denominadas en el marco normativo colombiano como “*Medicinas y las terapias alternativas y complementarias*”, a las que se hace referencia en su conjunto como MTAC, el citado documento de “*Lineamientos técnicos para la articulación de las medicinas y las terapias alternativas y complementarias, en el marco del sistema general de seguridad social en salud*” incluye una recopilación de orientaciones internacionales y evidencias científicas que se compilaron y analizaron con los gremios de profesionales de la salud en Colombia, instituciones de educación superior y entidades de cooperación internacional.

Resaltamos a continuación algunos de los aspectos centrales de esta recopilación:

- *“las MTAC son una propuesta filosófica y conceptual que invita a ver y a asumir la vida desde diferentes perspectivas y paradigmas, los cuales permiten identificar su naturaleza y realizar una aproximación a su forma de interpretar la realidad, concebir el mundo y atender la salud. En la información complementaria que se encuentra al final de este texto, se exponen las cosmovisiones y los presupuestos conceptuales, fundamentos teóricos y filosóficos desde donde las MTAC se aproximan al mundo, la realidad, la vida, la salud, el bienestar, la armonía y el equilibrio del ser. Dentro de los paradigmas de lo tradicional o ancestral, lo complejo, los sistemas, el empirismo, el holismo y lo integral, las MTAC consideran al ser humano como un todo, recono-*



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

ciendo a las personas como seres únicos que hacen parte del universo. Desde su perspectiva, las personas son una unidad compleja que representan al mismo tiempo varias cosas en permanente interacción y diálogo entre sí y con el universo. Consideran los procesos energéticos, trascendentales, espirituales, mentales, emocionales, sociales, culturales, moleculares, biofísicos, anatómicos, morfológicos, bioquímicos y sus bioinformaciones”3

- *Conciben la existencia de personas enfermas y no de enfermedades. La enfermedad no es un proceso contrario a la salud, solo existen situaciones inherentes al proceso vital, con los cuales se interactúa; son procesos de adaptación individual ante las circunstancias. Identifica en las personas enfermas, los procesos vitales, los desequilibrios o desarmonías y sus interacciones con los aspectos internos y externos de cada uno4. De acuerdo con lo anterior, determina la forma de atender cada persona como ser único y reconoce sus capacidades de autodeterminación y autogestión para mantener y proteger su salud 5.*

- *Centra su atención en la autorregulación del funcionamiento de las leyes naturales para mantener y recuperar el equilibrio o la armonía del ser humano, a través de diversas prácticas y terapéuticas pertinentes y seguras 6. Su atención no es en contra de la enfermedad, si no a favor de la persona, por tanto, estimula sus funciones para responder de manera adaptativa y activa frente a las circunstancias 7.*

Atiende el proceso de cada persona, siguiendo una ruta según el caso individual, de acuerdo con las manifestaciones clínicas, síndromes y cuadros clínicos para modificar los resultados finales, hasta lograr la recuperación del programa de autoconservación 8.

- *Para lo anterior, la MTAC desarrolla conocimientos, saberes, técnicas, terapéuticas, prácticas y procedimientos, haciendo uso de las plantas, minerales, animales, medicamentos de diferentes orígenes, entre otros medios, insumos y recursos 9. El personal de la salud asume el rol de facilitador para que la naturaleza recupere su buen estado de salud 10. A partir del reconocimiento de la capacidad de la persona de cuidarse y del diálogo entre los saberes del personal de salud y la persona, la MTAC establecen relaciones solidarias, modificando la relación convencional médico – paciente, donde el personal de salud estimula y facilita los procesos de autogestión y auto-organización para crear nuevas situaciones de salud 11.*

- *El SGSSS ha contemplado diferentes MTAC, de las cuales se esbozan algunos postulados en la información complementaria que encuentra al final de este documento. Dentro de ellas, la medicina tradicional china y la medicina tradicional ayurveda de la India, fundamentadas en los paradigmas tradicionales de sus lugares de origen. Estas, aun cuando representan un conjunto de conocimientos, prácticas y saberes milenarios que no forman parte de la tradición de Colombia, son apreciadas como formas interculturales de atender la salud de la población del país, de acuerdo con la preferencia, los requerimientos y la pluralidad colombiana.*

- *Entre otras MTAC contempladas en el SGSSS, se encuentran concepciones y prácticas, no tradicionales ni convencionales. Al igual que la medicina tradicional china y la medicina ayurveda, estas MTAC son usadas de manera complementaria o como alternativa a la perspectiva convencional o alopática predominante del sistema de salud. En Colombia, su uso está relacionado con la preferencia de las personas y/o la elección o inclusión en los servicios de MTAC realizado por las Empresas Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios. Dentro de ellas, la medicina homeopática, la medicina naturopática, la terapia neural, la osteopatía, la bioenergética, la terapia con filtros y las terapias manuales.*

- *Con la estrategia de Medicina Tradicional 2002 – 2005, la OMS plantea a los Estados Miembros la necesidad de la integración armoniosa de la MTC en el marco de la Atención Primaria en Salud 12.*

Dicha integración depende de los contextos de cada país. Sin embargo, algunas medidas generales que orientan esta integración están relacionadas con: a) estudios sobre el uso de la MTC en el país para soportar



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

la toma de decisiones; b) análisis de la disponibilidad de recursos financieros y de talento humano en salud; c) definición de políticas sobre los productos, prácticas y el ejercicio profesional de la MTC; y d) promoción del acceso a la MTC en el marco de los sistemas de salud 13.

• La Estrategia de la OMS actualizada sobre medicina tradicional para el periodo 2014-2023, señala que solo algunos sistemas sanitarios han integrado y reconocido oficialmente la MTC mediante políticas de medicamentos y productos, la disponibilidad de terapias en los servicios de salud públicos y privados, la realización de estudios e investigaciones, y la reglamentación de formación en MTC. Otros sistemas de salud han incluido la MTC, pero aún no han integrado todos los aspectos mencionados anteriormente, o se encuentran parcialmente incluidos.

• La Medicina Tradicional China (MTCh) y la medicina ayurveda de la India, en Colombia consideradas MTAC, se fundamentan en los paradigmas tradicionales de sus lugares de origen. Representan un conjunto de conocimientos, prácticas y saberes milenarios que no forman parte de la tradición de Colombia, pero que son apreciadas como formas de atender la salud de la población del país, de acuerdo con la preferencia, los requerimientos y la pluralidad colombiana.

• La medicina tradicional china se fundamenta en la cosmovisión de las civilizaciones más antiguas de oriente 4. Se basa en el principio Qi (energía vital), como sustancia en constante movimiento que permea y constituye el todo 77. Establece la existencia de canales o meridianos que constituyen un circuito por donde fluye la energía vital 15. Según su teoría del Yin-Yang, el mundo está constituido por dos principios o fuerzas opuestas pero complementarias en permanente interacción que requieren mantenerse en equilibrio, a partir de las cuales se interpretan todos los fenómenos 16. Considera los cinco elementos (movimientos o transformaciones) que constituyen el mundo: fuego, agua, madera, metal y tierra 17; estos cinco elementos como relación de fuerzas y tendencias del universo con el individuo, con unas leyes de generación, de dominancia y de contra-dominancia 18.

• La medicina ayurvédica ("ciencia de la vida" "conocimiento de la vida" o "ciencia de la duración de la vida"), es fundamentalmente una "filosofía de vida" 96. Es una rica herencia de siglos de antigüedad de las ciencias médicas y de la salud de la India 97, la cual al igual que la MTCh ha sido integrada a los sistemas de salud de algunos países, como Medicina Complementaria y Alternativa. El Ministerio de AYUSH de la India considera dentro de los sistemas tradicionales de la India, la medicina ayurveda, la homeopatía, la siddha, la unani, el yoga y la naturopatía como servicios preventivos y curativos de la población India 19.

• La Ayurveda busca mantener la salud a través del conocimiento de la vida; la integración de las esferas física, emocional, mental y espiritual del individuo, para lograr una armonía del macrocosmos y el microcosmos, considerando al individuo como el resultado de lo que construye y la salud como resultado del estilo de vida. Busca restaurar el equilibrio de la matriz alterada cuerpo- mente, mediante los enfoques terapéuticos Prana-yana, Rasayana, Vipreeta y Vipreetarthkari Chikitsa y Panchkarma o terapia de desintoxicación (Vamana, Virechana, Vastis, Rakta Mokshana, Nasyam); los cuales incluyen entre otros, instrucciones para la vida, el uso de medicamentos, la indicación de dietas específica, rutina-vida prescrita, cambio en los comportamientos, el fortalecimiento de los mecanismos corporales 20 21 22.

• La medicina homeopática está basada en leyes naturales. Desde sus inicios se basó en la experimentación en el hombre sano, o sea en un conocimiento a posteriori. Es vitalista, considera la existencia de una energía vital. Estimulan la fuerza autoregulatoria para lograr la curación. Sus principios terapéuticos se fundamentan en la individualidad y la ley de la semejanza o la similitud, según lo cual se establecen las características específicas de la persona para compararlas con informaciones similares contenidas en los medicamentos ho-



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

meopáticos, y de esta manera definir el abordaje de la situación de salud de la persona 23.

• La homeopatía busca modificar el proceso de la enfermedad para modificar el resultado. Desarrolla actividades, procedimientos e intervenciones para estimular al individuo en su entorno biopsicosocial para la autorregulación del organismo, a través del suministro de medicamentos ultra diluidos y dinamizados empleados para la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad 24 25.

• La medicina naturopática busca estimular los procesos naturales de autocuración del cuerpo humano, a través de múltiples terapias que se basa en el uso de materiales, productos, preparados y métodos naturales; utiliza los cuatro (4) elementos clásicos de la naturaleza: Aire, Agua, Fuego (sol) y tierra (plantas) para prevenir, promocionar y reparar la salud²⁶. Refuerza la capacidad de las personas para disminuir o anular el efecto de las sustancias "innaturales" que generan alteraciones en el organismo con el uso de hierbas, vegetales sin fertilizantes artificiales y preparados sin preservantes o colorantes, el agua pura, la luz solar y el aire fresco.

• La terapia neural o medicina neuralterapéutica concibe al ser humano como un ser total, interrelacionado con todo el universo. Desde su perspectiva no hay enfermedades, hay personas enfermas; las enfermedades son procesos vitales con los cuales se interactúa. Considera que irritaciones o afecciones generadas por la presencia de circunstancias o eventos desconocidos, dejan una memoria almacenada en el organismo; el cuerpo se cura, pero no sana, es decir que el suceso vital permanece almacenado en la memoria del sistema nervioso. Los eventos almacenados en la memoria hacen que en algún momento las energías y las informaciones del organismo no fluyan de manera adecuada, y de ahí se generan desarmonías llamadas enfermedades 27 28.

• Reconoce las posibilidades y potencialidades del ser humano para autogestionar y autoorganizar nuevos estados vitales. Desde el abordaje de la terapia neural, se identifica y se estimula el sitio del sistema nervioso donde están las irritaciones o afecciones que permanecen en la memoria y que no dejan fluir las informaciones en el organismo, para que los olvide, elabore o transforme, y de esta manera puedan fluir y alcanzar su autocuración y auto-ordenamiento 29.

• Dentro de las terapias manuales, se han considerado la quiropráctica y la osteopatía. La medicina manual osteopática, medicina osteopática u osteopatía, concibe la unidad cuerpo, mente y espíritu como un todo. Al igual que otras formas de abordar la salud ya descritas, la persona es considerada como un ser integral capaz de responder ante los cambios generados por factores físicos, químicos, sociales, culturales o psicológicos; el organismo tiene mecanismos de autorregulación para mantener la salud, así como la capacidad para autocurarse, a lo cual se le ha llamado homeostasis.

• Las alteraciones y restricciones en la interrelación estructura – función son consideradas el origen de diferentes patologías; esta interrelación hace que cuando uno se altere, se afecte el otro, y esto genera pérdida del estado de salud. Con frecuencia, las alteraciones de la estructura impiden la circulación adecuada de fluidos corporales y una adecuada actividad nerviosa. Los síntomas aparecen cuando el organismo no puede enfrentar las situaciones adversas. El abordaje de la osteopatía busca mantener y restituir la integralidad de la persona teniendo como punto de partida el equilibrio de la estructura corporal, el restablecimiento de la función local, regional y sistémica, y la promoción de prácticas de autocuidado, buscando facilitar la óptima circulación de fluidos y una adecuada actividad nerviosa para que la persona recupere su capacidad de homeostasis. Lo anterior a través de maniobras manuales que generan cambios locales y a distancia para modificar los resultados de los procesos en la enfermedad 30 31 32.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

• *La bioenergética considera al ser humano como una organización de energías biológicas (bioenergías). En su abordaje analiza, diagnóstica y regula las alteraciones energéticas. Sus procesos terapéuticos propician la auto-curación a partir de la reorganización de los circuitos energéticos del organismo.*

Dentro de la bioenergética se consideran las terapias:

- *Con filtros, la cual se fundamenta en el manejo de la información electromagnética del campo energético que rodea al ser humano, conectado con los procesos fisiológicos del organismo. Incide sobre el campo electromagnético a través del fenómeno foto-eléctrico de los filtros para reorganizar los procesos físicos, emocionales y mentales de la persona 33.*

- *Sanación pránica es un conjunto de técnicas y métodos de sanación que actúa sobre el campo energético del ser humano con la finalidad de restituir la salud. La sanación pránica incluye la intervención terapéutica en la clínica, el entorno del individuo y su relación e interdependencia con su vida, y su entorno.*

- *Magnetoterapia es una práctica que implica el uso de campos magnéticos estáticos o pulsátiles sobre el cuerpo.*

- *Terapia con gemas o cristales, se efectúa con la intención de balancear energías. Cada gema o cristal tiene propiedades energéticas particulares que afectan de diferente forma el plano físico, emocional y espiritual de la persona que las usa. Esta terapia está basada en el hecho de que todo lo que nos rodea, incluyéndonos, está compuesto por átomos, y estos a su vez se componen de protones, neutrones y electrones - todos girando y vibrando en un campo electromagnético.*

Cuando usamos cristales, estamos introduciendo su particular vibración y creando un cambio en este campo energético con el que trabajamos, sea el cuerpo humano o un espacio específico 34.

- *Cromoterapia o terapia por el uso de los colores, es una herramienta terapéutica que usa las vibraciones electromagnéticas que componen la luz, los colores, para equilibrar el organismo humano. Los colores corresponden a vibraciones que tienen velocidades, longitudes y ritmos de ondas diferentes, que ejercen una influencia física, psíquica, emocional y energética que facilita la auto-sanación. La cromoterapia puede realizarse con equipos de estimulación lumínica, con placas cromáticas u otros dispositivos.*

- *Terapia con Poliedros usa las formas geométricas que representan los arquetipos de los elementos de la naturaleza. La sanación por las formas se da a través de la aplicación de estas formas sobre el campo etérico del cuerpo, que en su contacto con él, tienden a equilibrar todos esos patrones arquetípicos relacionados con los elementos y sus correspondientes niveles físico, emocional y mental 35.*

Considerando lo anterior, las medicinas alternativas y complementarias citadas anteriormente, representan sistemas médicos complejos que requieren para su formación y ejercicio, de profesionales de la medicina que adquieran las competencias necesarias en Instituciones de Educación Superior, para prestar servicios con calidad y seguridad, con base en las orientaciones internacionales, incluyendo la estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las evidencias científicas disponibles. Por su parte, las terapias alternativas y complementarias son procedimientos de apoyo terapéutico que pueden ser ejercidas por diferentes profesionales de la salud, no solo médicos, que adquieran sus competencias para garantizar calidad y seguridad, en Instituciones de Educación Superior.

De acuerdo a las características del modelo de salud, e incluso, de según la individualidad de cada pacien-



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

te, tanto las medicinas como las terapias a las que se hizo referencia previamente, pueden convertirse en acciones complementarias, si se establecen procesos explícitos de articulación con los servicios convencionales o alopáticos y las acciones de gestión integral del riesgo, o en acciones alternativas, cuando se realizan de manera específica.

Con respecto a las formas propias a través de las cuales los grupos sociales han implementado acciones de cuidado de su salud, es preciso informarle lo siguiente:

- El artículo 20 “Del ejercicio de las culturas médicas tradicionales” de la citada Ley 1164 de 2007, establece que *“De conformidad con los artículos 7o y 8o de la Constitución Política se garantizará el respeto a las culturas médicas tradicionales propias de los diversos grupos étnicos, las cuales solo podrán ser practicadas por quienes sean reconocidos en cada una de sus culturas de acuerdo a sus propios mecanismos de regulación social”*.

Con el propósito de definir cada una de las expresiones referidas es fundamental tener en cuenta que estas se formulan en el marco de lo dispuesto por la Constitución Política de Colombia de 1991, en términos del reconocimiento de la diversidad cultural y étnica que caracteriza a los territorios y poblaciones del país, recogiendo el Convenio 169 de 1989 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), mediante la Ley 21 de 1991. En este sentido, de acuerdo con los artículos 7 y 8 de la Constitución Política (1991), el artículo 20 de la Ley 1164 del 2007, dispone que se garantizará el respeto a las culturas médicas tradicionales propias de los diversos grupos étnicos, las cuales solo podrán ser practicadas por quienes sean reconocidos en cada una de sus culturas [...].

Así mismo, estas se formulan en virtud de los principios de interculturalidad y de protección de los pueblos étnicos de que trata el artículo 6 de la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, el cual dispone el “esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales [...]”. De esta forma, es necesario que el sistema de salud reconozca la coexistencia de conocimientos y saberes propios y ancestrales, así como de terapias alternativas y complementarias.

No obstante, es importante señalar que en el documento de Proyecto de Reforma a la Salud estos términos o “expresiones” no son incluidas o definidas de manera explícita, aunque comprenden las siguientes definiciones, en términos generales:

a. **Formas Propias de cuidado y Salud Popular:** comprenden el conjunto de prácticas, saberes, valores, formas de vida, creencias, tradiciones, hábitos, costumbres y conocimientos de las personas o “legos” o “diletantes” ejercidos en virtud del cuidado, promoción y prevención de la salud. Estas formas propias de cuidado y salud popular aportan al fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS) en la medida en que representan la primera respuesta ante cualquier situación de salud/enfermedad emergente (World Health Organization; United Nations Children’s Fund, 2018).

b. **Formas propias de cuidado y Salud campesinas:** comprenden el conjunto de prácticas, saberes, valores, formas de vida, creencias, tradiciones, hábitos, costumbres y conocimientos ejercidos por las pobla-



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

ciones que habitan en áreas rurales y rurales dispersas (sin pertenencia étnica reconocida) para el cuidado, promoción y prevención de la salud (World Health Organization; United Nations Children's Fund, 2018).

c. **Formas propias de cuidado y Salud étnicas:** representan el conjunto de prácticas, saberes, valores, formas de vida, creencias, tradiciones, hábitos, costumbres y conocimientos ejercidos por las distintas comunidades étnicas que reconocidas en el país (Ley 21 de 1991; Ley 100 de 1993; Ley 70 de 1993; Decreto 1934 de 2014; Ley 1077 de 2017; Ley 1751 de 2015).

d. **Formas propias de cuidado y Salud interculturales:** comprenden el conjunto de prácticas, saberes, valores, formas de vida, creencias, tradiciones, hábitos, costumbres y conocimientos construidos a partir del respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global (Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional; 2013). Esto implica el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios (Artículo 6 de la Ley 1751 de 2015).

e. **Formas propias de cuidado y Salud tradicionales:** En la denominación Medicina Tradicional y Complementaria (MTC) la Organización Mundial de la Salud incluye la Medicina Tradicional (MT) y la Medicina Complementaria y Alternativa (MCA). En Colombia, la denominación Medicina y Terapias Alternativas y Complementarias (MTAC), no incluye la MT colombiana, entendiendo la ejercida por los distintos grupos étnicos (indígenas, negritudes, afrodescendientes, raizales, palenqueros y Pueblo Rrom). Sin embargo, incluye la MT de otros países, bajo la denominación de MTAC (medicina tradicional china y medicina ayurveda). En nuestro contexto, se ha denominado medicina tradicional a la atención que realizan los sabedores y sabedoras tradicionales de los grupos étnicos de Colombia (Negritudes, raizales, afrodescendientes, ROM-Gitanos, indígenas); y Medicinas y Terapias Alternativas y Complementarias (MTAC) para referirse a “aquellas técnicas, prácticas, procedimientos, enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la autorregulación del ser humano con el objeto de promover, prevenir, tratar y rehabilitar la salud de la población desde un pensamiento holístico”(artículo 19 de la Ley 1164 de 2007).

f. **Formas propias de cuidado y Salud ancestrales:** representan el conjunto de prácticas, saberes, valores, formas de vida, creencias, tradiciones, hábitos, costumbres y conocimientos propios y espirituales de los pueblos étnicos en el país, realizados culturalmente de forma milenaria y transmitidos por generaciones a través de las autoridades espirituales de cada comunidad, permitiendo la existencia física y cultural de sus integrantes (Decreto 1934 de 2014; Ley 1077 de 2017; Ley 1751 de 2015).

g. **Médicos ancestrales:** de acuerdo con los artículos 7 y 8 de la Constitución Política (1991), el artículo 20 de la Ley 1164 del 2007, dispone que se garantizará el respeto a las culturas médicas tradicionales propias de los diversos grupos étnicos, las cuales solo podrán ser practicadas por quienes sean reconocidos en cada una de sus culturas [...]. De esta forma, dentro del Modelo Preventivo, Predictivo y Resolutivo se comprenden como médicos ancestrales los(as) parteros(as), médicos tradicionales indígenas (páyes, taitas, manos, tewalas, paichis, jaibanás, tachinawe, entre otros), los yerbateros, los pulseadores, guaraleros, taakwatungua, sobanderos, sagas, curanderos, mayores, abuelos, reconocidos por las formas organizati-



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

vas y colectivos étnicos que ejercen funciones terapéuticas, espirituales y de cuidado en los distintos territorios y culturas de los pueblos y comunidades étnicas.

29. Sírvase informar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, respecto del artículo 9 del texto explique en detalle:
a. ¿Cuáles serán los criterios geográficos de las ubicaciones de los CAPS?

Respuesta. Se proyecta la implementación de Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS, especialmente en zonas rurales mediante modalidades de adecuación, reposición y obra nueva, incluyendo proyectos en municipios que se caracterizan por su dispersión de población, alta presencia de población vulnerable y escasa infraestructura adecuada, accesible, sostenible y adaptada al cambio climático, Los mismos deberán de obedecer a criterios como:

- **Suficiencia:** se busca que los CAPS se distribuyan en tamaño y cantidad de acuerdo a los volúmenes poblacionales y características de déficit establecidas por los Planes Maestros de Inversión en Infraestructura y Dotación en Salud – PMIDS y las Redes Integrales de Servicios de Salud, Se estima que en todos los municipios del país debe funcionar al menos un (1) CAPS.
- **Accesibilidad:** se busca que los CAPS se localicen en áreas del territorio donde existan condiciones de transporte y/o acceso físico acordes con las condiciones de la población, En tal sentido, se procura que las instalaciones gocen de cercanía a vías o elementos que garanticen el acceso peatonal y vehicular (en cualquiera de los modos de transporte que sean de uso común), y que las mismas garanticen recorridos cortos hasta donde se localice la población a beneficiar.
- **Coherencia con la RISS:** se busca que los CAPS se distribuyan en áreas que favorezcan el desarrollo de redes integrales e integradas de servicios de salud, es decir, en procura de reducir las barreras de acceso a los servicios de salud (físicas, económicas, culturales) facilitando procesos de referencia y contrarreferencia, posibilitando el acceso real y efectivo a los servicios bajo los atributos de calidad.
- **Seguridad:** deberán ubicarse en predios no susceptibles de afectación por riesgos no mitigables.

Para establecer la ubicación de los Centros de Atención Primaria en Salud, esta cartera ha puesto a disposición de los entes territoriales de un documento de Metodología, el cual busca orientar la toma de decisiones asociadas a las intervenciones necesarias, considerando criterios de dispersión de la población en zonas rurales, la concentración de la población a beneficiar, las condiciones epidemiológicas a atender, la ubicación estratégica como parte de la dinámica social y económica de la región, entre otros.

b. ¿Quién tomará la decisión de ubicación e inversión en la creación de los mismos?

Respuesta. La decisión sobre la pertinencia de implementación de Centros de Atención Primaria en Salud es realizada por los entes territoriales sustentado en un análisis técnico de oferta y demanda, y en elementos de análisis geográfico, cuyos resultados se consignan en un documento de Capacidad Instalada Certificada, el cual es aprobado por el Ministerio. Ahora bien, es importante señalar que el desarrollo de



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

CAPS abarca tanto nuevas construcciones, como la ampliación y adecuación de la infraestructura existente, considerando para tal fin la optimización y re-apertura de sedes hospitalarias que fueron cerradas, pero conservan condiciones de localización, titularidad y consistencia con las necesidades poblacionales.

30. Sírvase informar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, explique en detalle ¿cuáles serán las jerarquías de mando, dirección, gerencia, administración y toma de decisiones en los CAPS públicos, privados y mixtos, en sus diferentes tipologías?

a. ¿Cuáles serán los roles, órganos, consejos y demás entes internos y/o externos que incidirán en su funcionamiento?. Detalle toda la información posible acerca de estas jerarquías de administración y decisión, y de las diferencias que habrán en ellas dependiendo de las tipologías y de si son CAPS públicos, privados o mixtos.

Respuesta. El texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, en su artículo 10, Estructura y funciones de los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS, establece las funciones y la estructura de los CAPS; por otro lado, el artículo 9, Centro de Atención Primaria en Salud, establece que “El Gobierno Nacional dentro del año siguiente a la entrada en vigencia de la presente ley, reglamentará su conformación, tipologías, funcionamiento e integración en las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud de acuerdo con las condiciones socioculturales, ambientales, demográficas, entre otros aspectos del territorio asignado, promoviendo la participación de los usuarios y de los trabajadores de la salud”, reglamentación que incluye la organización y procesos administrativos de los mismos.

31. Sírvase informar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, explique en detalle ¿Los CAPS atenderán la totalidad de las urgencias en todo el territorio, o si atenderán solamente un porcentaje?,

a. ¿Qué porcentaje de urgencias se estima que atenderán los CAPS?,

Respuesta. De los servicios de urgencias se espera por cada unidad un estándar de eficiencia del 50%, para una producción efectiva de 27,360 atenciones al año.

b. ¿Cuáles serán los criterios para atención de urgencias de los CAPS?

Respuesta. Para su desarrollo los parámetros de eficiencia operacional del servicio urgencias son: la capacidad de producción en términos de las horas mensuales, la capacidad de producción por hora y un estándar de uso eficiente.

c. Detalle cuál es la proyección de atención de urgencias por parte de los CAPS, año a año, por tipología, por clasificación de su capital, públicos, privados y mixtos, por departamento y municipio durante los próximos 10 años en formato Excel.

Respuesta. Por lo anterior, para los servicios de urgencias independiente de la natural jurídica del CAPS (públicos, privados y mixtos) y el departamento municipio; se espera por cada unidad un estándar de eficiencia del 50%, para una capacidad de 8,640 horas de trabajo al año y una capacidad de producción por



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

año de 27,360 atenciones. Se anexa tabla en Excel para mayor especificidad.

32. Sírvase informar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por Plenaria de la Cámara de Representantes, explique en detalle si una persona que se encuentra de viaje en otro municipio diferente al municipio donde se encuentra afiliada o adscrita a un determinado CAP, desea o requiere atención en otro CAP diferente, pero no ha realizado ningún aviso a la autoridad competente. Esta persona:

a. ¿Recibirá la misma atención en cualquier CAP del país?

b. ¿Qué sucede si llega por una situación de urgencia?

c. Explique en detalle la proyección de diferentes situaciones que se puedan presentar y de los diferentes escenarios, por tipología y por clasificación de su capital, público, privado o mixto.

Respuesta. Tanto las urgencias como las emergencias médicas son situaciones que ponen en riesgo la vida de las personas, por lo tanto su atención no debe estar condicionada solamente a los requerimientos humanos y tecnológicos necesarios para salvaguardar la vida. En ese sentido, en el caso hipotético que se plantea en la pregunta, sobre la necesidad de atención de urgencias en un lugar diferente al usual de residencia, le informamos que la ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria en Salud) definió que esta debe ser prestada de inmediato, en el lugar que sea requerida, sin que media ninguna validación administrativa o financiera:

Artículo 10. Derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud. Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:

(...)

b) Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno;

(...)

Artículo 14. Prohibición de la negación de prestación de servicios. Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia.

Por lo tanto, el proyecto de ley 339/23 – Cámara, acumulado con los proyectos de Ley número 340/23, 341/23 y 344/23– Cámara “por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones” desarrolla esta obligatoriedad mediante las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud – RISS.

Ahora bien, si no se trata de una atención de urgencia o emergencia, sino de otro tipo de atención que no pone en riesgo la vida de las personas, el ciudadano correspondiente deberá hacer el trámite administrativo necesario para recibir atención en el Centro de Atención Primaria en Salud – CAPS que decida, dentro de la oferta disponible.

33. Sírvase informar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, explique en detalle si los CAPS atenderán a población extranjera, ¿Cuáles serán las diferencias en la atención que recibirán los nacionales colombianos



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

con respecto a los extranjeros?

a. ¿Recibirán exactamente la misma atención?

b. Proyecto y explique en detalle la cantidad de atenciones a extranjeros que prestarán los CAPS, año a año, por departamento y municipio durante los próximos 10 años

c. ¿Cuánto le costará (\$) a la Nación y a las entidades territoriales esta cantidad de atenciones a extranjeros? Detalle la información entregando la información año a año, por departamento y municipio en formato Excel.

Respuesta. Como se mencionó en la respuesta a la pregunta 3, la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria en Salud) definió a la salud como un derecho fundamental. En el mismo sentido, la norma citada, define como uno de los principios del derecho la universalidad, entendida como el disfrute al mismo por todos los residentes del territorio nacional

Artículo 6. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados. (...)

a) Universalidad. Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida;(...)

Se concluye entonces, que la garantía del derecho fundamental a la salud, y en particular la prestación de servicios de salud no depende de la condición de nacional o extranjero. No obstante, como se puede verse en la respuesta a la pregunta 33, en las proyecciones del sector salud, se han destinado para la atención de migrantes irregulares un promedio de 0,28% del gasto en salud.

34. Sírvase informar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, explique en detalle ¿Cómo se integrarán los CAPS dentro de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud?

Respuesta. Los CAPS son considerados como la unidad polifuncional, de carácter público, privado o mixto, de base territorial de las Redes Integrales e Integrales Territoriales de Salud, el cual junto con los equipos de salud territoriales constituyen la puerta de entrada de las personas, familias y comunidades al sistema de salud.

En este sentido, hacen parte del nivel primario de atención de la conformación y organización de la red cuyo objetivo es resolver la mayoría de las necesidades de salud de las personas, con la responsabilidad en salud de una población y su territorio en el cual habitan, estudian, descansan, se recrean y trabajan las personas, las familias y las comunidades, Adicionalmente, es considerado el primer contacto de las personas con el sistema de salud, y actúa como nodo articulador que facilita la coordinación entre las organizaciones que integran la red para una atención integral, continua, centrada en la persona, el fomento del bienestar y la calidad de vida, en marco de su operación con acciones universales, territoriales, sistemáticas y permanentes, bajo un enfoque de salud pública, de determinantes sociales, diferencial poblacional y territorial, en desarrollo de la atención primaria en salud.

Los CAPS contarán de manera adicional con la capacidad operativa para apoyar la gestión de la referencia



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

y contrarreferencia a lo largo de la Red Integral e Integrada Territorial de Salud, el acceso con calidad a servicios al nivel complementario y de otros sectores sociales en el marco de las redes, para dar respuesta integral a las necesidades de la población del territorio.

35. Sírvase informar y explicar en detalle, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, explique en detalle el modelo de inversión, funcionamiento y proyección de rentabilidad de los CAPS privados y mixtos, es decir: ¿Cuáles son los criterios de los pagos que recibirán estos CAPS por parte de la Nación y de las Entidades Territoriales por los servicios prestados? Clasifique la información año a año, para los próximos 10 años, por tipologías, por departamentos y municipios en formato Excel.

Respuesta. La cuenta de atención primaria integral resolutive en salud de la ADRES, integra los recursos de:

- Fiscales y parafiscales del orden nacional que se destinan para la atención primaria integral y resolutive en salud.
- Los aportes de solidaridad de los cotizantes
- Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a salud que pertenecen a los distritos y municipios
- Los recursos de propiedad de las entidades municipales provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar
- Los recursos propios de los municipios que deben girar a la ADRES

Ahora bien, el Ministerio cuenta con el documento técnico: “Propuesta de redefinición de las características de los hospitales públicos. Estudio de modelación de la prestación de servicios de salud primarios, ofertada por hospitales públicos en Colombia” (2022)²³ en el cual se establece la metodología del costeo para las tipologías de CAPS.

36. En el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes se hace referencia al “modelo de salud preventivo, predictivo y resolutive que se fundamenta en la Atención Primaria en Salud universal”. En relación al mismo, sírvase informar:

a. Presente en forma detallada y cuantificada las cifras de prevención, predicción y resolución de enfermedades en Colombia desde 1970 hasta la fecha actual, año a año, utilizando la clasificación CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud) en su última versión. Incluya dentro del análisis los datos estadísticos de mortalidad y morbilidad, con la clasificación CIE-10, año a año, desde 1970 hasta la fecha. Desagregue todo lo anterior por departamento y municipio en formato Excel.

Respuesta. El Ministerio realiza la publicación anual, del documento indicadores básicos, con el propósito de difundir el conocimiento de la situación de salud del país y poner a disposición los datos más relevantes del sector salud para los usuarios de información sanitaria del nivel político, científico, técnico y administrativo y la comunidad en general.

²³ Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/estudio-oferta-servicios-primarios-hospitales-publicos.pdf>



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

Los indicadores seleccionados brindan la información más actualizada que está disponible acorde a las fuentes de información de donde provienen. La información se presenta en cinco capítulos divididos de la siguiente manera:

1. Demográficos
2. Socioeconómicos
3. Mortalidad
4. Morbilidad
5. Factores de riesgo
6. Oferta de servicios de salud y seguridad social

Se anexan los documentos que contienen la publicación de la serie histórica 2000 – 2021, estos documentos pueden ser consultados a través del siguiente enlace el cual le desplegará la serie histórica:

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=%20\(\(dcispartof:%22indicadores%20b%C3%A1sicos%20en%20salud%22\)\)](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=%20((dcispartof:%22indicadores%20b%C3%A1sicos%20en%20salud%22)))

El Ministerio cuenta con la información anterior al año 1999 en formato físico la cual se adjunta escaneada en formato pdf.

Sobre los literales b, c, d, e; este Ministerio, cuenta con proyecciones detalladas las cuales podrán ser consultadas en el link:

<https://public.tableau.com/app/profile/direccion.de.epidemiologia.y.dem.grafia.msps/viz/shred/XFZHW2Q78>

37. Sírvase informar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, con respecto a la “Atención Primaria en Salud (APS):

a. Explique en detalle ¿Cuáles son los mecanismos y procedimientos con los cuales la atención primaria en afectará positivamente los determinantes en salud? Explique en detalle cuáles determinantes en salud podrán ser afectados y cuantifique su afectación para los próximos 10 años a partir de la implementación del nuevo modelo de salud propuesto

Respuesta. Como se encuentra definido en el artículo 12 de la Ley 1438 de 2011, la acción sobre los determinantes sociales es parte constitutiva de la Atención Primaria en Salud:

Artículo 12. De la atención primaria en salud. *Adóptese la Estrategia de Atención Primaria en Salud que estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana.*

La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De manera tal, que la faceta colectiva del derecho fundamental a la salud, de la que habla el artículo 2 de la Ley 1751 de 2015, se refiere justamente a la acción sobre los determinantes sociales, la cual es obligatoria para el Estado:



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

Artículo 9. Determinantes sociales de salud. *Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud.*

El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados.

Parágrafo. *Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud.*

Como un mecanismo concreto de acción sobre los determinantes sociales de la salud, el proyecto de ley 339/23 – Cámara, acumulado con los proyectos de Ley número 340/23, 341/23 y 344/23– Cámara “por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones” se plantea la creación de las comisiones territoriales y nacionales de determinantes sociales, para que de forma colegiada se establezcan los determinantes a intervenir a nivel territorial y nacional (artículos 29 y 30 del texto definitivo aprobado en Plenaria de Cámara).

b. Explique en detalle ¿Cómo la comunidad participará en la formulación de las políticas y planes de los que trata en numeral 2 del artículo 6 del texto que fue aprobado?

Respuesta. La participación social, comunitaria y ciudadana hace parte estructurante tanto de la Atención Primaria en Salud (artículo 12 de la ley 1438 de 2011) como del derecho fundamental a la salud (artículo 12 de la Ley 1751 de 2015). En este sentido, y en cumplimiento de lo anterior, el proyecto de ley 339/23 – Cámara, acumulado con los proyectos de Ley número 340/23, 341/23 y 344/23– Cámara “por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones” propone los siguientes espacios de participación ciudadana en salud:

1. Espacio de participación ciudadana desarrollado en los Centros de Atención Primaria – CAPS en los procesos de atención y en la planificación, ejecución y evaluación de los planes de cuidado (Artículo 10 del texto definitivo aprobado por la Plenaria de Cámara de Representantes)
2. Participación en el Consejo asesor de planeación y evaluación de las RIISS (Artículo 26 del texto definitivo aprobado por la Plenaria de Cámara de Representantes)
3. Participación en el Consejo Nacional de Salud (Artículo 31 del texto definitivo aprobado por la Plenaria de Cámara de Representantes)
4. Participación en los Consejos Territoriales de Salud (Artículo 33 del texto definitivo aprobado por la Plenaria de Cámara de Representantes)
5. Participación en la Junta Directiva de las Instituciones de Salud del Estado – ISE (Artículo 41 del texto definitivo aprobado por la Plenaria de Cámara de Representantes).

c. Explique en detalle ¿Cómo se realizará la atención domiciliaria y en los entornos comunitarios,



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

escolar, laboral e institucional de los que trata el numeral 4 del artículo 6 del texto que fue aprobado?

d. Explique en detalle ¿Cómo se realizará la atención domiciliaria y en los entornos comunitarios, escolar, laboral e institucional de los que trata el numeral 4 del artículo 6 del texto que fue aprobado.

Respuesta. La atención extramural, domiciliaria o no, es una modalidad de prestación de servicios de salud que cuenta con los parámetros de calidad para su realización. El proyecto de ley 339/23 – Cámara, acumulado con los proyectos de Ley número 340/23, 341/23 y 344/23– Cámara “*por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*”, propone que esta modalidad sea integrada orgánicamente a los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS y sea realizada por los Equipos de Salud Territorial, de acuerdo con las necesidades de salud de la población determinada (artículos 10 y 11 del texto definitivo aprobado en Plenaria de Cámara de Representantes).

e. Cuantifique y proyecte los costos totales para los próximos 10 años, a nivel nacional, departamental y municipal, de la implementación de las atenciones domiciliarias y en los entornos, a los que se refiere el numeral 4 del artículo 6 del texto que fue aprobado

Respuesta. Los costos de la atención extramural se encuentran contemplados dentro del rubro “Atención primaria en Salud” detallado en la respuesta a la pregunta 33; adicionalmente, como se ha mencionado en las respuestas a las preguntas 30 y 32, hace parte de los gastos con cargo a la Cuenta de Atención Primaria Integral en Salud del Fondo Único Público de Salud, toda vez que este tipo de actividades hacen parte de las acciones realizadas por los Equipos de Salud Territorial, de acuerdo a la planeación que para ello se haga en los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS.

38. Sírvase informar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, con respecto a los “determinantes sociales en salud”, explique en detalle los mecanismos y procedimientos a través de los cuales el “Estado incidirá coordinadamente sobre los determinantes sociales de la salud” y sus literales.

Respuesta. El Ministerio de Salud y Protección Social, para la intervención de los determinantes cuenta con el Plan Decenal Salud Pública 2022-2031, el cual podrá consultar bajo las Resoluciones 1035 de 2022 y 2367 de 2023.

39. Sírvase indicar, ¿Cuál es el valor (\$) total de los aportes que los afiliados al sistema de seguridad social en salud han realizado en Colombia desde la creación del sistema hasta la fecha? Desagregue el valor total de estos aportes, año a año, diferenciando por municipios y departamentos en formato Excel.

Respuesta. En el archivo Excel “*Recaudo Aportes a Salud x municipio y departamento desde 2012 hasta 2023*” se relaciona el valor total de los aportes que los afiliados al sistema de seguridad social en salud han realizado en Colombia desde el año 2012 hasta el año 2023, desagregado por departamento y municipio de acuerdo con la información disponible en el CUBO de PILA dispuesto en la Bodega de Datos de SIS-



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

PRO. Información que es reportada por los aportantes a los Operadores de Información y de la misma manera es reportada a la Base de datos de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes – PILA que administra este Ministerio.

De igual, manera, es necesario precisar que la información relacionada en el archivo en mención es suministrada únicamente para fines estadísticos. Se adjunta archivo: Recaudo Aportes a Salud x municipio y departamento desde 2012 hasta 2023.

40. Sírvase indicar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, ¿La Administradora de Recursos para la Salud cuenta actualmente con la capacidad operativa, en términos de personal y apropiación presupuestal suficiente, para autorizar el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas en todo el país una vez entre en vigencia la reforma?

a. Si no cuenta con el personal ni el presupuesto requerido para tales propósitos; sírvase indicar, ¿cómo y con qué tipo de instrumentos tanto el Ministerio de Salud y Protección Social y la ADRES suplirán tanto el personal requerido como el presupuesto respectivo para el cumplimiento de estos propósitos?

b. ¿Cuántas personas, diferenciando por perfil asistencial, técnico y/o profesional, se requieren para darle cumplimiento de los objetivos de autorizar el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas en todo el país una vez entre en vigencia la reforma?

i. Diferencie, además, los mecanismos de vinculación de personal que tiene previsto el Ministerio para suplir estas necesidades. Remita la información, año a año, desde la probable entrada en vigencia de la reforma hasta un horizonte de tiempo que cubra los próximos 30 años.

Respuesta. Por ser de su competencia, esta pregunta se trasladó a la ADRES según radicado 20241206051971 del 2024-01-18.

41. Sírvase informar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, ¿Cuál es el presupuesto requerido para darle cumplimiento de los objetivos de autorizar el pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas o mixtas en todo el país una vez entre en vigencia la reforma?

a. Diferencie el presupuesto requerido año a año desde la probable entrada en vigencia de la reforma hasta un horizonte tiempo que cubra los próximos 30 años.

Respuesta. Por ser de su competencia, esta pregunta se trasladó a la ADRES según radicado 20241206051971 del 2024-01-18.

42. Sírvase informar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, ¿El Ministerio de Salud y Protección tiene estructurado el régimen de tarifas y formas de pago para la prestación de servicios de salud de la que trata el artículo 69 del texto?



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

a. Si la respuesta anterior es afirmativa, deberá remitir el mencionado régimen de tarifas y formas de pago. Suministré al mismo tiempo la proyección de tarifas y formas de pago desde la probable entrada en vigencia de la reforma hasta un horizonte tiempo que cubra los próximos 30 años.

Respuesta. Hasta tanto no esté aprobada la Reforma a la Salud, el Ministerio no ha estructurado el régimen tarifario al cual hace referencia el artículo 69 del texto, esto es, un sistema plenamente dirigido al reconocimiento de los servicios y tecnologías de alta y mediana complejidad. Cabe mencionar que, desde 2021 se trabaja en: la modernización del Manual de Régimen Tarifario con miras a actualizar su nomenclatura, clasificación y tarificación de los procedimientos y servicios de salud brindados al momento de la atención de víctimas de accidentes de tránsito, desastres naturales, atentados terroristas, eventos que determine este Ministerio, la atención inicial de urgencias cuando no hay acuerdo previo entre prestador y pagador, el cual también será referente para las negociaciones entre prestador y pagador, así como se pretende el establecimiento del sistema tarifario que acoja la metodología de actualización rutinaria de las tarifas.

43. Sírvase informar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, ¿El Ministerio de Salud y Protección Social tiene estructuradas las tarifas diferenciales por regiones de las que trata el artículo 69 del texto?

a. Si la respuesta anterior es afirmativa, deberá remitir las tarifas diferenciales por regiones.

b. Además, sírvase indicar, ¿cuáles son los criterios utilizados por el Ministerio de Salud y Protección Social para establecer tarifas diferenciales por regiones?

Respuesta. Hasta tanto no esté aprobada la Reforma a la Salud, en el sentido estricto determinado en el texto, no se cuenta con tarifas diferenciales por regiones aplicables al pago de los servicios de mediana y alta complejidad que presten las IPS de las redes integrales e integradas de las diferentes regiones. Sea la oportunidad para aclarar que, el Manual de Régimen Tarifario vigente incorpora un porcentaje diferencial del 25 o 15% para algunos departamentos del país. En el marco de la actualización que se adelanta actualmente, se ha analizado la accidentalidad y el volumen de siniestros, así como la accesibilidad a los servicios de salud.

44. Sírvase informar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, ¿El Ministerio de Salud y Protección Social tiene estructurados mecanismos para “modular la oferta de los servicios para obtener metas de resultados y desenlaces en salud trazadas para el país y regular el uso y costos de los recursos públicos del sistema de salud”, aspectos incluidos en el artículo 69 del texto?

a. Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, deberá remitir los respectivos mecanismos o instrumentos diseñados por el Ministerio de Salud.

45. Sírvase explicar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, ¿el Ministerio de Salud y Protección Social tiene previsto los presupuestos totales que implica “el pago mínimo del 85% del valor de los servicios solicitados y prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas?

a. Si el Ministerio de Salud y Protección Social ha previsto los presupuestos mínimos totales que



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

implica el pago mínimo del 85%; sírvase detallar, ¿cuál es el presupuesto, año a año, desde la posible entrada en vigencia de la reforma hasta una proyección de al menos 30 años? Este dato deberá proporcionarlo, año a año, en formato Excel.

Respuesta: Como estrategia de incentivo a la calidad y estímulo a la prestación de servicios de salud en las zonas rurales y apartadas, el proyecto de ley 339 - 2023, prevé que de forma conjunta ente el Ministerio de Salud y Protección Social y la ADRES se defina y actualice, periódicamente el régimen de tarifas y formas de pago para los servicios de salud de mediana y alta complejidad dentro del Sistema de Salud.

Este régimen reconocerá las particularidades territoriales requeridas para la prestación de servicios, estimulará la prestación en zonas rurales y dispersas e incentivará la calidad.

Así mismo, el proyecto de ley dispone de algunos mecanismos y fuentes de información para la definición y actualización del mencionado régimen; estos son: el sistema público unificado e interoperable de información en salud, el sistema integral de calidad, informes de auditorías realizado por las Gestoras de Salud y Vida, el resultado de las auditorías aleatorias y dirigidas realizadas por la ADRES, los informes de los Consejos asesores de RIISS, sistemas de monitoreo de las RIISS, recomendaciones del Consejo Nacional de Salud, entre otros.

46. Sírvase informar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, ¿Cuáles son los mecanismos previstos por el Ministerio de Salud y Protección Social para realizar la revisión y la auditoría de las cuentas que correspondería al 15% restante del valor de los servicios solicitados y prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas? Esta información deberá suministrarse año a año con una proyección de al menos 30 años, en formato Excel.

a. Si el Ministerio de Salud y Protección Social ha previsto que estos procesos de revisión y auditoría los realice la Administradora de Recursos para la Salud ADRES, deberá indicar el número de funcionarios que se requieren para este proceso, así como la capacidad operativa y presupuestal. Esta información deberá suministrarse año a año con una proyección de al menos 30 años, en formato Excel.

b. Si el Ministerio de Salud y Protección Social ha previsto otro tipo de mecanismos para realizar la revisión y auditoría de la que trata la pregunta 6, consignada en el artículo 70 del texto aprobado por la Cámara de Representantes, deberá indicar qué tipo de mecanismos y los impactos presupuestales que esto implicaría. Esta información deberá suministrarse año a año con una proyección de al menos 30 años, en formato Excel.

Respuesta. Por ser de su competencia, esta pregunta se trasladó a la ADRES según radicado 20241206051971 del 2024-01-18.

47. Sírvase indicar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, ¿la Administradora de Recursos para la Salud ADRES cuenta actualmente con la capacidad para controlar y llevar el registro “permanente y detallado de cada servicio prestado y pagado, con datos de la persona que recibió el servicio, el municipio, la Institu-



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 202430000398511

Fecha: 27-02-2024

ción Prestadora de Servicios de Salud, el diagnóstico y otras variables de relevancia, con el fin de permitir el análisis comparado del comportamiento de los servicios prestados y del gasto en salud en cada territorio”?

a. Si la respuesta anterior es afirmativa, ¿sírvese indicar cuál es el personal y presupuesto apropiado para cumplir con estos propósitos?

b. Si la ADRES no cuenta con la capacidad operativa, en términos de personal y presupuesto, ¿sírvese indicar si se ha calculado el costo de este tipo de requerimientos administrativos? En tal sentido, deberá proveer la información, año a año, desde la probable entrada en vigencia de la reforma de la Salud con una proyección de al menos 30 años.

Respuesta. Por ser de su competencia, esta pregunta se trasladó a la ADRES según radicado 20241206051971 del 2024-01-18.

48. Sírvase indicar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, ¿cuáles son estudios, con los debidos soportes prácticos y teóricos por los cuales el Ministerio de Salud y Protección Social estableció que los determinantes sociales de la salud son los contenidos en el artículo 7 del texto?

Respuesta. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido los determinantes de la salud como:

“las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de cada país. Se trata en particular de: la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico.

La expresión «determinantes sociales» resume pues el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud”²⁴.

En ese sentido, y a partir de su definición, esta cartera Ministerial se ha trabajado en la identificación, e incorporación dentro la política pública del sector, por lo cual desde el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021²⁵ y el correspondiente al periodo 2022 – 2031²⁶, son el marco conceptual desde el que se orientan las acciones para la mejora del nivel de salud de las personas.

El texto definitivo aprobado en Cámara de Representantes del proyecto de ley 339/23 – C, acumulado con los proyectos de Ley número 340/23 – C, 341/23 – C, y 344/23 – C “por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”, dice en el párrafo del artículo 7: “**Podrán establecerse nuevos determinantes** que exijan su reconocimiento por su relación con el derecho fundamental a la salud de acuerdo con los lineamientos establecidos por la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública y sus expresiones en el ámbito territorial”.

²⁴ Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe de la Secretaría. 2009. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf

²⁵ Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSP.pdf>

²⁶ Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202367%20de%202023.pdf



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

De manera tal, que, si bien se presenta un listado, se aclara su naturaleza no es taxativo, ya que y que la identificación de determinantes es un asunto cambiante puesto que responde a las condiciones de vida de las personas.

49. Sírvase informar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, ¿En qué consiste y cuáles serán los criterios del denominado sistema de referencia y contrarreferencia?

a. Explique a detalle las características técnicas de la infraestructura tecnológica necesaria para la puesta en funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia.

Respuesta. El sistema de referencia y contrarreferencia es el conjunto de normas técnica, administrativas, procesos y procedimientos que permiten prestar adecuada y oportunamente un servicio de salud de acuerdo con las necesidades de salud del individuo y el nivel de tecnología requerido para su cuidado, bajo criterios de oportunidad y cercanía geográfica. El proyecto de ley 339/23 – C, acumulado con los proyectos de Ley número 340/23 – C, 341/23 – C, y 344/23 – C “por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones” propone que:

- Toda Red Integral de Integrada de Servicios de Salud debe contar con un sistema de referencia y contrarreferencia, que se articule además con los sistemas regionales y nacionales, según sea el requerimiento de atención y del que participen las Gestoras de Salud y Vida (artículos 13, 18 y 49).
- Los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS y las Gestoras de Salud y Vida coordinan el sistema de referencia y contrarreferencia, en lo relacionado a su competencia (artículo 10).
- El proceso de referencia y contrarreferencia debe asegurar la continuidad de la atención (artículo 6).
- La referencia y contrarreferencia debe articularse con las respuestas transectoriales para la mejora de salud de la población (artículo 6).
- Las acciones referencia y contrarreferencia deben ser registradas en el Sistema Público Único e Interoperable de Información en Salud.
- El sistema será administrado por la Coordinación departamental o distrital de las Redes y hará las recomendaciones pertinentes para su mejora (artículo 25)
- El Consejo asesor de planeación y evaluación de las RISS evaluará trimestralmente al sistema (artículo 26)
- El Ministerio de Salud y Protección Social cuenta con un tiempo de doce (12) meses para la expedición de la reglamentación del sistema, en caso de aprobación del proyecto de ley.

50. Sírvase informar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

Plenaria de la Cámara de Representantes, con respecto a los "equipos de salud territorial":

- a. Explique en detalle ¿Cuántos equipos de salud territorial en total se conformarán en el nuevo modelo de salud planteado?. Clasifique la información por departamento y municipio en formato Excel.**

Respuesta. Con base en la base de datos única de afiliados –BDUA, se estimó una meta inicial de 11. 523 equipos básicos de salud – equipos de salud territorial, no obstante, este número de equipos puede contar con ajustes que generen variaciones frente al resultado final. Precizando que este Ministerio continúa trabajado para contar con la financiación de los equipos y que de forma se materialicen los elementos esenciales del derecho fundamental a la salud contenidos en la Ley 1751 de 2015.

- b. Indique ¿Cuántas personas integrarán en promedio cada uno de los equipos de salud territorial por departamentos y municipios en el país?**

Respuesta. Para el funcionamiento de los equipos básicos de salud se estimó una conformación mínima de los perfiles que se relacionan a continuación

- 4. Auxiliares de enfermería
- 1. Profesional en Psicología
- 1. Profesional en Medicina
- 1. Profesional en Enfermería
- 1. Profesional en Nutrición y Dietética, Odontología o Terapias

Sin embargo, de acuerdo a las particularidades de cada territorio. Uno de los perfiles del Auxiliar de enfermería puede ser homologado por Auxiliar en Salud Oral, o Auxiliar en Salud Pública.

Para el caso de territorios indígenas la conformación y operación de los equipos básicos de salud deberá ser concertada con las comunidades o pueblos indígenas que habiten en este territorio y podrá incorporar otros perfiles que respondan a la salud propia e intercultural de las comunidades que allí habitan, Además, podrán hacer parte de esta conformación promotores de salud, y, o, gestores comunitarios.

Considerando las necesidades de la población en condiciones de vulnerabilidad o mayor riesgo y que requieren un cuidado especial, este Ministerio ha realizado una priorización para el abordaje a través de los equipos básicos de salud; a nivel territorial las zonas dispersas y rurales que no han tenido presencia de servicios de salud como son la AmazoOrinoquia, La Guajira, El Catatumbo, las zonas vulneradas de las ciudades Capitales, municipios PDET, PENIS, ZOMAC, y a nivel de poblaciones, los sujetos de especial protección definidos por el Artículo 11 de Ley 1751 de 2015 Estatutaria de Salud “niños niñas y adolescentes, mujeres gestantes, desplazados, víctimas de violencias y del conflicto armado, adulto mayor, personas que sufren enfermedades huérfanas y personas que viven en condición de discapacidad”, y una vez se cuente con la distribución total de los equipos se pondrán a disposición pública



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

El número de equipos que van a estar operando es dinámico, es decir que fluctúa y fluctuará periódicamente, dadas las variables en materia de disponibilidad de recursos, tipología de contratación, formas de vinculación entre otros, escenario que no permite indicar con exactitud una fecha homogénea de operación de equipos para todo el país.

c. Explique ¿A qué se hace referencia con "perfil comunitario" cuando de las personas que integrarán esos equipos se hace referencia en el artículo 11 del Proyecto de Ley?

Respuesta. El gestor Comunitario, es una persona que vive en el territorio, es conocedor de la cultura territorial y servirá de enlace entre la comunidad y las personas que conforman el equipo básico de salud. Puede ser un promotor de salud, un sabedor ancestral o el que la comunidad defina para tal fin.

d. Indique ¿Aproximadamente cuántas personas serán contratadas en el país para conformar los equipos de salud territorial durante los próximos 10 años?

Respuesta. Teniendo en cuenta la proyección de equipos a contratar y los perfiles y cantidades estimadas (mínimo 8 literal b de este cuestionario), se espera contar con aproximadamente 92.184 personas por año.

e. Relacione la información, año a año, en formato Excel.

Respuesta. Una vez se cuente con la información detallada, el MSPS lo dispondrá para su conocimiento.

f. Explique en detalle ¿Cuántas serán en promedio las familias y los grupos de familias asignadas a los equipos de salud territoriales? Clasifique la información por departamento y municipio.

Respuesta. Para el cuatrienio se estableció una meta de 10 millones de hogares a intervenir por los equipos básicos de salud – equipos de salud territoriales y su abordaje se tiene previsto de manera diferencial de acuerdo con la tipología territorial. En el cuadro se ilustra al respecto con una distribución por cada microterritorio, y cada microterritorio a su vez, está a cargo de un(a) auxiliar de enfermería.

Tipología Territorial por dispersión geográfica	Característica	Número de familias por equipo básico de salud
Dispersión alta	Más de 1:30 horas entre viviendas	60 familias
Dispersión media	Entre 31 minutos y 1:30 horas entre viviendas	Hasta 100 familias
Dispersión baja	Entre 15 y 30 minutos promedio vivienda a vivienda	Hasta 200 familias
Concentrado	Municipios (Cabeceras)	Hasta 400 familias
Concentración alta	Capitales (Cabeceras) y municipios conurbados	Hasta 500 familias



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

- g. Explique en detalle ¿Cuáles serán los mecanismos y procedimientos para llevar la trazabilidad de atenciones prestadas por los equipos de salud territoriales? Además, indique ¿Cuánto recibirán de pago los CAPS privados y mixtos por cada atención prestada por estos equipos en el territorio?**

Respuesta: Es importante mencionar que desde el Ministerio de Salud y Protección Social, se construyó un sistema único de información que permite a través de la ficha de caracterización, la captura de datos que nos lleva a establecer la clasificación del riesgo y determinar un plan de cuidado individual, familiar, y comunitario para definir las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y para las personas con riesgos de enfermedad el o la enfermera profesional los canaliza acorde a las necesidades de salud identificadas, direccionando hacia la Empresa Social del Estado, los Centros Primarios de Atención en Salud - CAPS o hacia las acciones intersectoriales, las intervenciones que son realizadas en los micro territorios por parte del equipo básico de salud. De esta forma se realiza el seguimiento y monitoreo de las intervenciones realizadas a la población de manera nominal, así como el seguimiento técnico y la ejecución financiera.

- h. Explique en detalle ¿Cuál es la proyección de atenciones que prestarán estos equipos de salud territoriales? Presente la información de forma semanal, mensual y anual, por departamento y municipio.**

Respuesta. Respuesta. El modelo de atención preventivo, predictivo y resolutivo, busca una atención en salud integral que relacione las intervenciones individuales, colectivas y poblacionales, con el objetivo de mejorar los resultados en salud. Por lo tanto, la Organización de los Equipos territoriales y los complementarios estarán a cargo de la atención integral del individuo, familias y comunidades. Esta atención integral incluye:

- Valoración integral e identificación de alteraciones, actividades de protección específica, educación para la salud, diagnóstico, tratamiento y los cuidados paliativos, estos son prestados en parte en las instituciones prestadoras de servicios de salud y por parte de los Equipos Territoriales de Salud y por los equipos complementarios.
- Todo el conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida, definidas con fundamento en la evidencia disponible y en las prioridades de salud de cada territorio” que implican la caracterización social y ambiental del entorno, la información en salud, la comunicación y educación para la salud, los tamizajes, Vacunación Antirrábica, Jornadas de Salud, Prevención y Control de los Vectores, conformación de redes sociales y comunitarias, Rehabilitación basada en comunidad, las zonas de orientación y centros de escucha, y el suministro de medicamentos e insumos, los cuales son prestados por los Equipos Territoriales de Salud y los Complementarios.
- Intervenciones Poblacionales ²⁷definidas como “intervenciones de carácter estructural, que re-

²⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Documento Orientaciones para la Intersectorialidad. Bogotá D.C. 2 Guía para la implementación de Ciudades, Entornos y Ruralidad Saludable (CERS). Ministerio de Salud y Protección Social (2017). 3



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

quieren de la acción intersectorial para su desarrollo se realizan bajo el liderazgo de la Nación y de las Entidades Territoriales y su alcance puede ser nacional, departamental o municipal (de acuerdo con sus competencias). Estas intervenciones deben estar incluidas en los Planes de Desarrollo Territorial, Planes de Ordenamiento Territorial, los Planes Sectoriales y el Plan Territorial de Salud, utilizando las herramientas y metodologías disponibles. “las cuales son realizadas por el equipo complementario en cuanto a la definición y aplicación de las Políticas Públicas que inciden en los determinantes, la información en salud y la participación social.

Adicionalmente, es preciso tener en cuenta la conformación de redes territoriales Integradas e integrales de servicios de salud, que se definen como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos, de salud y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”. Tal como lo menciona la OPS en su estudio de Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas (2010), se sugiere que las RISS pueden mejorar la accesibilidad del sistema, reducir a fragmentación del cuidado asistencial, mejorar la eficiencia global del sistema, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, disminuir los costos de producción, y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas.

El establecimiento de red de servicios de salud se genera con la siguiente composición:

- Acceso efectivo a través de equipos territoriales de salud interdisciplinarios centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población
- Centros de salud comunitaria y Circuitos Sociales de Cuidado Solidarios
- Centro de Atención Primaria en Salud CAPS
- Hospital de primer Nivel
- Hospital de Segundo Nivel
- Hospital de Tercer Nivel
- Red Territorial de Farmacias y tecnologías en Salud

Se configura como una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación, servicios especializados y cuidados paliativos, tanto intra como extrahospitalarios y que integra los programas focalizados, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales. Siendo importante tener en cuenta la coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud con sistema de información inter operable en tiempo real mecanismos de referencia y contrarreferencia e historia clínica única.

De esta manera, el verdadero propósito del Modelo de Atención Integral en Salud Promocional, preventivo, predictivo, y resolutivo, se basa en fortalecer el “Nivel del primer contacto” al ser el más cercano a la población, el cual permite la organización de los recursos que permiten “resolver las necesidades de atención básicas y las más frecuentes”, las cuales pueden ser resueltas con actividades de promoción de

construcción propia a partir de la tipología en Gómez R. Gestión de políticas públicas: aspectos operativos. Revista Facultad Nacional Salud Pública 2012; 30(2): 223-236



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

la salud, prevención de la enfermedad, y procedimientos de recuperación y rehabilitación, siendo esta la puerta de entrada al sistema de salud y se caracteriza por establecimientos de baja complejidad que pueden llegar a resolver hasta el 80% de los problemas prevalentes de salud de la población en el territorio colombiano.

Pregunta 51. De acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, explique en detalle la proyección de gastos de funcionamiento que tendrá la ADRES en el nuevo modelo de salud planteado, año a año, para los próximos 20 años en formato Excel:

- a. Adquisición o compra de inmuebles.
- b. Arriendos y/o adecuaciones de inmuebles.
- c. Compra de equipos e insumos.
- d. Contratación de personal y cantidad de personas a contratar.
- e. Nivel profesional del personal a contratar.
- f. Equipos de cómputo.
- g. Adquisición y/o contratación de software.
- h. Licencias de software.
- i. Seguros.
- j. Vehículos automotores.
- k. Todo lo demás que se requiera para el funcionamiento de la ADRES.

Pregunta 52. De acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, explique en detalle y de forma cuantificada en pesos (\$), la proyección de giros “a los prestadores de servicios de salud y proveedores de tecnologías en salud”, y “las transferencias que correspondan a los diferentes agentes del Sistema”, y demás giros y/o transferencias que tendrá que realizar la ADRES en el nuevo modelo de salud, año a año, para los próximos 20 años en formato Excel.

- a. Clasifique por departamentos y municipios los giros (\$) por tipo de entidades de salud, cantidad de atenciones y servicios prestados por CAPS, I.S.E, y otros conceptos.

Pregunta 53. De acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, explique en detalle cuánto costará la implementación del plan de auditorías y haga una proyección del total de facturas que deberán ser auditadas, año a año, para los próximos 20 años en formato Excel.

Respuesta a las preguntas 51, 52 y 53. Por ser de su competencia, estas preguntas se trasladaron a la ADRES según radicado 20241206051971 del 18 de enero de 2024.

Pregunta 54. De acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, explique en detalle cuáles serán las características técnicas del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud - SPUI:

- a. Arquitectura.
- b. Software.
- c. Sistemas de seguridad.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

d. Licencias.

e. Personal, talento humano.

f. Equipos de cómputo, servidores, respaldos físicos, firewalls, y demás equipos de comunicación y redes.

g. Prestación de servicios tecnológicos y de comunicación.

h. Otros.

Respuesta. Se da respuesta a los ítems a, b, c, d, e, f, g y h con lo descrito en el texto del proyecto adjunto "Proyecto Sistema Nacional de Información y Banco de Datos del Sector Salud y Protección Social 2023 - 2026" en las páginas del 5 al 8.

Pregunta 55. De acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, explique en detalle ¿cuánto costará la implementación y puesta en funcionamiento del SPUIS?

¿Cuál será el origen de los fondos?

a. Arquitectura.

b. Software.

c. Sistemas de seguridad.

d. Licencias.

e. Personal, talento humano.

f. Equipos de cómputo, servidores, respaldos físicos, firewalls, y demás equipos de comunicación y redes.

g. Prestación de servicios tecnológicos y de comunicación.

h. Otros.

Respuesta. Se da respuesta a los ítems a, b, c, d, e, f, g y h con lo descrito en el texto del proyecto adjunto "Proyecto Sistema Nacional de Información y Banco de Datos del Sector Salud y Protección Social 2023 - 2026" en las páginas del 9 al 12.

56. Sírvase informar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por plenaria de la Cámara de Representantes, ¿Cómo se contempla el comportamiento del subsidio a la oferta para los territorios donde la demanda de servicios no garantiza la suficiencia patrimonial ni administrativa de las IPS?

Respuesta. La Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria en Salud) define en su artículo 24 que es deber de Estado adoptar las medidas para que las personas que habitan en zonas rurales y dispersas puedan acceder a los servicios de salud que requieran, lo cual debe hacerse bajo el criterio de la rentabilidad social.

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



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

necesidad. (Subrayado fuera de texto original).

De manera tal que para los Centros de Atención Primaria en Salud – CAPS que prestan servicios en estos territorios se consideran los costos de operación, entre otros, para el cálculo del financiamiento por oferta (artículo 130 del texto definitivo aprobado en Plenaria de Cámara de Representantes) (ver respuesta a pregunta 32 de esta comunicación).

De tratarse de Instituciones de Salud del Estado – ISE de mediana y alta complejidad se estructura un presupuesto anual integrando los recursos de venta de servicios con los recursos departamentales y nacionales que cofinanciarán dicho presupuesto, para garantizar el cierre financiero (Artículo 38 del texto definitivo aprobado por Plenaria de Cámara de Representantes).

57. *Sírvase informar, de acuerdo con el texto de la reforma a la salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, ¿La Superintendencia Nacional de Salud se separará del Ministerio de Salud con el objetivo de que pueda realizar sus funciones independientemente? Detalle y argumente su respuesta.*

Respuesta. Por ser de su competencia, esta pregunta fue trasladada a la Superintendencia Nacional de Salud el 4 de enero de 2014 según radicado interno 202430000013711.

58. *Sírvase informar, ¿Cuántas acciones se han adelantado contra las aseguradoras en salud que nieguen las tecnologías incluidas en el Plan de Beneficios en Salud a los usuarios?*

Respuesta. En cumplimiento de la orden 19 de la Sentencia T-760 de 2008 emitida por la Corte Constitucional, y siendo consecuentes con las finalidades del Gobierno nacional y los postulados jurídicos que rigen el derecho fundamental a la salud, el Ministerio ha realizado las siguientes acciones, con el fin de contribuir a la generación de una política pública en salud y que a su vez contribuye a eliminar las barreras que impiden a los usuarios del SGSSS el goce efectivo del Derecho a la Salud. Tales medidas se resumen en:

1. Entrega de informes trimestrales sobre servicios negados en salud en el marco de la orden decimonovena (19) de la sentencia T-760 de 2008

En los informes presentados a la Corte Constitucional, se expone trimestralmente la información sobre los servicios de salud negados PBS – UPC, con base en el auto – reporte que realizan las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, principalmente las EPS de ambos regímenes, de conformidad con lo señalado en la Resolución 3539 de 20192.

Es importante resaltar que la entrega trimestral de informes sobre los servicios de salud negados PBS – UPC es una medida importante para garantizar el acceso a los servicios de salud en Colombia. Estos informes que son completos e integrados, se informan en cumplimiento de la orden decimonovena (19) de la sentencia T-760 de 2008 a la Procuraduría General de la Nación, la Contraloría General de la República, la Defensoría del Pueblo y principalmente a la Superintendencia Nacional de Salud, para que en ejercicio de sus funciones previstas en los artículos 35 y siguientes de la Ley 1122 de 20073 y el Decreto 1080 de 20214, ejerzan la inspección, vigilancia y control respecto de los actores del Sistema General de Seguridad



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

Social en Salud, entre los que se encuentran las entidades responsables del aseguramiento en salud de ambos regímenes, que deben reportar la información sobre servicios negados dentro de los periodos y plazos fijados en el artículo 4º de la Resolución 3539 de 2019.

Los informes presentados desde el año 2015 en adelante se encuentran publicados en la página web del ministerio.

2. Actuaciones para obtener la devolución de los dineros correspondientes a la prima pagada por usuario UPC en el marco de la orden decimonovena (19) de la sentencia T-760 de 2008

En atención a las directrices fijadas por la Corte Constitucional en la orden decimonovena (19) de la sentencia T- 760 de 2008 y principalmente en el marco de los autos de seguimiento a dicha orden de número 122 de 2019, 093A de 2020 y 439 de 2021 proferidos por la Sala Especial de Seguimiento de dicho tribunal, es preciso señalar que este Ministerio ha venido realizando varias acciones, para obtener la devolución del valor correspondiente al reconocimiento de la prima Unidad de Pago por Capacitación – UPC, por parte de las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, que en el marco del auto – reporte de servicios negados hayan negado servicios de salud sin justa causa, de conformidad con lo señalado en la referida Resolución 3539 de 2019.

Lo anterior, con el ánimo de evitar que se continúen negando servicios de salud sin justa causa, por parte de dichas entidades, por cuanto el derecho a la salud es actualmente un derecho constitucional, fundamental y autónomo, que, en consecuencia, debe ser amparado de manera preferente.

Teniendo en consideración las razones expuestas, cabe anotar que el trámite para la recuperación de la prima UPC, se viene adelantando con base en el procedimiento de reintegro de recursos de salud que se encuentra previsto en la Resolución 1716 de 2019, expedida por esta Cartera Ministerial, así como en la Resolución 995 de 20226, que modificó algunos de los artículos de la referida resolución del año 2019.

Para los fines pertinentes, teniendo en consideración los reportes de servicios negados que han venido generando las entidades responsables del aseguramiento en salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, y atendiendo el período de reintegro ordenado por la Corte Constitucional, en acatamiento de las citadas resoluciones y autos, se han adelantado, varias actuaciones administrativas requeridas, para lo cual, se ha solicitado inicialmente a las referidas entidades, aclarar si los servicios y tecnologías reportados como negaciones de acuerdo con la causal: “El servicio solicitado es cobertura del Plan de Beneficios con cargo a la UPC”; fueron o no prestados y en caso tal, exigiendo la remisión de la prueba correspondiente en el marco de lo establecido en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Como consecuencia de las razones expuestas y entre otras muchas actuaciones adelantadas, se han expedido 10 resoluciones solicitando la devolución de la prima UPC, así:

No. Resolu-	Fecha	EPS
-------------	-------	-----



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

ción		
2402	30/12/2021	CAJACOPI ATLANTICO
2403	30/12/2021	ASOCIACIÓN INDIGENA DEL CAUCA AIC EPSI
1133	30/06/2022	ALIANZA SAVIA SALUD EPS
1134	30/06/2022	ALIANSA SALUD EPS
1135	30/06/2022	COMFAMILIAR CARTAGENA
1136	30/06/2022	CAPITAL SALUD EPS
1137	30/06/2022	DUSAKAWI EPSI
1313	29/07/2022	COMFAGUAJIRA
1314	29/07/2022	COMFAMILIAR HUILA
1315	29/07/2022	NUEVA EPS

3. Realización de mesas técnicas adelantadas con entidades adscritas al Ministerio de Salud y Protección Social

En cumplimiento a lo ordenado por la Corte Constitucional en el marco de la orden decimonovena (19) de la sentencia T-760 de 2008, se ha propuesto la realización de mesas de trabajo conjuntas inicial y principalmente con la Superintendencia Nacional de Salud y posteriormente con la ADRES.

Lo anterior, con el ánimo de aunar esfuerzos, en el marco de las competencias propias de cada una de estas entidades, con el fin de coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado, de acuerdo con el principio de colaboración armónica consagrado en el artículo 113 de la Constitución Política y los principios de la función administrativa consagrados en el artículo 209 *ibidem*, así como lo previsto en la Ley 489 de 1998 el cual pretende, de conformidad con lo señalado en su artículo 6º, que las autoridades administrativas deban garantizar la armonía en el ejercicio de sus respectivas funciones buscando alcanzar los fines y cometidos estatales, en virtud del principio de coordinación y colaboración entre entidades.

En consecuencia, entendemos que las órdenes elevadas por la Corte Constitucional en su sentencia T-760 de 2008 y en sus autos de seguimiento correspondientes, obedecen de manera transversal a todas las entidades que conforman el SGSSS, pues dicho tribunal ha reconocido la importancia de la relación que debe existir entre las entidades del SGSSS para garantizar de manera armónica el derecho constitucional, fundamental y autónomo a la salud. En particular, el referido organismo judicial ha señalado que la falta de coordinación entre estas entidades puede generar barreras que impiden a los usuarios acceder a los servicios de salud que necesitan.

En este sentido, la propuesta que se realiza está encaminada a fortalecer los lazos armónicos que deben existir entre las entidades adscritas al Ministerio, en aras de focalizar una estrategia que nos permita cumplir con las órdenes emitidas por dicha Corte y también relacionar a las entidades que hacen uso directo de la información y cuyas competencias administrativas permitirían que las entidades del SGSSS puedan tomar medidas para mejorar la coordinación y cooperación, buscando con ello fortalecer las acciones para garantizar un goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

59. Sírvase informar ¿Cuáles son las prácticas que ponen en riesgo la atención en salud de la



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

población más vulnerable?

Respuesta. La Resolución 256 de 2016 dicta las disposiciones del Sistema de Información para la Calidad -SIC-, acorde a lo anterior, se identifica algunas de las prácticas que ponen en riesgo la atención en salud de la población más vulnerable en Colombia, las cuales, se relacionan a continuación:

- Acceso limitado a servicios de salud: Muchas regiones, especialmente rurales y apartadas, carecen de suficientes instalaciones de salud o estas están mal equipadas. Esto afecta especialmente a las poblaciones vulnerables como los indígenas, los campesinos y los pobres urbanos.
- Desigualdad en la distribución de recursos: La concentración de recursos y personal médico en áreas urbanas y en ciertas regiones deja a otras áreas con escasez crítica, lo que afecta a las comunidades más necesitadas.
- Gestión de los recursos: Los recursos destinados a la salud a veces se malgastan o se desvían debido a la corrupción y la mala administración, lo que reduce la calidad y disponibilidad de los servicios de salud.
- Desinformación y poca de educación en salud: La falta de conocimiento sobre derechos y servicios de salud disponibles puede impedir que las personas busquen atención médica a tiempo.
- Violencia y conflicto armado: En zonas afectadas por el conflicto, el acceso a los servicios de salud puede ser peligroso o imposible, y los centros de salud a menudo se ven afectados directamente por la violencia.
- Barreras culturales y lingüísticas: Las diferencias culturales y lingüísticas pueden impedir que las comunidades indígenas y otros grupos minoritarios reciban una atención adecuada y respetuosa.

Estos factores, entre otros, contribuyen a un sistema de salud que tiene limitaciones para responder adecuadamente a las necesidades de las poblaciones más vulnerables en Colombia, sin embargo, el modelo de atención en salud permitirá cerrar las brechas que existen para las poblaciones más vulnerables. Para medir las prácticas que afectan la atención en salud de las poblaciones vulnerables en Colombia, se pueden utilizar varios indicadores, los cuáles ayudan a evaluar la eficacia, accesibilidad, y equidad del sistema de salud.

A continuación, se describen los indicadores que permiten medir dichas prácticas en el marco del Sistema de Información para la Calidad (Resolución 256 de 2016):

Indicadores de experiencia de la atención

Uno de los aspectos que se evalúan en la calidad de la atención en salud, tiene que ver con la oportunidad con la cual son ofrecidos los servicios de salud y la satisfacción del usuario. De esta manera, parte de los servicios de consulta externa, atención por especialidades, realización de procedimientos y toma de imágenes diagnósticas son puerta de entrada para el Sistema de Salud.

A continuación, se describe el comportamiento de los indicadores con corte al año 2022:

Comportamiento de tiempo promedio de asignación de cita de Medicina y Odontología General



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

El tiempo promedio de asignación de cita para medicina general en Colombia con corte al año 2022 fue de 3,25 días y para Odontología general fue de 3,92 días (Tabla).

Tabla 4. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina y odontología general por departamento, Colombia, 2022

Departamento	Medicina	Odontología
Amazonas	3,02	3,55
Antioquia	3,37	5,39
Arauca	2,13	1,46
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	4,83	4,81
Atlántico	3,85	3,21
Bogotá, D.C.	3,54	5,33
Bolívar	3,42	2,53
Boyacá	2,43	2,04
Caldas	3,51	3,85
Caquetá	1,36	1,61
Casanare	1,96	2,91
Cauca	1,37	0,89
Cesar	2,86	3,49
Chocó	1,82	1,41
Córdoba	1,90	1,58
Cundinamarca	4,19	4,83
Guainía	5,34	2,50
Guaviare	3,73	4,00
Huila	2,03	1,80
La Guajira	1,42	0,95
Magdalena	2,96	1,89
Meta	3,33	3,30
Nariño	1,72	2,46
Norte de Santander	2,07	1,93
Putumayo	1,37	1,64
Quindío	3,85	2,54
Risaralda	5,54	3,53
Santander	3,19	3,64
Sucre	2,52	2,26
Tolima	3,51	2,37
Valle del Cauca	4,21	6,36
Vaupés	0,79	0,45
Vichada	2,55	0,63
Total País	3,25	3,92

Fuente: SIC – Resolución 256 de 2016

Comportamiento de tiempo promedio de espera para la atención de pacientes clasificados Triage 2 en el servicio de Urgencias



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

Según la Resolución 5596 de 2015 el tiempo de espera máximo para la atención de paciente clasificados como Triage 2 en el servicio de urgencias debe ser de 30 minutos. En el país con corte al primer trimestre del año 2022 fue de 26,12 minutos (Tabla).

Los departamentos que superaron el tiempo de atención establecido fueron: Vaupés (58,9 días), Vichada (48,3 días) y Bogotá (39,7 días) (Tabla).

Tabla 5. Tiempo promedio de espera para la atención de pacientes clasificados como Triage 2 en el Servicio de Urgencias por departamento, Colombia, 2022

Departamento	Días
Amazonas	16,64
Antioquia	22,03
Arauca	23,46
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	4,88
Atlántico	17,80
Bogotá, D.C.	39,73
Bolívar	36,93
Boyacá	19,03
Caldas	19,93
Caquetá	38,91
Casanare	21,33
Cauca	30,61
Cesar	16,93
Chocó	22,59
Córdoba	13,93
Cundinamarca	24,72
Guainía	27,01
Guaviare	36,21
Huila	19,84
La Guajira	27,04
Magdalena	27,35
Meta	22,29
Nariño	30,18
Norte de Santander	34,53
Putumayo	23,32
Quindío	25,20
Risaralda	22,62
Santander	27,04
Sucre	25,78
Tolima	20,24
Valle del Cauca	27,03
Vaupés	58,95
Vichada	48,27
Total País	26,12



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

Comportamiento de tiempo promedio de asignación de citas por especialidades

Con respecto al tiempo promedio de espera para asignación de cita de Cirugía general se observó que con corte al 2022 a nivel nacional se tardó 8,02 días, para medicina interna 13,79 días, para Ginecología 10,97 días y para Obstetricia el tiempo promedio de espera fue de 8,88 días.

Finalmente, pediatría es la especialidad con menor tiempo de espera de las reportadas al Sistema de Información para la Calidad. Con corte al año 2022 tuvo un tiempo promedio de espera de 8,2 días (Tabla)

Tabla 6. Comportamiento del tiempo promedio de asignación de cita cirugía general, medicina interna, ginecología, obstetricia y pediatría por departamento, Colombia, 2022

Departamento	Cirugía general	Ginecología	Medicina Interna	Obstetricia	Pediatría
Amazonas	11,06	8,74	7,14	5,82	5,21
Antioquia	11,25	12,82	19,44	20,78	12,41
Arauca	5,58	5,52	8,01	5,54	5,51
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	8,29	7,50	19,66	6,92	7,39
Atlántico	18,17	7,48	14,22	6,16	7,40
Bogotá, D.C.	14,71	13,63	15,78	8,38	7,90
Bolívar	18,22	10,86	13,84	5,79	7,11
Boyacá	6,41	6,40	7,46	4,31	4,54
Caldas	14,12	10,97	13,86	10,34	10,83
Caquetá	4,41	2,47	5,56	1,79	3,10
Casanare	7,12	5,03	7,69	4,31	5,60
Cauca	6,38	15,58	7,02	3,83	4,83
Cesar	6,64	6,48	9,33	5,53	6,75
Chocó	4,61	2,12	4,89	2,28	3,10
Córdoba	11,85	10,82	13,59	8,98	8,96
Cundinamarca	10,28	11,96	10,47	7,97	8,92
Guainía	3,49	5,82	2,11		7,25
Guaviare	10,94	5,52	9,16	6,68	5,23
Huila	7,16	7,55	8,66	4,33	5,34
La Guajira	6,26	4,62	5,05	5,49	4,66
Magdalena	12,80	12,43	16,37	6,66	7,72
Meta	20,22	12,37	10,38	6,30	5,82
Nariño	7,78	6,34	5,83	5,27	3,74
Norte de Santander	5,39	4,02	7,56	4,48	3,98
Putumayo	6,79	5,90	5,09	4,39	3,96
Quindío	15,09	10,36	13,29	6,05	7,82
Risaralda	13,83	10,56	11,35	5,65	7,97
Santander	11,31	9,14	11,58	6,70	5,82
Sucre	9,23	8,67	11,58	3,37	8,02
Tolima	12,92	9,53	14,45	7,85	9,45
Valle del Cauca	17,36	13,84	18,12	11,81	14,13
Vaupés		4,91	6,35		2,80
Vichada	8,02	5,39	7,49	5,87	2,89



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

Departamento	Cirugía general	Ginecología	Medicina Interna	Obstetricia	Pediatría
Total País	12,80	10,97	13,79	8,88	8,27

Comportamiento de tiempo promedio de espera para la realización de procedimientos quirúrgicos

El tiempo promedio de espera en el 2022 para la realización de cirugía de cataratas fue 20,3 días, para el reemplazo de cadera fue de 20,1 días y el menor tiempo lo presentó la revascularización miocárdica con 5,48 días.

Tabla 7. Comportamiento del tiempo promedio para la realización de cirugía de cataratas, reemplazo de cadera y revascularización miocárdica, por departamento, Colombia, 2022

Departamento	Cirugía de Cataratas	Cirugía de reemplazo de Cadera	Revascularización miocárdica
Antioquia	24,70	19,55	4,59
Arauca	13,32		
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	2,40		
Atlántico	5,73	5,72	4,87
Bogotá, D.C.	17,41	24,79	9,37
Bolívar	42,76	57,03	1,71
Boyacá	22,94	20,92	3,33
Caldas	2,60	29,53	6,33
Caquetá	24,77	17,64	
Casanare	12,23	8,00	
Cauca	28,24	36,89	6,44
Cesar	10,20	1,50	2,10
Córdoba	14,66	43,20	14,83
Cundinamarca	43,02	7,38	1,00
Huila	6,86	7,43	3,59
La Guajira	10,21	2,50	
Magdalena	0,77	23,06	2,00
Meta	14,90	12,81	1,51
Nariño	13,80	23,09	0,43
Norte de Santander	16,38	9,11	1,33
Putumayo	15,30	0,11	
Quindío	29,17	11,97	
Risaralda	50,08	34,51	2,79
Santander	8,37	8,97	0,78
Sucre	21,44	12,58	24,00
Tolima	13,02	25,65	0,41
Valle del Cauca	27,92	13,53	9,15
Total País	20,33	20,12	5,48

Comportamiento de tiempo promedio de espera para la toma de imágenes diagnósticas



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

El tiempo promedio de espera en el 2022 para la toma de ecografía fue de 10,4 días y para resonancia magnética de 14,1 días.

Tabla 8. Comportamiento del tiempo promedio para la toma de ecografía y resonancia magnética, por departamento, Colombia, 2022

Departamento	Ecografía	Resonancia magnética
Amazonas	6,78	
Antioquia	11,74	21,19
Arauca	6,52	6,32
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	0,40	
Atlántico	6,30	5,27
Bogotá, D.C.	11,94	17,26
Bolívar	11,53	9,98
Boyacá	7,34	10,60
Caldas	9,15	5,46
Caquetá	8,59	9,78
Casanare	5,79	6,93
Cauca	13,33	3,33
Cesar	7,95	5,47
Chocó	3,49	3,16
Córdoba	8,86	8,19
Cundinamarca	11,92	11,88
Guainía	5,41	
Guaviare	11,61	
Huila	5,79	7,08
La Guajira	3,84	3,64
Magdalena	5,94	7,36
Meta	11,54	10,13
Nariño	3,29	11,33
Norte de Santander	7,05	17,76
Putumayo	4,18	4,80
Quindío	12,69	10,80
Risaralda	10,97	10,46
Santander	13,08	13,34
Sucre	8,97	10,39
Tolima	10,68	18,01
Valle del Cauca	11,22	11,46
Vaupés	5,62	
Vichada	5,84	
Total País	10,46	14,12

Comportamiento de la satisfacción del usuario

Indicadores trazadores del Sistema de Información para la Calidad se encuentran la proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS y proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

Con respecto a la proporción de usuarios que consideraron como buena y muy buena la atención de los prestadores con corte al 2022 se observó una mayor proporción en departamentos como Vaupés (98,7%) y Huila (98,0 %).

En cuanto a los usuarios que recomendarían su IPS con corte al 2022 se observó que Vaupés (99,5%) y Huila (98,9*%) tuvieron el mayor porcentaje de usuarios con respecto al comportamiento nacional.

Tabla 9. Comportamiento de los indicadores de Satisfacción del usuario de IPS por departamento, Colombia, 2022

Departamento	Satisfacción Global de los usuarios en la IPS	Usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos
Amazonas	95,4%	98,2%
Antioquia	94,3%	94,7%
Arauca	93,4%	97,7%
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	94,3%	95,3%
Atlántico	97,6%	98,8%
Bogotá, D.C.	94,4%	95,2%
Bolívar	96,4%	97,2%
Boyacá	97,0%	97,2%
Caldas	97,2%	98,1%
Caquetá	96,2%	97,8%
Casanare	96,7%	98,4%
Cauca	95,9%	98,0%
Cesar	97,0%	98,3%
Chocó	94,0%	96,9%
Córdoba	97,0%	98,7%
Cundinamarca	96,2%	97,8%
Guainía	82,7%	96,0%
Guaviare	94,3%	97,7%
Huila	98,0%	98,9%
La Guajira	95,3%	98,2%
Magdalena	94,8%	98,1%
Meta	95,8%	96,8%
Nariño	96,3%	98,4%
Norte de Santander	98,0%	98,8%
Putumayo	91,0%	94,2%
Quindío	96,5%	97,7%
Risaralda	97,7%	98,7%
Santander	97,1%	98,2%
Sucre	96,8%	98,1%
Tolima	97,7%	98,3%
Valle del Cauca	96,4%	97,8%
Vaupés	98,7%	99,5%
Vichada	93,0%	98,2%
Total País	96,0%	97,2%



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

Fuente: Resolución 256 de 2016

Indicadores de Gestión del Riesgo

La gestión de riesgo en salud, tanto a nivel individual como colectivo, es fundamental para prevenir y manejar enfermedades y afecciones. Implica evaluar y controlar los riesgos de salud, con un enfoque en la prevención. En el nivel individual, se centra en identificar y mitigar los riesgos específicos para la salud de una persona, mientras que, en el nivel colectivo, se dirige a la población en general. Este proceso requiere una evaluación cuidadosa de los riesgos potenciales y las medidas para reducirlos. La participación activa de todos los actores, incluyendo profesionales de la salud, responsables políticos y los individuos, es crucial, subrayando la importancia de la educación y concienciación sobre los riesgos de salud y cómo minimizarlos.

A continuación, se describen algunos indicadores de Gestión del Riesgo:

Con respecto al año 2022 el 64,3% de la población de niños y niñas recién nacidos fueron vacunados con BCG.

Tabla 10. Cobertura de vacunación BCG en niños y niñas recién nacidos, Colombia, 2022

Departamento / Distrito	%
Amazonas	57,45%
Antioquia	67,29%
Arauca	68,55%
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	63,89%
Atlántico	76,73%
Bogotá, D.C.	63,32%
Bolívar	60,91%
Boyacá	64,64%
Caldas	65,38%
Caquetá	68,71%
Casanare	66,22%
Cauca	55,36%
Cesar	71,63%
Chocó	64,72%
Córdoba	59,71%
Cundinamarca	35,16%
Guainía	100,00%
Guaviare	72,35%
Huila	69,84%
La Guajira	81,13%
Magdalena	65,27%
Meta	74,43%
Nariño	58,31%



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

Departamento / Distrito	%
Norte de Santander	65,94%
Putumayo	69,62%
Quindío	70,96%
Risaralda	70,55%
Santander	65,21%
Sucre	69,87%
Tolima	62,60%
Valle del Cauca	59,16%
Vaupés	83,93%
Vichada	61,00%
TOTAL PAÍS	64,31%

Fuente: Resolución 256 de 2016

Para los niños y niñas de un año la cobertura de vacunación con Triple Viral fue de 66%.

Tabla 11. Cobertura de vacunación de la Triple Viral en niños y niñas de un año, Colombia, 2022

Departamento / Distrito	%
Amazonas	57,53%
Antioquia	68,04%
Arauca	70,07%
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	63,42%
Atlántico	71,70%
Bogotá, D.C.	51,64%
Bolívar	68,59%
Boyacá	62,62%
Caldas	60,08%
Caquetá	69,33%
Casanare	71,63%
Cauca	70,19%
Cesar	71,94%
Chocó	71,77%
Córdoba	69,66%
Cundinamarca	62,60%
Guainía	68,04%
Guaviare	71,38%
Huila	68,43%
La Guajira	74,67%
Magdalena	72,93%
Meta	67,43%
Nariño	64,11%
Norte de Santander	67,77%
Putumayo	75,08%



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

Departamento / Distrito	%
Quindío	62,78%
Risaralda	67,61%
Santander	62,37%
Sucre	67,46%
Tolima	66,06%
Valle del Cauca	70,35%
Vaupés	74,48%
Vichada	61,11%
TOTAL PAÍS	66,03%

Fuente: Resolución 256 de 2016

El 66,1% de los niños y niñas menores de un año fueron vacunados con la tercera dosis de Pentavalente para el año 2022.

Tabla 12. Cobertura de vacunación de la tercera dosis de Pentavalente en niños y niñas menores de un año, Colombia, 2022

Departamento / Distrito	%
Amazonas	57,82%
Antioquia	66,18%
Arauca	69,17%
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	67,13%
Atlántico	75,95%
Bogotá, D.C.	53,82%
Bolívar	71,66%
Boyacá	66,67%
Caldas	66,20%
Caquetá	63,29%
Casanare	70,87%
Cauca	70,28%
Cesar	69,10%
Chocó	57,92%
Córdoba	69,28%
Cundinamarca	64,63%
Guainía	63,72%
Guaviare	72,98%
Huila	67,50%
La Guajira	71,00%
Magdalena	70,31%
Meta	65,22%
Nariño	61,13%
Norte de Santander	68,47%
Putumayo	73,14%
Quindío	65,17%



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

Departamento / Distrito	%
Risaralda	68,61%
Santander	62,08%
Sucre	67,15%
Tolima	67,43%
Valle del Cauca	71,15%
Vaupés	65,00%
Vichada	46,81%
TOTAL PAÍS	66,14%

Fuente: Resolución 256 de 2016

Con respecto a la tercera dosis de Polio el 65,4% de los niños y niñas menores de un año fueron vacunados en el año 2022.

Tabla 13. Cobertura de vacunación de la tercera dosis de Polio en niños y niñas menores de un año, Colombia, 2022

Departamento / Distrito	%
Amazonas	58,70%
Antioquia	65,64%
Arauca	69,07%
Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina	67,19%
Atlántico	74,73%
Bogotá, D.C.	53,72%
Bolívar	71,61%
Boyacá	65,76%
Caldas	63,00%
Caquetá	63,29%
Casanare	70,44%
Cauca	66,15%
Cesar	68,45%
Chocó	57,33%
Córdoba	69,31%
Cundinamarca	64,79%
Guainía	63,72%
Guaviare	72,90%
Huila	66,90%
La Guajira	70,27%
Magdalena	70,53%
Meta	64,64%
Nariño	61,00%
Norte de Santander	68,44%
Putumayo	72,58%
Quindío	65,22%
Risaralda	68,46%
Santander	62,10%



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

Departamento / Distrito	%
Sucre	63,53%
Tolima	67,71%
Valle del Cauca	68,33%
Vaupés	64,93%
Vichada	46,60%
TOTAL PAÍS	65,41%

Fuente: Resolución 256 de 2016

Adicionalmente, se incluye como anexo la relación de los indicadores de calidad de las EAPB desde 2018 hasta 2022, los cuales facilitan la descripción del comportamiento a nivel nacional. Estos indicadores son:

Dominio Efectividad
Razón de mortalidad materna a 42 días
Tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años - EAPB
Tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años - EAPB
Proporción de pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) estadio 5 que inician diálisis crónica programada
Proporción de progresión de enfermedad renal crónica
Proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer - EAPB
Tasa de mortalidad en niños menores de un año (mortalidad infantil) - EAPB
Tasa de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición - EAPB
Dominio Gestión del Riesgo
Captación de Diabetes Mellitus de personas de 18 a 69 años
Captación de Hipertensión Arterial (HTA) de personas de 18 a 69 años
Proporción de gestantes a la fecha de corte positivas para Virus de inmunodeficiencia Humano con Terapia Antirretroviral (TAR)
Proporción de mujeres con citología cervico uterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia
Proporción de pacientes hipertensos controlados
Proporción de pacientes diabéticos controlados (del total de diabéticos)
Tiempo promedio entre la remisión de las mujeres con diagnóstico presuntivo de cáncer de mama y la confirmación del diagnóstico de cáncer de mama de casos incidentes
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama
Tasa de incidencia de tumor maligno invasivo de cérvix
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de cuello uterino
Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de próstata
Tiempo promedio de espera para el inicio de tratamiento de Leucemia Aguda Pediátrica (LAP)
Proporción de niños con diagnóstico de Hipotiroidismo Congénito que reciben tratamiento
Proporción de tamización para Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en gestantes
Dominio Experiencia de la atención
Tiempo promedio de espera para la autorización de Resonancia Magnética
Tiempo promedio de espera para la autorización de Cirugía de Cataratas
Tiempo promedio de espera para la autorización de Cirugía de Reemplazo de Cadera
Tiempo promedio de espera para la autorización de Cirugía de revascularización miocárdica
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina General
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Odontología General.
Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la EPS



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

Proporción de usuarios que recomendaría su EPS a familiares y amigos

Pregunta 60. Sírvase informar, ¿Cuáles son todas y cada una de las enfermedades de alto costo, catastróficas o ruinosas y enfermedades huérfanas en el país? Detalle y argumente su respuesta.
a. Indique la evolución en ocurrencia e incidencia económica (\$) de cada una de esas enfermedades durante los últimos 30 años en el país.

Respuesta. El artículo 19 de Ley 1122 de 2007 establece que para la atención de enfermedades de alto costo, las EPS contratarán el reaseguro o responderán, directa o colectivamente por dicho riesgo, de conformidad con la reglamentación que sobre la materia expida el Gobierno Nacional, en respuesta a lo anterior se expide el Decreto 2699 de 2007 que tiene como objeto crear la cuenta de alto costo establece que las EPS, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades obligadas a compensar (EOC) administrarán financieramente los recursos destinados al cubrimiento de la atención de las enfermedades ruinosas y catastróficas - alto costo - y de los correspondientes a las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con el alto costo, que en sendos casos determine el Ministerio de la Protección Social, en una cuenta denominada "cuenta de alto costo" que tendrá dos subcuentas correspondientes a los recursos anteriormente mencionados, es así como a través de la resolución 2565 de 2005 se declara la enfermedad renal crónica en estadio 5 con necesidad de terapia de reemplazo renal como la primera enfermedad de alto costo.

Posteriormente la resolución 3974 de 2009 en su artículo primero establece como enfermedades de alto costo las siguientes:

- i) Cáncer de cérvix
- ii) Cáncer de mama
- iii) Cáncer de estomago
- iv) Cáncer de colon y recto
- v) Cáncer de próstata
- vi) Leucemia linfoide aguda
- vii) Leucemia mieloide aguda
- viii) Linfoma Hodking
- ix) Linfoma no Hodking
- x) Epilepsia
- xi) Artritis reumatoide
- xii) Infección por el virus de inodeficiencia humana (VIH) y síndrome de inodeficiencia humana (SIDA)

En cuanto a las enfermedades huérfanas de acuerdo al artículo 2 de la Ley 1392 de 2010 se establece que cada dos años el Ministerio de Salud y Protección Social debe realizar la actualización del listado de enfermedades huérfanas, actualmente la norma vigente que establece dicho listado es la Resolución 23 de 2023, donde presenta 2247 enfermedades huérfanas.

Ahora, bien la evolución de ocurrencia e incidencia económica de estas enfermedades no es posible establecerla toda vez que de acuerdo a la Ley estatutaria de salud, la población tiene derecho a todas las tecnologías y servicios de salud autorizados para su comercialización en el territorio independientemente de la fuente de financiación, en este orden de ideas coexisten tres mecanismo de financiación dos que se giran



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

de manera ex ante a las EPS esto son la Unidad de Pago por Capitación y los Presupuestos Máximos, y el otro de acuerdo al cumplimiento de las condiciones de recobros es cobrado a la ADRES.

Pregunta 61. Sírvase informar, de acuerdo con el texto de Reforma a la Salud definitivo aprobado por la Plenaria de la Cámara de Representantes, para procesar el gran volumen de cuentas y reconocer las mismas o su glosa total o parcial:

a. ¿Cuál es el tipo de auditoría que se prevé?

b. ¿Quién deberá adelantar la auditoría de las cuentas médicas y en qué porcentaje?

c. ¿Quién deberá adelantar la auditoría de incapacidades y en qué porcentaje?

d. ¿Quién deberá adelantar la auditoría de licencias y en qué porcentaje?

e. ¿Quién deberá adelantar la auditoría de SOAT y en qué porcentaje?

f. En el texto aprobado en Plenaria de Cámara de Representantes ¿Se preferirá un tipo de auditoría tradicional centrada en la revisión manual de los soportes de cada ítem detallado, de cada cuenta, correspondiente a una atención o, por el contrario, se preferirá un tipo de auditoría que se centra en la inteligencia del análisis del gasto, en el estudio de las desviaciones y en el análisis comparativo del comportamiento de los prestadores en servicios comunes?

g. ¿La auditoría se realizará de manera centralizada o se subdividirá su ejercicio por regiones? Además, indique en caso de subdividirse por regiones ¿Quién será el llamado a auditar en cada una de las regiones las cuentas médicas, las incapacidades, las licencias y el SOAT?

Respuesta: Por ser de su competencia, estas preguntas se trasladaron a la ADRES según radicado 20241206051971 del 18 de enero de 2024.

62. Sírvase informar, actualmente ¿Cuál es el valor total de los montos que le adeudan las distintas EPS a todas las IPS en el país? Relacione la información de manera organizada en formato Excel por departamentos y municipios.

63. Sírvase informar, ¿Cuál es el valor total de los montos reconocidos en sentencias, a la fecha no saldados, que le adeudan las distintas EPS a todas las IPS en el país? Relacione la información año a año de manera organizada en formato Excel por departamentos y municipios.

64. Sírvase informar, actualmente ¿Cuál es el valor total de los montos que le adeudan los distintos Hospitales Públicos a todas las IPS en el país? Relacione la información de manera organizada en formato Excel por departamentos y municipios.

65. Sírvase informar, ¿Cuál es el valor total de los montos reconocidos en sentencias, a la fecha no saldados, que le adeudan los distintos Hospitales Públicos a todas las IPS en el país durante los últimos 20 años? Relacione la información año a año de manera organizada en formato Excel por departamentos y municipios.

66. Sírvase informar, ¿Cuál es el valor total de la cartera, al 30 de diciembre de 2023, de cada una de las EPS del Régimen Contributivo, del Régimen Subsidiado y de las que operan ambos regímenes con las IPS y proveedores y cómo es su composición por edades?

67. Sírvase informar, ¿Cuál es el valor de los anticipos sin legalizar de las EPS a IPS discriminados por EPS y que valor corresponde a IPS Privadas e IPS Públicas

68. Sírvase informar, ¿Cuáles son los valores totales facturados a cada EPS (años 2022 a 2023) discriminando red privada y red pública? Desglose los valores por conceptos facturados para cada EPS.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

Preguntas 62 a 68. Por ser de su competencia, estas preguntas fueron trasladadas a la Superintendencia de Salud el 4 de enero de 2014, mediante oficio 202430000013711.

70. Sírvase informar, ¿Cuáles son los indicadores de incidencia y prevalencia por cada una de las EPS durante los últimos diez (10) años? Discrimine la información por régimen contributivo y subsidiado.

Respuesta. La Resolución 256 de 2016 dicta las disposiciones del Sistema de Información para la Calidad, la cual establece **110 indicadores trazadores** para el monitoreo de la calidad en salud, los cuales se categorizan en cuatro dominios: efectividad, gestión del riesgo, seguridad y experiencia de la atención.

El monitoreo de indicadores de incidencia y prevalencia por cada una de las EPS durante los últimos diez (10) años, la Oficina de Calidad no cuenta con la información, dado que los indicadores del Sistema de Información para la Calidad correspondientes a las EPS, solo cuenta con la Tasa de incidencia de tumor maligno invasivo de cérvix, el cual, hace parte del dominio de gestión del Riesgo descrito en la pregunta anterior y en el archivo Anexo Indicadores de EAPB 2018-2022.

71. Sírvase informar, ¿Cuáles son los indicadores de desempeño de cada una de las EPS existentes en el país? Discrimine la información por régimen contributivo y subsidiado.

Respuesta. Por ser de su competencia, esta pregunta fue trasladada a la Superintendencia de Salud el 4 de enero de 2014, mediante oficio 202430000013711.

Pregunta 72. Sírvase informar, ¿Cuál es el comportamiento de los indicadores trazadores de enfermedad renal crónica reportada a CAC en los últimos 5 años?

Respuesta. La Resolución 185 de 2017 establece el mecanismo de redistribución de recursos ex post y para ello le hace seguimiento a 4 indicadores los cuales son:

1. Porcentaje de personas con las principales precursoras de ERC en población entre los 18 y 69 años. Este indicador tiene como denominador los casos esperados los cuales son estimados a partir de la prevalencia estimada en la ENS.
2. Porcentaje de personas estudiadas para ERC: Este indicador presenta el porcentaje de personas que a las que se les practico exámenes para determinar la presencia de daño renal.
3. Tasa de incidencia de TRR: Este indicador son personas que son reportadas en TRR que no habían sido reportadas en ediciones anteriores.
4. Progresión: Este indicador mide el porcentaje de pacientes que no progresan de estadio de la enfermedad en dos mediciones (pacientes en la misma EPS), se espera que los pacientes con un adecuado tratamiento de las enfermedades precursoras no avancen en la enfermedad.

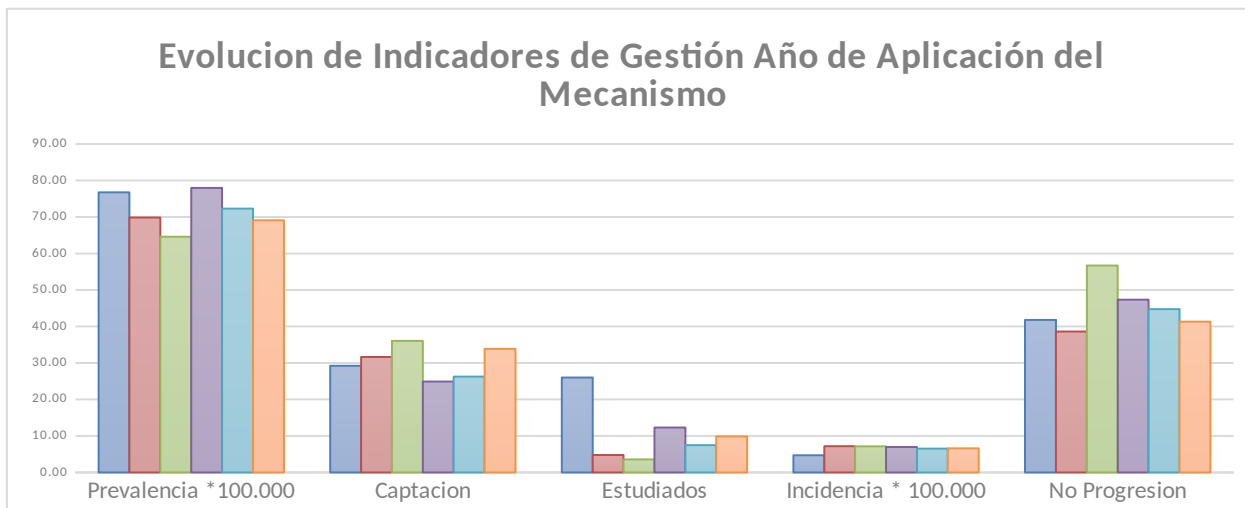


Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

Es importante tener en cuenta que la información con la cual se realiza el cálculo de los indicadores van de 1 de julio al 30 de junio, a continuación, se presenta la evolución de los indicadores mencionados desde la expedición de la mencionada resolución hasta el 30 de junio de 2022 cuya aplicación fue en el año 2023, último mecanismo calculado.



Fuente: Elaboración Propia con Base a la Información Auditada por la Cuenta de Alto Costo.

73. Sírvase informar, ¿Cuánto es el costo (\$) por usuario de las patologías reportadas a CAC en los últimos cinco (5) años? Relacione la información por patologías, año a año, en formato Excel.

Respuesta. El actual SGSSS se encuentra cimentado en un esquema de aseguramiento público y colectivo, en el cual, el Estado ha delegado en las entidades públicas, privadas y públicas de carácter especial la garantía de la prestación de los servicios y tecnologías en salud a los afiliados, en todas las etapas de la enfermedad, desde la promoción y prevención en salud hasta la paliación pasando por el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, sin importar la modalidad de atención, es decir, que la misma se puede prestar de manera intramural o extramural según las necesidades del territorio.

Para garantizar la prestación de los servicios y tecnologías en salud se cuenta con la Unidad de Pago por Capitación la cual es la prima que se le reconoce a cada una de las Empresas Promotoras de Salud (EPS), por cada afiliado y de acuerdo a las condiciones reconocidas por la prima, es decir, sexo, edad y ubicación geográfica, lo anterior se debe a que la operación del asegurador social se orienta a la afiliación de personas

para mantener un pool de riesgo en salud equilibrado y a efectuar la compra de servicios a la red prestadora.

Desde el punto de vista regulatorio, las condiciones de funcionamiento del aseguramiento social son determinadas desde los intereses de la función de bienestar social del Estado. Los aseguradores sociales deben orientarse hacia el cumplimiento de un conjunto de normas establecidas y determinadas a través de los planes de beneficios hoy tecnologías y servicios de salud financiados con la UPC y de las condiciones reglamentarias de funcionamiento determinadas por el Estado.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

De acuerdo al artículo 182 de la Ley 100 de 1993 establece que por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio hoy (Servicios y Tecnologías en salud) para cada afiliado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud un valor per cápita, que se denominará Unidad de Pago por Capitación, UPC. Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riegos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud.

La UPC se estima anualmente teniendo en cuenta las tecnologías y servicios de salud que deben ser financiados con dicha prima; la misma no presenta distinción alguna por EPS; entidad territorial, tecnología o servicio de salud, ni por niveles de atención o de complejidad; así a lo largo de los años ha evolucionado con el fin de garantizar la oportunidad de la prestación de los servicios según las necesidades de los afiliados y que responda a las diferentes tecnologías que son necesarias para el tratamiento de las patologías.

Es decir, su cálculo se hace de manera global por lo que no es posible estimar el costo por usuario diagnosticado con patologías de alto costo pues las tecnologías o servicios de salud prestados pueden tener o no relación directa con la patología diagnosticada.

Pregunta 74. Sírvase informar, ¿Cuáles son las cifras de prevalencia de todas las patologías reportadas a CAC en los últimos 5 años?

Respuesta. A continuación, se presentan las prevalecias las cuales forman parte de los mecanismos de redistribución de recursos expost.

- Enfermedad Renal Crónica: Resolución 185 de 2017

Año Información	Año aplicación	Prevalencia *100.000
2016-2017	2018	76,79
2017-2018	2019	69,87
2018-2019	2020	64,61
2019-2020	2021	77,95
2020-2021	2022	72,31
2021-2022	2023	69,11

- VIH: Resolución 1912 de 2015

Año de información	Año de aplicación	Prevalencia
2015	2017	144,94
2016	2018	170,50
2017	2019	182,47
2018	2020	203,55
2019	2021	226,70
2020	2022	254,58



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

Año de información	Año de aplicación	Prevalencia
2021	2023	258,87

- **Cáncer: Resolución 339 de 2019 modificada por la Resolución 1620 de 2020, este mecanismo prioriza 11 cánceres teniendo en cuenta la carga enfermedad de los mismos**

Año de información	Año de aplicación	PREVALENCIA										
		MAMA	CUELLO UTERINO	COLON	GASTRICO	PROSTATA	PULMON	LINFOMA NO HODGKIN	LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA PEDIATICO	LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA ADULTO	LEUCEMIA mieloide AGUDA PEDIATICO	LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA ADULTO
2019	2021	356,36	104,66	46,36	21,46	265,82	6,29	34,11	16,34	3,09	1,96	2,76
2020	2022	381,76	112,36	50,58	22,11	294,97	7,29	36,76	16,76	3,53	2,01	3,07
2021	2023	388,32	123,70	55,06	20,41	253,47	6,11	35,51	18,25	3,45	2,01	3,01

Pregunta 75. El derecho a la salud ha sido objeto de una constante evolución jurisprudencial desde la Constitución Política de 1991 hasta la fecha. Por ejemplo, el reconocimiento del mismo derecho fundamental (T-277 de 2003), la igualación del PBS contributivo y subsidiado (T-760 de 2008) o el suministro de insumos, servicios y tecnologías excluidos del Plan de Beneficios en Salud (T-423 de 2009) entre muchos otros fallos constitucional. Ante lo anterior, sírvase informar. ¿Se ha realizado algún estudio o estimación acerca de cuánto ha costado (\$) al en general al Estado el cumplimiento de los fallos constitucionales que han marcado la evolución jurisprudencial del derecho a la salud en Colombia?

Respuesta. Al respecto de manera atenta se informa, que este Ministerio no ha realizado estudios o estimaciones relacionados con el impacto de las ordenes de la Corte Constitucional, en relación con la garantía del derecho a la salud. Lo anterior, teniendo en cuenta que las mencionadas sentencias judiciales son de carácter obligatorio.

Pregunta 76. Sírvase informar, ¿Considera que el valor de la UPC se ha actualizado año a año correctamente para cubrir los costos y necesidades crecientes del sistema, durante los últimos 10 años? Explique su respuesta

Pregunta 77. (Sic) Sinformar ¿Qué criterios se tienen en cuenta actualmente para el cálculo de la UPC y cómo se podría mejorar la metodología para un cálculo adecuado de la UPC?

Respuesta. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene sus bases en modelos de seguros sociales del alemán Oto Bismark, donde se buscaba garantizar a todos los trabajadores el acceso a las prestaciones en caso de enfermedad, invalidez o muerte. Hasta 1992 la cobertura ente estas prestaciones se limitaba a los trabajadores dependientes afiliados al Instituto de Seguros Social, Cajas de Previsión Social, Universidades y Regímenes especiales como era el caso de Ecopetrol y el Congreso de la Republica.

Con la expedición de la Ley 100 en 1993, se introducen elementos correspondientes al mercado, así se establece el Plan Obligatorio de Salud el cual contiene los servicios y tecnologías a los cuales tenían derecho los afiliados y la Unidad de Pago por Capitación que representa el valor anual que el sistema le



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

reconoce a cada una empresa promotora de salud para la garantía de las prestaciones establecidas en el POS, tanto la definición del POS como de la UPC son elementos regulatorios.

Hasta el año 2006 la fijación de la UPC tuvo en cuenta el comportamiento macroeconómico del país, y la toma de decisión por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud se realizaba teniendo en cuenta variable como el salario mínimo y el empleo, generando así tres escenarios, uno pesimista, uno optimista y uno el mas probable, no existen estudios técnicos que den cuenta de los incrementos fijados. (Restrepo & López, 2012)

A partir del año 2006 la toma de decisión se realiza con información reportada por las EPS que de acuerdo a (Restrepo & López, 2012) se calcula la suficiencia de la UPC, que se determina comparando la suma total del valor de los siniestros en salud amparados en los planes de beneficio (UPC neta), más los costos no asumidos por el Fosyga por concepto de los comités técnicos científicos (CTC) y de tutelas de siniestros no amparadas en el POS de todas las EPS, con relación a la suma total de los ingresos recibidos por concepto de UPC/UPC-S, copagos, cuotas moderadoras, recursos para promoción y prevención y recobro de pólizas de alto costo.

Dado lo anterior, la fijación de UPC que se realiza año tras año parte de la información reportada por las EPS que detalla cada una de las prestaciones realizadas a los afiliados que ha tenido evolución como detallar los medicamentos que son entregados en un comienzo estos se reportaban bajo el código de MEDIAMBU y correspondía a medicamentos ambulatorios sin detalle alguno, así mismo el detalle de los procedimientos ha cambiado toda vez que las sociedades científicas han participado activamente para establecer los códigos únicos de procedimientos en salud.

Todo lo anterior ha tenido como finalidad tener información confiable para la aplicación de la metodología actuarial denominada LOSS RATIO, cuyo proceso se describe a continuación.

Elementos actuariales para la estimación de la prima.

Estimación de la Población.

Para la estimación de la población, se toman las proyecciones del DANE por municipio y grupo etario para el periodo de experiencia y el periodo de aplicación, las cuales se agregan hasta obtener la población en cada año por cada uno de los 56 grupos de riesgo vigentes, notándolas como $Pob_j(t)$. A su vez, se estima su tasa de crecimiento en cada grupo, de la siguiente manera:

$$g_j(2024 - 2022) = \frac{Pob_j(2024)}{Pob_j(2022)} - 1$$

Esta tasa es aplicada a los expuestos del grupo i a fin de encontrar la población expuesta en 2024

$$\exp_p ob_j(2024) = \exp_p ob_j(2022) \times (1 + g_j(2024 - 2022))$$

Estimación de los Siniestros

Los siniestros se entienden como el valor esperado de las prestaciones en salud a financiar con cargo a las primas, siempre y cuando ocurran entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año de aplicación. Dado que



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

los siniestros han de ocurrir en un futuro, es necesario emplear las mejores estimaciones posibles para cuantificar el monto futuro de estas obligaciones a partir del período de experiencia el cual es un período válido para estimar el costo futuro de las atenciones a realizarse con cargo a la UPC en el periodo de aplicación.

El cálculo se lleva a cabo obteniendo el cociente entre el costo observado al interior de cada grupo etario y por zona geográfica (zonas de riesgo establecidas para UPC) y la población expuesta del mismo grupo etario, en el año de experiencia.

A su vez, el cálculo de la población expuesta se obtiene sumando el número de días completos en el período de experiencia por grupo de riesgo, a partir de la fecha de afiliación. Así, si un individuo se afilia al sistema el 30 de junio y permanece afiliado el resto de año, contará con medio año de exposición que equivale a 180 días, el cual se divide entre 360 que son los días del periodo y aportará 0,5 unidades a la exposición. Si el individuo estuvo afiliado todo el año, entonces sumará una unidad a la exposición.

$$\text{Exposición individual: } e_j(t) = \frac{\text{Días vigentes en el período}}{360}$$

Para estimar la exposición total al interior del grupo j , esta será: $Exp_j(t) = \sum e_j(t)$, en donde $Exp_j(t)$, se refiere al total de individuos expuestos del grupo j en el período.

Estimación de las primas actuales

La unidad de pago por capitación corresponde a la prima del seguro en el Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano. Su monto es percibido anualmente por las EPS, como un valor fijo por afiliado ajustado según edad, sexo y ubicación geográfica, complementándolo además con las cuotas moderadoras para el Régimen Contributivo y los copagos para ambos regímenes, con el fin de garantizar los recursos necesarios para la prestación y administración de las tecnologías en salud y servicios financiados que hacen parte del mecanismo de protección colectiva (Restrepo & Mejía, 2006). Al constituirse en una prima, esta se divide en dos componentes:

Prima Pura

La prima pura de riesgo (PP) es el elemento más importante en la tarificación de seguros. Es una medida del gasto de los siniestros por unidad de exposición, que corresponde al valor necesario para cubrir el costo esperado de las reclamaciones que genera el riesgo cubierto. Este valor puede obtenerse como el cociente entre el valor total de las reclamaciones y el número de unidades de exposición al riesgo (o expuestos), y de acuerdo con (Feo, 2013) esto es:

$$PP = \frac{\text{Valor total de las reclamaciones}}{\text{Número de expuestos}}$$

La prima pura también puede expresarse de la siguiente forma:



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

$$PP = \frac{\text{Número de reclamaciones}}{\text{Número de expuestos}} \times \frac{\text{Valor Total de las reclamaciones}}{\text{Número de reclamaciones}}$$

Luego la prima pura se puede definir como:

$$PP = \text{Frecuencia} \times \text{Severidad}$$

Prima Comercial

En el ámbito de los seguros la prima comercial (PC) se define como la cantidad de dinero necesaria para asumir el riesgo y permitir a la empresa aseguradora cubrir los gastos de administración y otros inherentes a su operación.

Para determinar la prima comercial necesaria por variable de tarificación, se calculan los ingresos totales que se reconocerían con base en la expectativa del número de asegurados expuestos para el siguiente período y la estructura de UPC vigente. Este estimativo se lleva a cabo empleando las tasas de crecimiento poblacional y de afiliación de cada régimen. Así, a nivel global, los costos se expandirán al total de los asegurados, independiente que la EPS a la cual se encuentre afiliado el asegurado, pertenezca al grupo seleccionado para el estudio de sus costos.

Los ingresos incluyen conceptos adicionales cuyo valor se involucran dentro de la financiación de la prestación del servicio. Para el Régimen Contributivo son: copagos, cuotas moderadoras, ingresos por recobros a ARL, ingresos por cuotas de inscripción y afiliación, ingresos por recobros a empleadores, ingresos cuenta de alto costo, ingresos por Acuerdo 026 de 2011 e ingresos por promoción y prevención (hoy demanda inducida) establecidos en el acto administrativo correspondiente. Para el Régimen Subsidiado: copagos e ingresos cuenta de alto costo. Estos ingresos se ajustan a sus valores esperados en el periodo de aplicación de tal manera que todo el incremento en primas sea atribuible a la UPC.

Desde la perspectiva actuarial, la prima se calcula considerando **la siniestralidad** (frecuencia absoluta), entendida como el conjunto de eventos presentados y que son objeto de cobertura por un seguro y **la severidad**, entendida como el costo medio por siniestro. Estos dos elementos componen el costo agregado de las reclamaciones, el cual depende del número de afiliados expuestos que se siniestran ($N(t)$) y el costo de los siniestros (X_i). En consecuencia, el dicho costo está dado por $S(t)$:

$$S(t) = \sum_{i=1}^{N(t)} X_i$$

El valor esperado del monto total de los siniestros o reclamaciones define el valor futuro de los siniestros en el año t . La prima se puede notar entonces como:

$$\text{Prima} = E(S(t)) = E \dots$$



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

de lo anterior. Este método ayuda a que los errores de las provisiones sean prevenibles y a determinar el impacto de las reservas del IBNR en el cálculo de la UPC de salud.

Dada la disponibilidad de información de la base de suficiencia de cada año, se calcula el triángulo de las reservas mediante la estimación de un modelo de datos panel con la serie mensual por EPS y posteriormente, se utiliza la técnica mencionada para estimar el valor y la proporción del IBNR de los gastos en salud.

Método Chain Ladder - Triángulo de siniestros

Es una distribución bidimensional de la información histórica de la siniestralidad. Normalmente, las dos dimensiones son el mes de ocurrencia (eje vertical) y el mes de pago (eje horizontal). A medida que los siniestros son más recientes, se reduce la información y por ello, la matriz resultante adquiere una forma triangular o de escalera. Mediante los triángulos de siniestros se analiza el desarrollo de la siniestralidad a lo largo del tiempo, sirviendo de base para determinados métodos de cálculo de la provisión técnica de prestaciones (Villanueva, 2015). A continuación, se presenta el triángulo de Reservas para el cálculo del IBNR.

Triángulo de reservas para el cálculo del IBNR

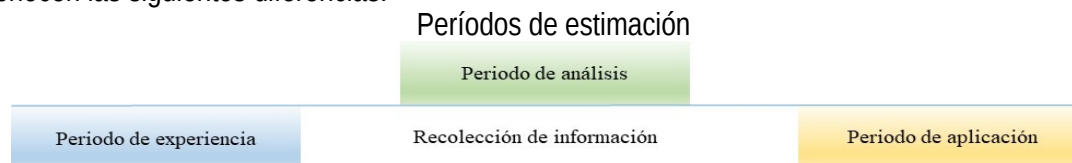
		Periodo de desarrollo						
		1	2	...	n-i+1	...	n-1	n
Periodo de Ocurrencia	1	$R_{1,1}$	$R_{1,2}$	...	$R_{1,n-i+1}$	...	$R_{1,n-1}$	$R_{1,n}$
	2	$R_{2,1}$	$R_{2,2}$	...	$R_{2,n-i+1}$	...	$R_{2,n-1}$	
		
	i	$R_{i,1}$	$R_{i,2}$	...	$R_{i,n-i+1}$			
				
	n-1	$R_{n-1,1}$	$R_{n-1,2}$					
	N	$R_{n,1}$						

Fuente. (Villanueva, 2015, pág. 26)

Donde $R_{i,j}$ es igual al monto total de los siniestros que se habían desarrollado al final del período j y ocurrido en el período i .

Ajuste por trending

Cualquier análisis de tarifa considera la relación entre los momentos de experiencia, aplicación y recolección de información para poder llevar a cabo procesos de estimación más precisos. Para tal efecto se reconocen las siguientes diferencias:



Fuente: Elaboraciones propias de los autores. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

- *Período de experiencia:* Es el horizonte de tiempo en el cual tuvieron lugar las atenciones en salud que servirán como experiencia para la estimación de la(s) prima(s) pura(s) de riesgo. El período de experiencia y de aplicación o pronóstico son diferentes por lo cual se requiere el ajuste de las estimaciones mediante un proceso llamado Trending.
- *Período de recolección de la información (período de análisis):* Corresponde al espacio de tiempo durante el cual se recolecta la información, lo cual explica la variación de los resultados como producto por ejemplo del IBNR, cuyo efecto disminuye conforme el tiempo avanza.
- *Período de aplicación o de pronóstico:* Es el período en el cual se darán las atenciones en salud a cargo de la UPC.

Ajuste por trending inflacionario

Para llevar a cabo el proceso de trending se considera un ajuste por efecto inflacionario, que llevará el costo de la atención a los precios esperados el período de aplicación. Tomando los datos mensualizados, se actualiza cada registro a precios de diciembre del año de análisis. Hecho esto, las atenciones del mes de enero del periodo de experiencia se proyectan a enero de periodo de aplicación, empleando la inflación esperada según las proyecciones económicas realizadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Este mismo proceso se realiza con cada uno de los meses del periodo de aplicación.

El factor por tendencia inflacionaria τ_{π} será la razón entre los costos actualizados al periodo de análisis y la serie observada en el periodo de aplicación. El procedimiento se lleva a cabo de la siguiente manera:

- Se actualizan todos los costos al tiempo τ (diciembre del periodo de análisis²⁸) mediante el uso del IPC $S(\tau; t_i) = S(t) \prod (1 + \pi_i)$, en donde $S(\tau; t_i)$ se refiere al costo actualizado, π_i a la inflación mensual del acuerdo con el IPC y $S(t)$ al costo observado en el mes t .
- Para el uso al período de aplicación ($T_0; T_1$) se emplea la inflación esperada; la actualización al período de aplicación se realiza incrementando los costos por la inflación esperada hasta el mes de aplicación del costo, según la siguiente expresión:

$$\tilde{S}(\tau; t_i) = S(t) \left[\prod_{i=1}^{\tau-t_i} (1 + \pi_i) \right] (1 + \pi_e(\tau))^{\frac{k}{12}}$$

En donde,

$S(t)$ es el costo observado en el mes t

τ se refiere al último período de experiencia en Inflación

$\tilde{S}(\tau; t_i)$ es el costo actualizado

π_i es la inflación mensual

$\pi_e(\tau)$ es la expectativa de inflación mensual al momento τ

k son los meses que hay hasta el mes de aplicación desde el período τ

- Finalmente, el factor de tendencia ponderado a aplicar será el incremento promedio de los meses

²⁸ Se proyecta a diciembre del periodo de análisis teniendo en cuenta la tendencia de los últimos períodos del Índice de Precios al consumidor (IPC)



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

de experiencia.

$$\tau_{\pi} = \frac{\sum_{t=1}^{12} \tilde{S}(\tau; t)}{\sum_{t=1}^{12} S(t)} - 1$$

Ajuste por trending por frecuencias

Las frecuencias son valores enteros no negativos, razón por la cual se debe utilizar la metodología de datos de conteo de series de tiempo para pronosticar la frecuencia de uso de los servicios de salud, tomando aquellas prestaciones que han sido homogéneas en el tiempo, con una periodicidad mensual en cada EPS del Régimen Contributivo.

El análisis se realiza teniendo en cuenta tres grandes agrupaciones, así:

- Consultas: Las consultas médicas son la principal expresión del contacto entre el sistema de salud y los usuarios a través de los profesionales de la salud en cada una de las fases de la atención en salud.
- Laboratorios: Procedimientos de análisis de especímenes biológicos de origen humano, como apoyo a las actividades de diagnóstico, prevención, tratamiento, seguimiento, control y vigilancia de las enfermedades, de acuerdo con los principios básicos de cantidad, calidad, oportunidad y sostenibilidad (Decreto 1917 de 1994)
- Imagenología: Los exámenes por imágenes constituyen parte importante para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las patologías, son poco invasivos y altamente eficaces.

Corrección por faltantes de exposición

Los procesos de compensación no son inmediatos y suelen evidenciar rezagos de procesos pasados. Dadas estas características, la medida de expuestos, la cual toma como referencia las compensaciones a una fecha de corte, se encuentra subvaloradas por cuanto compensaciones de asegurados con derecho en el período de exposición, se llevarán a cabo con posterioridad a la fecha de corte del análisis.

Consecuencia de lo anterior, el número de expuestos en cada cálculo debe ser ajustado apropiadamente para recoger el faltante de compensación. La metodología para cuantificar el ajuste que es necesario por concepto de estos expuestos faltantes emplea la técnica de triángulos de desarrollo de Chain Ladder para su estimación, describiéndose en un triángulo, el mes de derecho de compensación versus los meses siguientes en los cuales se llevó a cabo la compensación de manera efectiva a la EPS. De esta manera, se puede ver cómo fueron desarrollados los procesos de compensación en el tiempo y estimar en consecuencia, el monto faltante por compensar.

Ajuste de riesgo y estimación de los ponderadores de la UPC

La evaluación de la ecuación básica del seguro permite estimar a nivel global los requerimientos de prima para financiar la prestación de los servicios de salud, no obstante, es necesario ajustar las primas para que sean suficientes en cada grupo de riesgo. Para la estimación de los costos de cada uno de los grupos, se estima el costo promedio de cada variable con base en la experiencia individual resultante y los expuestos esperados, tal y como se presentan en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de las relatividades dadas por sexo y zona



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 202430000398511

Fecha: 27-02-2024

GÉNERO	EXPUESTOS	INCURRIDO	COSTO PROMEDIO	RELATIVIDADES
Hombre	650	268.000.000	412.308	1
Mujer	800	408.750.000	510.938	1,239
TOTAL	1450	676.750.000	466.724	

ZONA	EXPUESTOS	INCURRIDO	COSTO PROMEDIO	RELATIVIDADES
Zona I	900	405.000.000	450.000	1
Zona II	550	271.750.000	494.091	1,098
TOTAL	1450	676.750.000	466.724	

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de Prestación de Servicios año 2018. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

A su vez, las relatividades por variable se combinan para producir las relatividades observadas.

Ejemplo de las relatividades combinadas

Relatividades	Hombre	Mujer
Zona I	1,000 = 1,000 x 1,000	1,239 = 1,000 x 1,239
Zona II	1,098 = 1,098 x 1,000	1,361 = 1,098 x 1,239

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de Prestación de Servicios año 2018. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

Una vez se cuenta con todas las relatividades y sobre la categoría cuya relatividad es uno, se estima su prima base como:

$$\pi_{base} = \frac{\text{Total Incurrido}}{\sum_{i=1}^k f_i \text{Exp}_i}$$

En donde f_i se refiere a las relatividades del costo del grupo en relación con el grupo base y los expuestos del grupo. Obtenidas estas relatividades, se calculan las demás primas como el producto de la prima base (la que tiene factor 1) frente a las demás.

Cálculo de primas

ESTIMACIÓN PRIMA PURA	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Zona I	397.279	492.314	444.796
Zona II	436.204	540.550	502.606
TOTAL	409.256	513.417	466.724

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de Prestación de Servicios año 2018. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

Este método presenta inconvenientes relacionados con la probabilidad de doble ajuste, en situaciones en donde las variables presentan algún grado de correlación y con la dificultad de implementación, cuando se tienen muchas variables y/o categorías. Por ello, se utilizan metodologías multivariadas que permitan estimar de manera más precisa los efectos de cada uno de los factores empleados para el cálculo, mediante una regresión lineal, de la siguiente forma:



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

$$\ln(\mu_i) = \beta_0 + \sum_{h=1}^H \beta_h D_i + \varepsilon_i$$

En donde,

U_i = es el costo promedio del grupo de riesgo i

D_i = son variables dicotómicas, conocidas como dummy, que indican la presencia de algún atributo particular de tarificación

ε_i = es una variable aleatoria con distribución normal y media cero

De otra parte, se estima la corrección del riesgo financiero derivado de una mayor concentración de afiliados pertenecientes a grupos etarios mayores a 50 años que tiene el Régimen Contributivo para mantener una distribución equitativa de riesgos (Acuerdo 26 de 2011 de la CRES).

Método de cálculo de la UPC

Dada la composición que presenta la prima en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se decide utilizar el método de Loss Ratio o razón de pérdida.

La ecuación básica del seguro es planteada de la siguiente manera:

$$P_I = L + E_L + (E_F + V \times P_I) + (Q_T \times P_I)$$

Donde,

P_I = Prima indicada

L = Siniestros

E_L = Gastos por ajustes de siniestros

E_F = Gastos fijos

V = Gastos variables como porcentajes de las primas

Q_T = Nivel de utilidad en porcentaje de las primas

Se despeja la prima de esta expresión, para obtener la prima suficiente, así:

$$P_I = \frac{L + E_L + E_F}{1 - V - Q_t}$$

Ahora bien, teniendo en cuenta que la Ley 1438 de 2011 ha establecido como topes máximos del total de la prima para gastos administrativos (incluida utilidad), que corresponden al 10% para el Régimen Contributivo y el 8% para el Régimen Subsidiado, se definen los siguientes valores en los parámetros de la ecuación básica del seguro:

$$E_L = 0$$

$$E_F = 0$$

$$V + Q_t = 0.1$$

Régimen Contributivo



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

Régimen Subsidiado

$$E_L=0$$

$$E_F=0$$

$$V+Q_t=0.08$$

La prima pura a aplicar, para cada persona afiliada en el periodo de aplicación será la razón entre los costos observados ajustados por IBNR y tendencias, y los expuestos de la selección.

$$\hat{\mu}_j = \left(\frac{\sum_{i=1}^{n_j} X_i}{Exp_j(t)(1+\xi)} \right) (1+IBNR)(1+\tau)(1+f)$$

$\hat{\mu}_j$ = Prima pura de riesgo j

X_i = Costo de la atención en individuos del grupo de riesgo j

$IBNR$ = Ajuste por siniestros incurridos, pero no reportados y/o no correctamente reservados

τ = Trending por inflación

f = Trending por frecuencia

ξ = Factor de ajuste por compensaciones faltantes.

De acuerdo con las definiciones dadas, la indicación de incremento se estima como:

$$Ind = \frac{L}{P_C(1-V-Q)} - 1$$

Dicha indicación, aplicada sobre el monto de las primas observadas, dará el incremento que se debe generar para financiar las tecnologías en salud y servicios que hacen parte del mecanismo de protección colectiva. Entonces, el incremento se estima como:

$$\frac{P_C Ind}{ingresos UPC} - 1 = Ind_{UPC}$$

Una vez calculada la Unidad de Pago por Capitación y dada la diversidad del país en cuanto a la prestación de los servicios de salud y a la adecuada gestión de riesgo que deben realizar los actores del sistema, la UPC reconoce 4 zonas geográficas así:

- **Zona Alejada:** Corresponde al archipiélago de san Andrés y providencia que por sus condiciones de acceso al continente y la oferta que presenta en la isla se le reconoce el 37,9% adicional sobre la prima base



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

- **Zona Especial:** Que por sus condiciones de acceso y la dispersión que presenta en los territorios donde más del 60% de la población se considera en ruralidad, y el costo de la prestación de los servicios se incrementa, se reconoce el 11,47% para el régimen subsidiado y el 9,86% para el régimen contributivo con el fin de garantizar la prestación de los servicios.
- **Zona Ciudades:** Que dada la cercanía con municipios y la concentración de oferta que ocasiona atenciones de vecinos cercanos que afectan el desarrollo se reconoce el 15% para el régimen subsidiado y el 10% para el régimen contributivo.
- **Zona Normal:** Son municipios que no presentan características diferentes que conlleven a un reconocimiento mayor de recursos

Por la metodología expuesta la cual se ha mantenido en los últimos años, se garantiza la financiación de las tecnologías y servicios de salud financiados con la UPC.

Ahora bien, el Ministerio de Salud y Protección Social ha venido estudiando nuevos ajustadores de riesgo que permitan confluir en una mejor calidad de vida de los afiliados, para ello ha propuesto una ruta de análisis que comprende tres grandes bloques.

1. **Atención Primaria en Salud.** De acuerdo con lo definido en la Ley 1438 de 2011 y en aras de fortalecer el componente de acciones de promoción y prevención, se viene adelantando análisis que permitan complementar las acciones realizadas en las diferentes etapas de curso de vida establecidos en la Resolución 3280 de 2016.
2. **Modificación de las zonas de reconocimiento de UPC.** Actualmente como se presentó anteriormente se reconoce 4 zonas, para el reconocimiento de la UPC, se están realizando estudios a partir de indicadores socio económicos para la determinación de una nueva propuesta de zonificación y reconocimiento de UPC.
3. **Ajustador por condiciones de salud.** Reconocer un ponderador adicional con el fin de lograr una gestión de riesgo adecuada de los pacientes que son diagnosticados teniendo un seguimiento adecuado a los mismos.

Pregunta 78. Sírvase informar, ¿Cuál estima es la responsabilidad del Gobierno Nacional en la actual crisis financiera del Sistema de Salud Colombiana? Referencie en su respuesta la crisis financiera, la demora en el giro de recursos, la insuficiencia de los giros efectuados, entre otros. Aporte todo el sustento técnico que considere necesario.

Respuesta. Las razones que argumentan algunas Entidades Promotoras de Salud respecto de los problemas financieros que afrontan, son aquellas relacionadas con la insuficiencia de la UPC y el aumento de la siniestralidad por carga de enfermedad o desviación de su perfil epidemiológico por esta causa. No obstante, es pertinente mencionar que en las comunicaciones que han remitido a este Ministerio no se presentan estudios técnicos que permitan sustentar dichas afirmaciones.

En este sentido, es pertinente mencionar que, en lo que corresponde a UPC, no se evidencia déficit alguno puesto que el cálculo de la vigencia 2023 fue realizado durante 2022 con la información que sirve



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

al *Estudio de Suficiencia* realizado por la Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, la cual se nutre del reporte del gasto en salud que hacen las EPS dentro de los términos y condiciones establecidos por este Ministerio en la Resolución 2809 de 2022 “*Por la cual se fija el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que financiará los servicios y tecnologías de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2023 y se dictan otras disposiciones*”.

Es preciso indicar que, la fijación de la UPC se determina, con base en las recomendaciones de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, que atiende todo lo determinado en el artículo 182 de la Ley 100 de 1993, esto es, en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería. Asimismo, lo ordenado en el párrafo tercero del artículo 7 de la Ley 1122 de 2007 “Las decisiones de la Comisión de Regulación en Salud referidas al régimen contributivo deberán consultar el equilibrio financiero del sistema, de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo, y las referidas al régimen subsidiado, en cualquier caso, serán compatibles con el Marco Fiscal de Mediano Plazo”.

Es importante tener en cuenta, adicionalmente, que las EPS reciben recursos del Estado para la garantía de la prestación de los servicios, atenciones y tecnologías en salud que los afiliados requieran frente a su derecho fundamental a la salud y no estén cubiertos con cargo a la UPC, conforme lo indicado por el médico tratante, en ejercicio de su autonomía médica. Este respaldo se verifica en los reconocimientos por Presupuestos Máximos, Recobros y Cuenta de Alto Costo.

Si bien, no se ha configurado o demostrado la insuficiencia de la Unidad de Pago por Capitación, este Ministerio se encuentra adelantando mesas de trabajo con las Entidades Promotoras de Salud, en virtud de los compromisos que se adquirieron el 28 de agosto del 2023, en las instalaciones de la Defensoría del Pueblo.

En este sentido, este Ministerio se ha comprometido a: **i)** analizar los recursos reconocidos por concepto de canastas de servicios y tecnologías para COVID-19 a las EPS, con el fin de determinar la suficiencia de la asignación; **ii)** analizar los estados financieros de las EPS, con el objetivo de afirmar o desmentir la hipótesis de siniestralidad contable que las tres EPS arguyen; **iii)** realizar el estudio de las frecuencias con las que se ajusta la frecuencia para la UPC de todo el sistema; **iv)** adelantar el estudio detallado del efecto de las inclusiones del año 2022 al PBS y la suficiencia de la UPC; **v)** adelantar el estudio del efecto de los traslados forzosos y voluntarios en cuanto a la hipótesis de afiliados con una mayor carga de enfermedad en estas tres EPS; **vi)** realizar el estudio del comportamiento de la inflación del sector salud; **vii)** avanzar en la inclusión de riesgos por condición de enfermedad en el cálculo que la UPC que reemplace la cuenta de alto costo; y **viii)** realizar una mesa exclusiva para abordar el mecanismo de presupuestos máximos de cara a las enfermedades raras.

Ahora bien, respecto a los presupuestos máximos es preciso indicar que, el artículo 240 de la Ley 1955 del 2019 dispuso que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC serán gestionados por las EPS, quienes los financiarán con cargo al techo o presupuesto máximo que les transfiera para tal efecto la ADRES. Asimismo, precisó que, **las EPS considerarán la regulación de precios, aplicarán los valores máximos por tecnología o servicio que defina este Ministerio, remitirán la**



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **202430000398511**

Fecha: **27-02-2024**

información que este último requiera, precisando que en ningún caso el cumplimiento del presupuesto máximo por parte de las EPS, deberá afectar la prestación del servicio.

Mediante la Resolución 205 de 17 de febrero de 2020 este Ministerio reguló el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC y no excluidos de la financiación con recursos del SGSSS, y adoptó la metodología para definir el presupuesto máximo. Posteriormente, a través de la Resolución 586 de 2021, sustituyó lo dispuesto en la Resolución 205 de 2020, salvo la metodología adoptada en la misma, estableciendo las disposiciones generales en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC y no excluidos de la financiación con recursos del SGSSS, de los afiliados a los regímenes Contributivo y Subsidiado. Por último, mediante la Resolución 1139 de 2022 sustituyó lo dispuesto en la Resolución 586 de 2021, donde se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con recursos de la UPC y no excluidos de la financiación con recursos del SGSSS, del cual se destaca:

“(…) 4.1.6. Realizar el cierre del ciclo de garantía de suministro de MIPRES con celeridad, oportunidad y calidad del registro. Para el cálculo anual del reconocimiento del presupuesto máximo el cierre del reporte de información de la vigencia fiscal anterior se debe realizar a más tardar el 31 de marzo de la vigencia en la cual se está realizando el cálculo, con el fin de que el reconocimiento contenga todas las prestaciones realizadas durante la vigencia fiscal anterior, independiente del proceso administrativo en que se encuentre la EPS o la entidad adaptada, esto es, intervenida en vigilancia especial, para administrar o liquidar.”

De lo anterior, se concluye que la información para el cálculo del presupuesto máximo corresponde a la reportada en la herramienta MIPRES, a más tardar el 31 de marzo de la vigencia de cálculo que contiene las prestaciones realizadas en la vigencia anterior.

Ahora bien, es importante precisar que la determinación del presupuesto máximo para cada vigencia ha tenido en cuenta la disponibilidad de la información, aspectos técnicos, actualización del plan de tecnologías en salud y servicios financiados con cargo a la UPC, entre otros.

En estos términos se atiende a su petición.

Cordial saludo,

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA
Viceministro de Protección Social

JAIME HERNÁN URREGO RODRÍGUEZ
Viceministro de Salud Pública

Anexo: lo enunciado

Elaboró: Dirección de Financiamiento Sectorial /Oficina de Calidad / Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación / Oficina de Gestión Territorial, Emergencias y Desastres / Dirección de Talento Humano en Salud /Dirección de Aseguramiento en Salud/ Dirección de Costos y Tarifas del Aseguramiento / Dirección Promoción y Prevención /Dirección de Epidemiología y Demografía / Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria

Revisó: Angie R/ Asesora Despacho Ministro de Salud y Protección Social

Para verificar la autenticidad del documento escaneé el QR o ingrese al link: <https://orfeo.minsalud.gov.co/orfeo/consultaWebMinSalud/> y digite el número del radicado y el Código de verificación: A6B6B.