



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

Actualizado abril 2024

PRESENTACIÓN

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

El proyecto de ley estatutaria fue respaldado ampliamente por la sociedad civil, aprobado por el Congreso de la República, la Ley revisada por la Corte Constitucional para efectos de su exequibilidad en virtud de la Sentencia C-313 de 2014 (MP: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo), y sancionada por el Presidente de la República el 15 de febrero de 2015, constituyéndose en la Ley 1751 de ese año, la primera de su género en el mundo y uno de los adelantos más significativos que registra la historia de la Salud en Colombia.

No obstante, a más de nueve años de su aprobación, no se han realizado los cambios necesarios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para que el goce efectivo de este derecho fundamental se haga realidad.

*La Academia Nacional de Medicina, las organizaciones médicas y de profesiones de la salud, presentaron el 3 de diciembre de 2021 a consideración del Gobierno Nacional, de las campañas de quienes en ese momento aspiraban a la Presidencia de la República, del Congreso de la República y de la opinión pública general, los **14 ACUERDOS FUNDAMENTALES** que contienen lo que se considera esencial para el pleno desarrollo de la Ley Estatutaria en Salud y del Sistema de Salud en ella establecido. En esta norma estatutaria están plasmadas las bases de la Reforma a la Salud que Colombia necesita.*

*El grupo constituido por las 17 organizaciones médicas y de profesiones de la salud abajo firmantes, con espíritu independiente, académico, técnico y científico, considera que la alternativa para lograr el mejor Sistema de Salud posible dentro del marco de nuestras posibilidades de desarrollo económico, político y social está en el pleno desarrollo de la Ley Estatutaria en Salud y, para ello, reiteramos los **14 ACUERDOS FUNDAMENTALES**.*



Academia Nacional de Medicina.

*Presidente: Gabriel Carrasquilla Gutiérrez, en representación del
Grupo de Acuerdos Fundamentales.*

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

ACUERDO 1. OBJETIVO. Desarrollar plenamente lo establecido en la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 (en adelante LES), por considerarla como la verdadera Reforma a la Salud¹, conforme a lo dispuesto en el artículo 12 de la LES, que otorga el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan.

ACUERDO 2. DESARROLLAR EL SISTEMA DE SALUD establecido en el Artículo 4° de la LES, el cual incluye todo lo que el Estado disponga para la garantía del derecho humano fundamental a la salud². Es decir, el ámbito de aplicación del Sistema de Salud incluye a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta, en la garantía del derecho fundamental a la salud, tales como:

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

ACUERDO 3. ALCANCE DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. Como lo dispone el artículo 2 de la LES, este derecho es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo³.

Con base en el párrafo del artículo 334 de la Constitución Política, la citada Sentencia C-313 de 2014, estableció que el Estado debe proveer los recursos necesarios que le permita a la población tener un goce efectivo del derecho a la salud y que, por lo tanto, todas las autoridades deben propender por ello y, aclara que ninguna autoridad puede restringir los derechos fundamentales bajo la excusa de la sostenibilidad fiscal.

A su vez, el artículo 49 de la Carta ordena que “*no se podrán utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella*”, lo cual ha sido reiterado en diversas ocasiones por la Corte Constitucional, lo que es aplicable a la UPC destinada específicamente a la atención integral en salud, como lo define el artículo 15 de la LES.

¹ Como se verá, en algunos aspectos se requiere ley, en otros reglamentación y en los restantes se pueden desarrollar con las normas legales vigentes.

² Para la reglamentación del Sistema de Salud definido en el artículo 4 de la LES, se requiere desarrollo legislativo.

³ El artículo 3, se desprende directamente de la C. P. y de la LES.

ACUERDO 4. RECTORÍA DEL SISTEMA DE SALUD. CONSEJO NACIONAL DE SALUD.

Se propone como un organismo adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con representación institucional del orden nacional de todos los actores de la salud y entidades gubernamentales con las competencias necesarias para adoptar las políticas públicas dirigidas a desarrollar los principios y directrices trazados por la LES⁴.

Composición. Se propone que esté conformado de forma tripartita:

1. El Gobierno Nacional (MSPS, quien la presidirá, Ministerio de Hacienda y Crédito Público -MHCP, Ministerio de Educación -MEN, Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible, Departamento Nacional de Planeación -DNP, y representación de Gobernaciones y Alcaldías).
2. Representantes de las EPS o las entidades que hagan sus veces, públicas, privadas o mixtas, y de los prestadores de servicios de salud públicos y privados (IPS).
3. Representación amplia de la sociedad civil: Academia Nacional de Medicina, gremios médicos y de profesionales de la salud, sociedades científicas, trabajadores del sector, pensionados, asociaciones de usuarios, sector productivo y demás participantes que se consideren.

El Consejo Nacional de Salud tendrá una secretaría técnica que dispondrá de toda la infraestructura y recursos financieros necesarios para su operación y para presentar a consideración del Consejo los estudios técnicos que se requieran para la toma de decisiones.

El Gobierno reglamentará los mecanismos de selección de los representantes no gubernamentales entre sus organizaciones mayoritarias, para un periodo de dos (2) años, reelegibles por una vez.

Serán asesores permanentes del Consejo un representante de la ADRES (o la entidad que haga sus veces), la Superintendencia Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Salud, con voz pero sin voto. Podrán ser invitados los ministros, las entidades públicas o privadas o las personas que el MSPS determine en cada una de las sesiones ordinarias o extraordinarias.

Las sesiones ordinarias serán mínimo cada dos meses y extraordinarias cuando las cite el MSPS.

Consejos Territoriales de Salud. Tendrán, en lo posible, análoga composición y funciones del Consejo Nacional, con la participación de las entidades o asociaciones del orden departamental, distrital o municipal. Las decisiones de estos Consejos Territoriales tendrán alcance obligatorio en el territorio, en el marco del Sistema de Salud y de lo dispuesto por el Consejo Nacional. En los consejos territoriales tendrán representación las RIISS.

⁴ El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud -CNSSS fue creado por la Ley 100 de 1993. Este Consejo fue eliminado en 2007 por la Ley 1122 que, en su reemplazo constituyó la Comisión de Regulación en Salud -CRES, la cual fue liquidada por el gobierno colombiano en el 2012, mediante el Decreto 2560. Por tanto, la creación del Consejo Nacional de Salud como la asignación de sus funciones requieren ley de la República.

Funciones. Se incluirán entre otras, las siguientes:

- Establecer el valor de la UPC con base en un estudio técnico independiente que defina la metodología de cálculo que incluya el costo administrativo y todas las variables que la afectan, incluidas o no en la metodología actual, de manera que se garantice que la UPC cubre la totalidad del costo del Plan de Beneficios en Salud (PBS), según lo establece el artículo 15 de la LES. Aplicando la nueva metodología, ordenará cada año el valor de la UPC y del costo de administración para las EPS, o las entidades que hagan sus veces.
- El Consejo Nacional de Salud propondrá un mecanismo para el pago de las nuevas tecnologías que se incorporen en el PBS, mientras se incluyen en la UPC del año siguiente, según el procedimiento establecido y el concepto del Instituto de Evaluación Técnica en Salud -IETS.
- Promover políticas públicas orientadas al mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida, encaminadas a favorecer la presencia de la salud en todas las políticas de manera que consideren las implicaciones sanitarias de las decisiones en todos los sectores, buscando sinergias económicas y programáticas, evitando los efectos nocivos para la salud de las políticas fuera del sector.
- Adoptar una metodología de seguimiento y evaluación de las metas del Plan Decenal de Salud Pública y las modificaciones pertinentes relacionadas.
- De acuerdo con el artículo 7 de la Ley 1751 de 2015, aprobar los informes anuales del MSPS sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud y hacer recomendaciones vinculantes en el diseño de políticas públicas. En caso de no aprobar el informe, deberá informar a las autoridades competentes.
- De acuerdo con lo previsto en el artículo 19 de la Ley 1751 de 2015, aprobar informe anual del MSPS sobre el avance de la política del sistema único de información en salud y hacer las recomendaciones correspondientes. En caso de no aprobar el informe, deberá informar a las autoridades competentes.
- Aprobar informe anual de la ADRES o la entidad que haga sus veces y hacer recomendaciones. En caso de no aprobar el informe, deberá informar a las autoridades competentes.
- Reglamentar los Consejos Territoriales de Salud y apoyarlos en su gestión.
- Estudiar los informes anuales de los Consejos Territoriales e impartir instrucciones al respecto.

ACUERDO 5. PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD. El Sistema de Salud garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, por tanto, el Plan de Beneficios en Salud -PBS, tendrá cobertura de prestaciones implícitas con exclusiones explícitas. Todo está incluido en el PBS, con excepción de lo expresamente excluido, previo el procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente ordenado en el artículo 15 de la LES.

ACUERDO 6. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS). Las características y los objetivos de la APS se plantearon hace más de cuatro décadas durante la Conferencia de Alma Ata en 1978⁵, ratificada y enriquecida con nuevas declaraciones como las de la Carta de Ottawa para la promoción de la salud en 1986⁶, la APS Renovada en 2007⁷ y Astaná en octubre de 2018⁸.

La APS busca intervenir los determinantes sociales de acuerdo con en el artículo 9 de la LES. La APS es la estrategia indicada para desarrollar el Sistema de Salud establecido en el artículo 4 de la misma Ley, incluye:

- **La participación social y comunitaria** (artículo 12 de la LES).
- **Trabajo coordinado de manera intersectorial.** La acción intersectorial trasciende el sector salud y requiere el compromiso del nivel ejecutivo de la Nación y de los entes territoriales, con apropiación de recursos e incluir salud en todas las políticas para lograr el impacto en los determinantes sociales.
- **La prestación de los servicios de salud** sobre una concepción integral que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas (artículo 15 de la LES).

La APS, junto con los equipos básicos de salud, fue adoptada como estrategia en la Ley 1438 de 2011, en los artículos 12 al 16, constituida por tres componentes integrados e interdependientes: Los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial y la participación social, comunitaria y ciudadana; por tanto no se requiere una ley adicional.

Sin embargo la APS para intervenir los determinantes sociales de la salud, por tratarse de una acción intersectorial, requiere recursos adicionales de fuentes de otros sectores, diferentes a los destinados a la atención en salud.

ACUERDO 7. MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD - REDES INTEGRALES E INTEGRADAS DE SALUD -RIISS. El Artículo 13 de la LES establece que el Sistema de Salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, definidas en el artículo 60 de la Ley 1438 de 2011, como *“el conjunto de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud individuales y/o colectivos, más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida, dispuesta conforme a la demanda”*.

Estas redes serán integrales en la medida en que tengan la capacidad resolutive frente a todas las necesidades de atención de la población puesta bajo su cuidado; por tanto

⁵ WHO. Declaration of Alma-Ata, 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

⁶ Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Hacia un nuevo concepto de salud pública. Ottawa (Ontario), Canadá. 12 de noviembre de 1986.

⁷ Consultar en: <https://scielosp.org/article/rpsp/2007.v21n2-3/73-84/>

⁸ Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre de 2018. Consultar en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

deberán cubrir todos los niveles de atención que se articulan para garantizar el cuidado de las personas y las comunidades residentes en un territorio o región.

Las redes serán integradas, en la medida en que correspondan a una unidad funcional con autonomía administrativa y financiera, y con capacidad para contratar, mediante la organización de instituciones y de servicios de salud individuales y colectivos, de carácter público, privado o mixto y profesionales independientes. La mediana y la alta complejidad podrá pertenecer a una o varias redes. En consecuencia, el paciente podrá transitar sin ningún trámite adicional al interior de la red.

- El MSPS establecerá los estándares, criterios y mecanismos para la conformación de las RIISS en los territorios sanitarios y será el encargado de su habilitación bajo el marco del sistema integral de la calidad.
- Las habilitaciones individuales de cada IPS pública, privada o mixta corresponden a cada dirección territorial de salud (DTS) de acuerdo con las normas legales vigentes y las DTS harán la inspección, vigilancia y control de las RIISS, en el marco de sus competencias.
- La auditoría de las cuentas de prestación de servicios de salud corresponderá a las EPS o las entidades que hagan sus veces.

Equipos básicos en salud. Como lo establece el artículo 15 de la Ley 1438 de 2011, las entidades territoriales conforme a la reglamentación que determine el MSPS, conformarán los equipos básicos de salud, como un concepto funcional y organizativo que permita facilitar el acceso a los servicios de salud. Su función extramural será la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad mediante la identificación del riesgo en salud, individual, familiar y comunitario; iniciar el proceso de atención en salud y canalizar las personas hacia el nivel de atención que corresponda; inducir la demanda en los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y facilitar la prestación de los servicios de salud por el personal del primer nivel de atención.

La financiación de los equipos básicos de salud se hará con recursos de oferta, en los que concurrirán la Nación y las entidades territoriales, según lo determinen el MSPS y el MHCP.

Sistema Único de Información en Salud. Adicional a lo aprobado por la Ley 2015 de 2020, por la cual se crea la historia clínica electrónica interoperable, según lo establece el artículo 19 de la LES y con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores, se implementará un sistema de información en salud, robusto, único, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos y administrativos.

- El Sistema de Información será transversal a todo el sistema de salud para garantizar acceso en línea y en tiempo real a servicios informáticos para la realización de transacciones en salud por parte de cada actor del sistema según sus responsabilidades y será requisito para la habilitación de las RIISS.
- Los aspectos técnicos del sistema de información deberán corresponder a unidad, integración, completitud de servicios, eficiencia, alta disponibilidad, capacidad de

almacenamiento, seguridad y analítica de los datos, para lo cual deberá desarrollarse con la mayor tecnología de punta disponible, en coordinación con el MinTIC.

- El MHCP, deberá fijar las fuentes de los nuevos recursos necesarios para el Sistema de Información en Salud.
- Las RIISS dispondrán de sitios de prácticas formativas en salud, de acuerdo con los requisitos establecidos en las normas legales vigentes.

ACUERDO 8. FORTALECIMIENTO GENERAL DE LA RED PÚBLICA DE SERVICIOS.

Para avanzar en la aplicación del derecho a la salud, se requiere de una red pública fortalecida en toda la extensión del territorio nacional, estructurada como columna del modelo de atención, financiada con recursos del orden nacional, distrital, departamental y municipal, recaudados en la ADRES como fondo público único, que garantice la sostenibilidad fiscal para cubrir los presupuestos de fomento, promoción, prevención, atención integral e inversión en infraestructura hospitalaria en los tres niveles de atención, con especial énfasis en el primer nivel, necesarios para el cuidado de toda la población, con criterios de eficiencia y rentabilidad social.

ACUERDO 9. AUTONOMÍA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. De acuerdo con el artículo 17 de la LES, el Sistema de Salud garantizará la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. En ejercicio de dicha autonomía, no se requerirán autorizaciones administrativas dentro de las redes integrales de servicios de salud, la orden médica se constituye en el único requisito necesario para la prestación del servicio.

Para el efecto, la ley ordenará constituir **Comités de autorregulación profesional** en las IPS públicas, privadas o mixtas o en las RIISS, cuya función será velar por la aplicación de los criterios de autorregulación, racionalidad y evidencia científica, con pleno respeto de la autonomía profesional, del derecho a la objeción de conciencia y observando la participación de pares profesionales.

Las organizaciones médicas y de profesiones de la salud constituirán un comité evaluador de respeto a la autonomía de los profesionales de la salud para denunciar ante la Súpersalud las presuntas violaciones quien dará trámite preferencial y prioritario.

En caso de una presunta falla ética, las autoridades pondrán en conocimiento de los tribunales éticos de cada profesión, junto con el acervo probatorio disponible. Para el efecto, el Gobierno Nacional fortalecerá los tribunales profesionales ético-disciplinarios, como se propone en el PL propuesto por la ANM para actualizar la ley 23 de 1981.

En caso de discrepancia entre profesionales, se dará aplicación a lo establecido en el artículo 16 de la LES, sobre el procedimiento de resolución de conflictos por parte de los profesionales de la salud, los cuáles serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de las RIISS, utilizando criterios de razonabilidad científica, de acuerdo con el procedimiento que determine la ley.

ACUERDO 10. CONDICIONES LABORALES EN EL SECTOR. En cumplimiento de los artículos 25 y 53 de la Constitución Política y el artículo 18 de la LES, en el Sistema de

Salud, habrá condiciones laborales del personal sanitario que garanticen estabilidad, seguridad y continuidad laboral, así como actualización integral continua.

Para cumplir con este objetivo en el sector de la salud, se propone crear legalmente un **Régimen Laboral Especial**, que sea concertado con representantes del sector. Este régimen, entre otros aspectos, incluirá:

- **Carrera Administrativa especial del sector.** A la cual se incorporarán por una sola vez, automática y progresivamente los trabajadores misionales hoy vinculados por contrato de prestación de servicios o vinculados mediante tercerización laboral. Se respetarán los derechos adquiridos de quienes actualmente se encuentran vinculados como servidores públicos bajo la normatividad vigente.
- **Régimen salarial especial para el sector salud.** Remuneración mínima vital y móvil, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo, progresiva, con proporcionalidad al nivel de formación, antigüedad, modalidades y períodos de pago, preservando el principio de igualdad: “A igual función, igual remuneración”.
- **Pago Oportuno.** Toda relación laboral, independiente de la forma de vinculación, tendrá derecho a una remuneración oportuna. Se entiende que el pago es oportuno cuando se realiza máximo dentro de los cinco (5) días calendario siguientes al cumplimiento del periodo laboral de treinta días.
- **Garantía de recursos.** Se deberá garantizar las fuentes de financiación para el pago de los trabajadores sanitarios.
- **Jornada ordinaria** y horarios de máximo de 42 horas semanales, reconocimiento de horas extras, nocturnas o por turnos, dominicales y festivos, habitualidad y permanencia de la labor y descansos compensatorios como parte de la jornada laboral. Según lo dispuesto en el Decreto Ley 1042 de 1978 y en el Decreto 400 de 2021.
- **Prima técnica**, gastos de representación, prima de riesgo en circunstancias especiales, prima por ubicación geográfica, quinquenios, vacaciones, licencias, permisos remunerados. Estímulos no salariales para quienes laboren en zonas apartadas en materia de bienestar, vivienda, transporte, seguridad, educación y actualización continua, entre otros.
- **Medicina, higiene, salud y seguridad en el trabajo.** Conforme lo dispuesto en el Decreto Ley 1295 de 1994, en la Ley 1562 de 2012 o las normas que las modifiquen o adicionen y demás normas concordantes.
- **Trabajos ocasionales, teletrabajo o trabajo en casa.** Conforme con lo dispuesto en la Ley 2121 de 2021.
- **Acoso y discriminación laboral**, ratificación del Convenio 190 de la OIT sobre la violencia y el acoso en el trabajo.
- **Políticas públicas contra la violencia de cualquier origen en el Sistema de Salud.**

- **Relación Docencia – Servicio.** Permitir la simultaneidad de estas dos actividades. Los programas de formación de recurso humano deberán corresponder a las necesidades de salud de la población en los territorios.

En cada red de servicios, deberá existir coordinación y planificación de acuerdo con lo previsto en el Decreto 2376 de 2010 y las normas que lo adicionen o modifiquen.

- **Médicos residentes.** En el caso de rotaciones extramurales de médicos residentes definidas en el currículo universitario, las IPS deberán garantizar el traslado, alojamiento y comida durante la rotación, y se les reconocerá el apoyo de sostenimiento educativo creado en la Ley 1917 de 2018 y la supervisión docente correspondiente.
- **En el caso de los médicos,** para todos los efectos, equiparar el pregrado en medicina a Magister, y la especialización médico-quirúrgica con Doctorado (modificar el artículo 247 de la Ley 100/1993).
- **Profesionales especialistas.** Cuando las necesidades del servicio lo exijan y no exista suficiente oferta, las EPS, o las entidades que hagan sus veces, e IPS podrán contratar estos especialistas a través de las distintas modalidades previstas en el ordenamiento jurídico Colombiano para la contratación de servicios profesionales, garantizando condiciones dignas y justas. En estos casos, no se establecerá cláusula de exclusividad.
- **Contrato de Prestación de Servicios.** Progresivamente en un tiempo máximo de cinco (5) años, con metas anuales establecidas, se incorporarán a las plantas de personal los trabajadores vinculados por contrato de prestación de servicios para las actividades misionales de carácter permanente, empezando por los más antiguos, en concordancia con lo dispuesto en la Sentencia C-614 de 2009. El MHCP dispondrá los recursos necesarios y suficientes para el cumplimiento de este objetivo.
- **Límite salarial.** En ningún nivel territorial, la remuneración del jefe de la administración operará como límite máximo para establecer los emolumentos del talento humano en salud.

ACUERDO 11. ASPECTOS FINANCIEROS. Las organizaciones firmantes son conscientes que el desarrollo de la LES requiere de cuantiosos recursos; no obstante, consideran que la inversión pública en salud en el país es una necesidad que subsana un rezago histórico. La vida y la salud de los colombianos son bienes públicos meritorios que deberán prevalecer sobre cualquier interés comercial o de mercado. Se propone:

- 1) Que en el Sistema de Salud no haya intermediación financiera ni integración vertical.
- 2) El fortalecimiento de la ADRES como un **Fondo Público, único, recaudador y pagador** a través de giros directos a los prestadores y proveedores de los servicios, previamente avalados por la correspondiente EPS o las entidades que hagan sus veces, de acuerdo con el artículo 150 de la Ley 2294 de 2023, Plan Nacional de Desarrollo 2022 - 2 026. Igualmente girará cada mes el valor correspondiente que se defina por concepto de gasto administrativo, tanto a las EPS o las entidades que hagan sus veces, como a las ARL.

- 3) **UPC.** Será fijada cada año por el Consejo Nacional de Salud, previo un estudio técnico que aplicará la nueva metodología de cálculo que se defina.
- 4) **El Fondo Público** recaudará todos los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones a la seguridad social en salud, riesgos laborales y accidentes de tránsito en lo relacionado con la atención en salud, con los recursos fiscales del orden nacional y territorial que actualmente recauda, más las nuevas fuentes que se definan.
- 5) **Manual Tarifario Único.** Actualizado cada cinco (5) años, concertado con las sociedades científicas de cada especialidad. El ajuste anual lo hará el MSPS, previo concepto del Consejo Nacional de Salud, con base en el incremento anual del salario mínimo legal vigente (SMLV), el incremento de la UPC y los demás factores determinantes que se consideren.
- 6) Para el saneamiento definitivo de los pasivos de la Nación con el sector salud, se aplicará lo previsto en el artículo 153 de la Ley 2294/2023, PND 2022 - 2026.
- 7) Declarar exentos de IVA los medicamentos, insumos y tecnologías básicas en el Sistema de Salud.
- 8) Las acreencias que las EPS liquidadas han dejado con los hospitales públicos deberán ser pagadas gradualmente, con apropiaciones del Presupuesto General de la Nación acordadas entre el MHCP y el MSPS.
- 9) **Nuevas fuentes de recursos:** Es indispensable que se desarrollen medidas que garanticen la sostenibilidad en el largo plazo del Sistema de Salud, por ejemplo, vía impuestos generales, impuestos saludables y regalías; impuestos a bienes y actividades de riesgo y generadores del daño a la salud, como cigarrillos, vapeadores, bebidas azucaradas, alcohol, comida chatarra, minerías, polución, *fracking* (de aprobarse), entre otros que se consideren procedentes.
- 10) El MHCP deberá definir en un plan financiero a 10 años los recursos necesarios y las fuentes respectivas, para garantizar la viabilidad financiera del sistema y de la reforma que se apruebe.
- 11) Siendo la salud pública un servicio esencial y un derecho fundamental, se deberán cubrir con recursos públicos diferentes a la UPC que señalará el MHCP todas las actividades multi e intersectoriales de APS, la participación comunitaria y las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incluidos los equipos interdisciplinarios de atención territorial en salud.
- 12) Las deudas que a la fecha se tengan con el THS se clasificarán como créditos de primer orden, independiente del origen contractual que tengan.

ACUERDO 12. MEDIDAS CONTRA LA CORRUPCIÓN. Este flagelo se materializa en el abuso del poder delegado a un funcionario que lo utiliza para sí o para beneficio de terceras personas, tanto del sector público como del privado, en detrimento del interés colectivo, se da en todos los ámbitos, pero toma un mayor significado social cuando se trata de apropiarse de los recursos públicos destinados a la salud, lo que va más allá del delito del robo, dado que implica la negación del acceso a los servicios de salud de la población que

los requiere por necesidad para recuperar la salud o salvar la vida, toma muchas formas y se manifiesta en distintos ámbitos de la vida pública y privada.

Se debe exigir un estricto y cabal cumplimiento de las medidas anticorrupción existentes y, como se anota en el acuerdo 14, se requiere el fortalecimiento de la Súpersalud. Las medidas anticorrupción deben tender a limitar el ejercicio de cargos públicos por favores políticos y plantear reformas, tales como:

- 1) Desmante de la intermediación financiera por pago directo a las IPS, profesionales independientes, RIISS y proveedores (artículo 150 de la Ley 2294 de 2023).
- 2) En el Sistema de Salud no habrá integración vertical.
- 3) Promoverá el cambio de la competencia de precios, por tarifas reguladas.
- 4) Reemplazará la compra – venta de servicios, por presupuestos prospectivos.
- 5) Establecerá la posibilidad de repetir contra los funcionarios de las entidades de salud en los casos que se encuentre demostrada su responsabilidad fiscal.
- 6) Promoverá la creación de veedurías ciudadanas capacitadas para ejercer vigilancia en el sector salud.
- 7) Definirá que los recursos de la salud son sagrados y serán públicos hasta su receptor final.

ACUERDO 13. POLÍTICA FARMACÉUTICA. Avanzar en el desarrollo de la Política Farmacéutica Nacional (PFN) establecida en el CONPES Social 155 de agosto de 2012, formulada con anterioridad a la expedición de la LES, de manera que la política despliegue lo ordenado en el artículo 23 de la ley 1751. Para el efecto, se propone que la PFN sea:

- **Programática**, con metodología científica y objetivos a corto, mediano y largo plazo.
- **Integral**, con cobertura y abastecimiento de los medicamentos incluidos en el PBS.
- **Estratégica**, con vocación de soberanía tecnológica, y seguridad y soberanía farmacéutica.
- **Priorizada**, hacia la defensa de la salud pública y el derecho fundamental a la salud.
- **Optimizada**, en todos sus procesos de adquisición y uso pertinente.
- **Sostenible**, con base en la detección y eliminación de falsas innovaciones tecnológicas, el freno a abusos de posición dominante y la erradicación de todas las formas de corrupción.
- **Informada y oportuna** con relación a los desarrollos tecnológicos y la innovación en medicamentos.
- **Sistema Único e Integrado de Información en Salud**, para garantizar transparencia con acceso público a la información epidemiológica y de todas las transacciones económicas.

El INVIMA deberá adelantar políticas de mejor información y educación sanitaria para la población, exigir mayor transferencia de tecnología y contribuir al desarrollo de capacidades nacionales crecientes en pro de mayor seguridad y soberanía farmacéutica. Se deberán impulsar y promover alianzas y mecanismos de producción nacional de vacunas, de medicamentos e insumos básicos en salud. Se avanzará en el control de precios de medicamentos con base en comparaciones internacionales; se extenderá progresivamente

a medicamentos de alto costo, innovadores, genéricos, biológicos y biosimilares; control de precios a insumos de alto costo y a ciertas tecnologías en salud.

Se desarrollarán las negociaciones centralizadas en la compra de algunos medicamentos de interés en salud pública, según lo defina el MSPS.

ACUERDO 14. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. Además del cumplimiento de las normas legales existentes, se proponen como funciones adicionales a la Superintendencia Nacional de Salud, las siguientes:

- Imponer sanciones pecuniarias a las entidades que incumplan con su obligación de materializar el pago oportuno a los profesionales y trabajadores de la salud que se encuentren vinculados a la institución.
- Ejercer la inspección, vigilancia y control del cumplimiento estricto de las garantías necesarias para el correcto desenvolvimiento de todos los profesionales de la salud en sus diferentes áreas, de acuerdo con lo dispuesto en la normatividad vigente.
- Imponer sanciones a las instituciones sanitarias que incumplan con el suministro insumos necesarios para el adecuado desarrollo de las actividades de salud, como los equipos de protección personal, cuando estos se requieran.
- Ejercer la inspección, vigilancia y control de los recursos destinados a las EPS, o las entidades que hagan sus veces, y vigilar el pago directo e inmediato a las redes de prestación de servicios y a los profesionales y trabajadores de la salud.
- Delegación de funciones de inspección y vigilancia de las EPS o las entidades que hagan sus veces, a las entidades territoriales capacitadas para hacerlo según criterios que establezca el Consejo Nacional de Salud. En este caso, la Súpersalud, obraría como segunda instancia.
- Cuando la Súpersalud en el marco de sus competencias tome la decisión de intervenir una EPS para administrarla, no lo hará ella como organismo de control, sino que será el MSPS, previo concepto favorable del Consejo Nacional de Salud, quien designará una entidad par, que cumpla con todos los requisitos financieros y administrativos, como administradora mientras dure la intervención, sin perjuicio de las funciones de inspección, vigilancia y control que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud.



Academia Nacional de Medicina.

Presidente: Gabriel Carrasquilla Gutiérrez, en representación del grupo de Acuerdos Fundamentales.

Asociación Colombiana de Sociedades Científicas -ACSC. Agamenón Quintero Villarreal, presidente.

Colegio Médico Colombiano -CMC. Stevenson Marulanda Plata, presidente.

Asociación de Profesionales de la Salud -ASSOSALUD. Mauricio Echeverri Diez, presidente.

Federación Odontológica Colombiana -FOC. María Fernanda Atuesta Mondragón,
presidente.

Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación -SCARE. Olga Lucía Herrera
Losada, presidente.

Asociación Médica Sindical, ASMEDAS Cundinamarca. Jaime Cuervo Saavedra,
secretario general.

Colegio Médico de Cundinamarca y Bogotá -CMCB. Clemencia Mayorga Ramírez,
presidente.

Colegio Médico de Antioquia. Carlos Eduardo Valdivieso Gelves, presidente.

Colegio Médico de Santander. Sandra Milena Acevedo Rueda, presidente.

Colegio Médico del Cauca. Martha Sofía Bedoya, presidente.

Federación Colombiana de Sindicatos Médicos -FECOLMED. Jorge Enrique Enciso
Sánchez, presidente.

Academia Nacional de Medicina, Capítulo Nariño. Emma Guerra Nieto, presidente.

Academia de Medicina de Medellín. Giovanni García Martínez, presidente.

Asociación Gremial y Sindical de Cirujanos de Ortopedia y Traumatología. Roberto
Díaz González, presidente.

Federación de Sindicatos de Anestesiología -FSA. Luis Mauricio García Borrero,
presidente.

Asociación de Epidemiología de Colombia -ASOCEPIC. Luis Jorge Hernández Flórez,
presidente.

Actualización: Abril de 2024. Herman Redondo Gómez - Coordinador.