



## Mensaje del Director. Reflexiones

### La Reforma a la Salud: Ley estatutaria o Ley Ordinaria

#### En este número

- 1 Mensaje del Director
- 2 Noticias de la Universidad
- 3 Noticias del programa
- 4 Noticias del sector salud

#### Comité editorial:

- Gladys Yolanda Lizarazo. Vicerrectora de Posgrados
- Carlos Paredes Gómez. Director.
- Luz Amanda Bueno Balaguer. Coordinadora Académica

#### Periodicidad

- Cuatrimestral



Las leyes estatutarias regulan los derechos fundamentales, los estados de excepción, los mecanismos de participación ciudadana, el régimen de los partidos políticos y la administración de justicia. Tienen una categoría superior a las demás clases de leyes y se establece un trámite especial para su expedición. Su aprobación requiere de la mayoría absoluta, y de revisión previa por parte de la Corte Constitucional. Su trámite pasa por cuatro debates y deben hacerse en una misma legislatura.

Las leyes ordinarias no abordan ninguno de los temas mencionados anteriormente y tienen un trámite más sencillo. Requieren de cuatro debates en el Congreso, su discusión se debe cumplir en máximo dos legislaturas. Cuando un proyecto de ley completa su trámite en la comisión de la Corporación donde inició el proceso en la primera legislatura, continuará su curso en la siguiente en el estado en el que se encuentre. Su aprobación solo requiere que sean votadas afirmativamente por la mitad más uno de los asistentes a la sesión, siempre y cuando estén presentes la mitad más uno de los miembros de la Comisión o la Plenaria respectiva.

Para algunos expertos el artículo 152 de la Constitución Nacional al establecer que mediante leyes estatutarias se regulen los derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos para su protección, determinan que la reforma debe ser tomada como una ley estatutaria.

Según Jaime Arrubla exmagistrado de las altas cortes "Es evidente que con esta reforma se está regulando un derecho fundamental. El procedimiento para su protección, por lo tanto, si se quiere purgar el procedimiento legislativo, es mejor darle el trámite adecuado para después no tener sorpresa en el examen de constitucionalidad"

Para Juan Manuel Charry exmagistrado de la Corte Constitucional, la salud es un derecho fundamental y, se debe tramitar como lo exige la ley. "Los aspectos esenciales del derecho fundamental a la salud deben ser regulados por ley estatutaria. Los aspectos instrumentales y de ejecución pueden ser regulados por ley ordinaria aquí la dificultad está en definir cuál o que es lo esencial y que no lo es"

El profesor de la facultad de jurisprudencia de la Universidad del Rosario Daniel Figueredo de Pérez, considera que debe ser tramitada como una ley estatutaria. "No siempre que se haga una reforma al sistema de salud colombiano debe tramitarse por ley estatutaria. Pero esta reforma en particular sí lo requeriría en la medida que puede estar afectando el núcleo esencial de un derecho fundamental a la salud en las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad"

Para Humberto Sierra Porto, director de Derecho Constitucional de la Universidad Externado, la ley estatutaria ya fue debatida en 1991 y, lo que se está reglamentando es cómo será su funcionamiento. "La regla general es que en un Estado democrático todos los temas: si debe existir una EPS, cuáles son las funciones de esta, cómo debe ser el funcionamiento del Estado, la financiación y todos los demás aspectos de salud son propios de ley ordinaria.

Para Mario Hernández Álvarez, Médico, coordinador del Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la UNAL, la Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751 de 2015), fue declarada exequible por la Corte Constitucional, mediante la Sentencia C-313 de 2014. Por lo anterior es inaceptable que quienes defienden un sistema fracasado insistan en su profundización, como ley estatutaria que modifica el avance de la jurisprudencia logrado hasta el momento.

Desde el Ejecutivo han señalado que la reforma a la salud será tramitada como una ley ordinaria, por no modificar los aspectos esenciales del derecho fundamental a la salud.

## NOTICIAS DE LA UNIVERSIDAD



## LA UDES SE POSICIONA EN EL QS WORLD UNIVERSITY RANKINGS (WUR) PARA LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE 2025

Tomado de: UDES.

[La UDES se posiciona en el QS World University Rankings \(WUR\) para Latinoamérica y el Caribe 2025 - UDES](#)

Esta clasificación específica del ranking de universidades QS está enfocada en la evaluación de las instituciones de América Latina y el Caribe. En la edición 2025, participaron 437 universidades, de las cuales 61 son colombianas, representando el 14% del total. La UDES se ubicó en el puesto 27 en Colombia.

Los indicadores considerados en esta clasificación del QS WUR están agrupados en cuatro criterios clave: investigación y descubrimiento (45%), empleabilidad (20%), experiencia de aprendizaje (20%) y compromiso global (15%).

Dentro de estos indicadores, la UDES se destaca particularmente en investigación y descubrimiento, obteniendo 76.8 puntos en citas por artículo, lo que le permitió ocupar el 5º lugar entre las universidades colombianas. Además, en el indicador de experiencia de aprendizaje, alcanzó 30.5 puntos en la relación profesor-estudiante. En cuanto al compromiso global, obtuvo 37.3 puntos en la red internacional de investigación, situándose en el puesto 11 entre las universidades colombianas clasificadas en esta medición.

Con estos resultados, la UDES no solo se posiciona entre las universidades destacadas de Latinoamérica, sino que sobresale por su desempeño en investigación. Como institución comprometida con el desarrollo de proyectos científicos colaborativos a nivel global, la UDES busca contribuir al avance del país y de la región nororiental, donde ejerce su mayor influencia.



## ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL INTERNACIONAL MULTICAMPUS: PARES DE EQUAA EVALUARON LA CALIDAD EDUCATIVA DE LA UDES

Tomado de: UDES.

[Acreditación institucional internacional multicampus: pares de EQUAA evaluaron la calidad educativa de la UDES - UDES](#)

La Universidad de Santander (UDES) recibió la visita de la comisión de pares evaluadores de la Education Quality Accreditation Agency (EQUAA), como parte del proceso de acreditación institucional internacional multicampus. La evaluación, que se extendió durante cuatro días, abarcó los tres campus de la universidad: Bucaramanga, Valledupar y Cúcuta.

Durante las jornadas, los pares evaluadores sostuvieron reuniones en cada campus, que incluyeron presentaciones institucionales por parte de las autoridades universitarias, encuentros con diversas áreas académico-administrativas y sesiones privadas con profesores, investigadores, estudiantes y graduados. Asimismo, se realizaron reuniones con representantes empresariales de la región. *Recorrieron las instalaciones de cada campus, incluyendo bibliotecas, laboratorios, áreas deportivas y otros espacios clave.*

Se concluyó la visita con una sesión de retroalimentación, en la que los evaluadores de EQUAA presentaron un informe preliminar de acreditación. En este, destacaron el compromiso de la UDES con la calidad educativa.

Aunque los resultados finales del proceso de acreditación se conocerán próximamente, el balance inicial es positivo. Refleja los esfuerzos continuos de la UDES por mantener altos estándares de calidad en sus tres campus. Este proceso de evaluación externa permitió reafirmar los compromisos de mejora continua y señalar áreas de oportunidad que la universidad tiene en cada ciudad donde está presente, con el objetivo de seguir garantizando una educación de calidad regida por estándares internacionales.

Este ejercicio, enmarcado en la acreditación institucional internacional multicampus de EQUAA, proyecta un importante reconocimiento internacional a la calidad educativa de la UDES y representa un aporte significativo para la educación superior en la región nororiental de Colombia.

Durante las jornadas, los pares evaluadores sostuvieron reuniones en cada campus, que incluyeron presentaciones institucionales por parte de las autoridades universitarias, encuentros con diversas áreas académico-administrativas y

sesiones privadas con profesores, investigadores, estudiantes y graduados. Asimismo, se realizaron reuniones con representantes empresariales de la región.

*Los pares evaluadores también recorrieron las instalaciones de cada campus, incluyendo bibliotecas, laboratorios, áreas deportivas y otros espacios clave.*

Este jueves concluyó la visita con una sesión de retroalimentación, en la que los evaluadores de EQUAA presentaron un informe preliminar de acreditación. En este, destacaron el compromiso de la UDES con la calidad educativa.

Aunque los resultados finales del proceso de acreditación se conocerán próximamente, el balance inicial es positivo. Refleja los esfuerzos continuos de la UDES por mantener altos estándares de calidad en sus tres campus. Este proceso de evaluación externa permitió reafirmar los compromisos de mejora continua y señalar áreas de oportunidad que la universidad tiene en cada ciudad donde está presente, con el objetivo de seguir garantizando una educación de calidad regida por estándares internacionales.

Este ejercicio, enmarcado en la acreditación institucional internacional multicampus de EQUAA, proyecta un importante reconocimiento internacional a la calidad educativa de la UDES y representa un aporte significativo para la educación superior en la región nororiental de Colombia.

## NOTICIAS DEL PROGRAMA.




Durante los días 8 a 17 de noviembre se realizará la movilidad internacional y docente a la UPV de Valencia España cuyo objetivo es dar al pasante la oportunidad de obtener conocimientos en la gestión de los servicios de salud, mediante clases presenciales y soportadas por plataformas tecnológicas sincrónicas desde un escenario internacional e integrar los conocimientos teóricos con la práctica en un aprendizaje realizado a través de una capacitación inducida con base en la observación y narración de una serie de visitas técnicas, sobre experiencia práctica de la gestión hospitalaria en unidades acreditadas internacionalmente.

Los componentes académicos y de visitas técnicas comprenden el desarrollo de las temáticas: Gestión de la Tecnología en Salud. Gestión de la Imagenología Biomédica, Gestión de Medicina Regenerativa, Gestión de Unidades de Dolor. Gestión de Sonocirugía. Gestión de Medicina Deportiva. Rehabilitación y Readaptación. Simulación Clínica. Gestión de Redes de RCP. Gestión de IA en Entornos Clínicos. Gestión de Flujo de Pacientes, Equipos y Distribución de Espacios. La pasantía culmina en un artículo narrativo de revisión, información y análisis que testifica que el estudiante comprende cómo su pasantía se integra en el contexto global del sector como apropiación social del conocimiento en versión editable.

De conformidad con la normatividad institucional se aceptará un máximo de 2 estudiantes por artículo.

El tema deberá relacionarse con una de las temáticas de los componentes académico o de las visitas técnicas.

Cada grupo responsable del artículo tendrá un director del mismo que orientará su desarrollo.

Deberá ser sustentado públicamente en sesión específica para tal efecto ante un jurado calificador una vez haya recibido el aval del director y del jurado.

En un máximo de 15 páginas, Times New Roman, interlineado 1.5, normas APA, debe ser capaz de integrar los conceptos teóricos de la actividad realizada y contrastarlos con sus actividades académicas; describir y explicar el entorno en el que realizó su pasantía y de describir y evaluar las actividades en las que participó a lo largo de su inmersión profesional.

El objetivo es que el estudiante sea capaz de integrar los conocimientos teóricos desarrollados en el posgrado a los desarrollos de las visitas técnicas y evidenciarlos en el desarrollo de unas competencias alineadas a las del programa académico mediante la visibilización de sus resultados de aprendizaje en las dimensiones del saber, el ser y el hacer.

## NOTICIAS DEL SECTOR SALUD

En este boletín mostraremos los temas en los cuales existe un aparente consenso nacional, y en el siguiente los discensos



### LA PROPUJESTA DE ACUERDOS FUNDAMENTALES DEL COLECTIVO ORGANIZACIONES MEDICAS

Tomado de:

[Acerca de - Acuerdos Fundamentales](#)

El colectivo constituido por las organizaciones más representativas de los médicos colombianos, presenta los **14 ACUERDOS FUNDAMENTALES** de los que consideran esencial para el pleno desarrollo de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y el Sistema de Salud en ella establecido, fruto de reuniones de consenso.

#### 1. PROPÓSITO DEL CONSENSO

**Desarrollar completamente lo establecido en la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015 y su reglamentación**, así como vigilar y promover que se cumpla cada uno de sus artículos

#### 2. DESARROLLAR EL SISTEMA DE SALUD

Al tenor del Artículo 4° de la LES, el cual *incluye todo lo que el Estado disponga para la garantía del derecho humano fundamental a la salud*. Es decir, el Sistema de Salud incluye:

- Al propio SGSSS al que subordina a los dictados de la Ley Estatutaria.
- REGÍMENES ESPECIALES (artículo 279, Ley 100) como el Sistema de Salud de las FF MM – Policía Nacional – Fondo del Magisterio (FOMAG) – ECOPEPETROL – sistemas de salud de las universidades públicas. Piso de Protección Social (D, 1174/20). A los no afiliados y a los migrantes.
- Accidentes laborales y enfermedad profesional (ARL). Accidentes de tránsito (SOAT, en lo que a la atención de salud se refiere).

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

#### 3. ALCANCE DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD.

Como lo dispone el artículo 2 de la LES, este derecho es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

*“Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado”.*

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

*“Al interpretar el presente artículo, en ninguna circunstancia, autoridad alguna de naturaleza administrativa, legislativa o judicial, podrá invocar la sostenibilidad fiscal para menoscabar los derechos fundamentales, restringir su alcance o negar su protección efectiva”.*

La misma sentencia establece 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 estabilidad fiscal.

#### 4. RECTORÍA DEL SISTEMA DE SALUD CONSEJO NACIONAL DE SALUD (CNS)

**Consejo nacional de salud – integración y funciones.**

Será un organismo adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con representación institucional del orden nacional de todos los actores de la salud y entidades gubernamentales con las competencias necesarias para

adoptar las políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud, garantizar la presencia de la salud en todas las políticas para lograr una intervención intersectorial eficaz y desarrollar los principios y directrices trazados por la Ley Estatutaria en Salud.

#### CONSEJO NACIONAL DE SALUD.

Se propone que esté conformado de forma tripartita:

1. El Gobierno Nacional (Ministerio de Salud y Protección Social, quien la presidirá, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Departamento Nacional de Planeación, representación de Gobernaciones y Alcaldías y demás autoridades sanitarias que se consideren).

2. Representantes de los promotores y prestadores de servicios de salud públicos y privados.

3. Representación amplia de la sociedad civil (Academia y gremios médicos y de profesionales de la salud, trabajadores del sector, pensionados, asociaciones de usuarios, sector productivo y demás participantes que se consideren).

· 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), el ICBF y el Instituto Nacional de Salud. Podrán ser invitados los ministros, las entidades públicas o privadas o las personas que el Ministro de Salud determine en cada una de las sesiones ordinarias o extraordinarias.

· Las sesiones ordinarias serán mínimo cada dos meses y extraordinarias cuando las cite el Ministro de Salud y Protección Social.

· **Se constituirán los Consejos Territoriales de Salud**, los cuales 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.

#### FUNCIONES DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD.

1. De acuerdo con el artículo 9 de la Ley 1751 de 2015, 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.

2. 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.

3. Generar políticas públicas encaminadas a favorecer la presencia de la salud en todas las políticas.

4. Promover políticas públicas que consideren las implicaciones sanitarias de las decisiones en todos los sectores, buscando sinergias económicas y programáticas y, evitando los efectos nocivos para la salud de las políticas fuera del sector, para mejorar la salud pública y la equidad sanitaria.

5. Adoptar un plan de trabajo para que las entidades diferentes al sector salud, conforme a sus competencias, actúen de forma coordinada sobre los determinantes en salud y desarrollen políticas que los impacten positivamente. Cada Ministerio, en el marco de sus competencias, asignará recursos para impactar positivamente los determinantes sociales en salud y hará seguimiento para definir los efectos positivos y negativos de sus políticas públicas en el campo de la salud.

6. Adoptar una metodología de seguimiento y evaluación de las metas del Plan Decenal de Salud Pública y las modificaciones relacionadas con las mismas.

7. Orientar la formulación de lineamientos técnicos dirigidos a los departamentos, distritos y municipios, con el fin de promover la gestión transectorial para la ejecución de las acciones del Plan Decenal de Salud Pública que les competen a las entidades territoriales a través de los Consejos Territoriales de Salud.

8. Aprobar los informes de seguimiento y evaluación e informar al Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) los resultados del seguimiento y evaluación del Plan Decenal de Salud Pública.

9. 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.

10. Aprobar informe anual de la ADRES o la entidad que haga sus veces.

11. Aprobar informes del MSPS sobre la aplicación del procedimiento técnico-científico, participativo y transparente de que trata el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, diseñado para establecer exclusiones de tecnologías en las coberturas del Sistema de Salud.

12. 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.
13. Reglamentar los Consejos Territoriales de Salud y apoyarlos en su gestión.
14. Ordenar la realización de los estudios necesarios para establecer cada año el valor de la UPC y del costo de administración para las EAPB, o las entidades que hagan sus veces. Con base en este soporte, definir cada año el valor de la UPC para el siguiente año, mientras este sistema de financiación persista.
15. Definir los criterios para establecer los subsidios de oferta para los hospitales públicos seleccionados por el MSPS, en modelos de atención diferenciados, así como los indicadores de desempeño para garantizar su gestión en salud.
16. Definir los criterios para la delegación de funciones de IVC de las EAPB (o la entidad que haga sus veces) de la Súpersalud a las entidades territoriales habilitadas para hacerlo.
17. Darse su propio reglamento.
18. Las demás funciones que le sean propias a su naturaleza o le asigne la ley.

## 5. PRESTACIONES DE SALUD

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

*“El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, el diagnóstico, la atención y tratamiento de la enfermedad, la paliación y rehabilitación de sus secuelas. En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:*

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

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

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

*Para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente”.*

El párrafo primero planteó un período de transición de dos años que ya se cumplieron sin que el artículo haya sido desarrollado plenamente.

El párrafo segundo, aclara que, lo anterior, será sin perjuicio de las acciones de tutela presentadas para proteger directamente el derecho a la salud.

## 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 1978[1], ratificada y enriquecida con nuevas declaraciones como las de APS Renovada[2] y Astaná en octubre de 2018[3].

La Atención Primaria Integral de Salud (APIS) es la estrategia más idónea para desarrollar el Sistema de Salud establecido en el artículo 4 de la LES. Este enfoque requiere hacer énfasis no sólo en la prestación de servicios de salud, sino en las lógicas de acción transdisciplinarias que permitan el respeto por las diferencias culturales existentes en el país, como lo predica el principio de interculturalidad establecido en el artículo 6 de la LES.

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

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

- **Trabajo multi e intersectorial** para adoptar las políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las inequidades y desigualdades sociales.
- **La Salud en todas las políticas.** Desde un enfoque colaborativo, la APIS considera las implicaciones sanitarias de las decisiones en todos los sectores, buscando sinergias y evitando los efectos nocivos para la salud de las políticas fuera del sector de la salud.
- **La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad** sobre una concepción integral de la salud (artículo 15), todo articulado con el modelo de atención en salud.

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

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

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

## 7. MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD – REDES INTEGRALES DE SALUD

El Artículo 13 de la LES establece que el Sistema de Salud estará organizado en Redes Integrales de Servicios de Salud. Estas redes, son una forma de organización de instituciones y de servicios de salud individuales y colectivos, de carácter público, privado o mixto, que se articulan para garantizar la atención integral de las personas y las comunidades residentes en un territorio o región, orientadas hacia la garantía del derecho a la salud, en el marco de los principios establecidos en el artículo 6° y 8° de la LES.

Las Redes Integrales de Servicios de Salud recibirán directamente los recursos públicos derivados de los aportes, las cotizaciones y los impuestos nacionales, con el fin de desarrollar progresivamente el acceso igualitario a los servicios de atención, de acuerdo con las condiciones y necesidades concretas en los territorios.

Las redes prestarán los servicios sobre una concepción integral de la salud, según lo definido en el artículo 15 de la LES, en concurrencia con los principios establecidos en los artículos 6° y 8° de la misma Ley. Así mismo, incorporará la Seguridad y Salud en el Trabajo y la Telesalud y demás tecnologías apropiadas y especializadas para el desarrollo de la medicina a distancia para aquellas regiones o territorios que lo requieran.

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

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

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

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

Se deben establecer subsidios de oferta para las instituciones de la red pública. Se deberán cubrir todas las actividades multi e intersectoriales de APS, la participación comunitaria y las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incluidos los equipos multi e interdisciplinarios de atención territorial o regional en salud.

### **Plan de equipamientos en salud y modernización de la Red Pública a nivel nacional.**

Creación y desarrollo de nuevos centros hospitalarios según las necesidades territoriales y, apoyo en infraestructura y dotación de nuevas tecnologías. Para el efecto, se propone recrear el **Fondo Nacional Hospitalario** o una institución similar.

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

## 9. AUTONOMÍA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

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

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

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

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

## 10. CONDICIONES LABORALES EN EL SECTOR

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

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

### **Estatuto de personal para trabajadores de la salud.**

Con el estatuto se busca normar los derechos, deberes y obligaciones de los trabajadores de salud, así como los aspectos que garanticen una contratación digna y decente en cumplimiento del artículo 18 de la Ley Estatutaria En Salud.

Como mínimo, deberá incluir:

- **Carrera Administrativa especial del sector** con vinculación formal por concurso de méritos, clasificación de los empleos y curso de inducción y período de prueba; respetando los derechos adquiridos de quienes actualmente se encuentran vinculados como servidores públicos bajo la normatividad vigente y se reconocerá el proceso de mejoramiento continuo.
- **Régimen salarial especial para el sector salud.** Remuneración mínima vital y móvil, proporcional a la cantidad y calidad de trabajo; con proporcionalidad al nivel de formación; antigüedad, modalidades y períodos de pago, preservando el principio de igualdad: *“A igual función, igual remuneración”.*
- **Pago Oportuno.** Todo trabajador tendrá derecho a una remuneración oportuna por su trabajo en cumplimiento de su contrato laboral. 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, salvo que exista una disposición contractual en la que se establezca el pago con menor periodo.
- **Garantía de recursos.** Se deberá garantizar las fuentes de financiación para el pago de los trabajadores sanitarios.
- **Jornada ordinaria** y horarios (**máximo de 42 horas semanales**), horas extras, nocturnas o por turnos, dominicales y festivos, habitualidad y permanencia de la labor y descansos compensatorios como parte de la jornada laboral.
- **Prima técnica**, gastos de representación, prima de riesgo en circunstancias especiales, prima por ubicación geográfica, quinquenios, vacaciones, licencias, permisos remunerados.
- **Se garantizará la igualdad para todos los trabajadores, la estabilidad y la continuidad laboral.**
- **Garantía a la seguridad social.**
- **Medicina, higiene, salud y seguridad en el trabajo.**
- **Reclasificación del riesgo. Considerar las profesiones y ocupaciones en salud como actividades de riesgo alto (V).**
- Por tanto, se definirán las condiciones, requisitos y beneficios, aplicables a dichos trabajadores; por ejemplo, la contabilización del tiempo para efectos de la pensión.
- Caso especial de los trabajadores expuestos a radiaciones ionizantes.
- **Trabajos ocasionales, teletrabajo o trabajo en casa.** (**Ley 2121 de 2021**, *«por medio de la cual se crea el régimen de trabajo remoto y se establecen normas para promoverlo, regularlo y se dictan otras disposiciones».*
- **Control interno disciplinario y desvinculación:** Toda desvinculación de los trabajadores de la salud deberá respetar el derecho fundamental al debido proceso y el derecho a la defensa, acorde con el artículo 29 de la C. P.
- **Acoso y discriminación laboral**, ratificación del Convenio 190 de la OIT sobre la **violencia** y el **acoso** en el trabajo.
- **Políticas públicas contra la violencia estructural en el Sistema de Salud.**
- **Políticas de actualización continua.** Las instituciones y el Sistema de Salud deberán garantizar el tiempo y las condiciones para favorecer los programas de educación continua
- **Situación más favorable al trabajador en caso de duda en la aplicación e interpretación de las fuentes formales de derecho.**
- **Primacía de la realidad sobre formalidades establecidas por los sujetos de las relaciones laborales.**
- **Otros factores para considerar:**

- **Relación Docencia – Servicio.** Permitir la simultaneidad de estas dos actividades. Los programas de formación de recurso humano deberán corresponder a las necesidades de salud de la población en los territorios. En cada red de servicios, deberá existir coordinación y planificación de los cupos de acuerdo con la capacidad instalada.
- **En el caso de los médicos,** para todos los efectos, equiparar el pregrado a Magister; la especialización a Doctorado y, la segunda especialización a Posdoctorado.
- **Autonomía de los profesionales de la salud.** Ver acuerdo 9.
- **Equidad de género y de etnia.** Se reconocerá igual salario, prestaciones sociales, condiciones de ascenso a las y los trabajadores de salud según su formación sin importar su género o etnia. Se prohíbe todo tipo de discriminación salarial en trabajos de igual valor.

Las instituciones de salud implementaran políticas afirmativas, para que las mujeres puedan ejercer los cargos de mayor dirección.

- **En el Sistema de Salud, para las labores misionales permanentes, no habrá intermediación de la relación laboral.**
- **OPS.** Progresivamente en un tiempo máximo de tres (3) años, con metas anuales establecidas, se acabará con los órdenes de prestación de servicios para las actividades misionales de carácter permanente; con excepción de lo dispuesto en la Sentencia C-614 de 2009.
- **Normas de habilitación.** El cumplimiento de las normas laborales establecidas en el Estatuto de Personal para el Sector Salud, estas harán parte de las condiciones de habilitación de los servicios de salud.

## 11. ASPECTOS FINANCIEROS

Las organizaciones firmantes son conscientes que el desarrollo de la LES requiere de cuantiosos recursos; no obstante, consideran que la inversión pública en salud en el país es una necesidad que subsana un rezago histórico, lo que ha sido evidente a lo largo de la pandemia por SARS CoV2. La vida y la salud de los colombianos, al tenor de lo dispuesto por la Ley Estatutaria en Salud, **son bienes públicos meritorios** que deberán prevalecer sobre cualquier interés comercial o de mercado.

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

- Fortalecimiento de la ADRES como **un Fondo Público, único, recaudador y pagador a través de giros directos a los prestadores de los servicios.** El Fondo Público tendrá IVC de las superintendencias financiera y de salud, cada una, en el ámbito de sus competencias.
- **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.
- **Manual Tarifario Único.** Actualizado, concertado con las profesiones e instituciones médicas de cada especialidad e incluirá la valoración por pares para efectos de la pertinencia técnico-científica de algunas solicitudes.

**Nuevas fuentes de recursos:** Es indispensable que se desarrollen medidas que garanticen la sostenibilidad en el largo plazo del Sistema de Salud, por ejemplo, vía impuestos generales y regalías; impuestos a bienes y actividades de riesgo y generadores del daño a la salud, como cigarrillos, *vapeadores*, bebidas azucaradas, alcohol, comida chatarra, minerías-polución, *fracking* (de aprobarse), entre otros que se consideren procedentes.

## 12. MEDIDAS CONTRA LA CORRUPCIÓN

La corrupción, materializada en el abuso del poder delegado a un funcionario que lo utiliza para sí o para beneficio de terceras personas del sector público o del privado, en detrimento del interés colectivo, se da en todos los ámbitos, pero toma un mayor significado social cuando se trata de apropiarse de los recursos públicos destinados a la salud, lo que va más allá del delito del robo, dado que implica la negación del acceso a los servicios de salud de la población que los requiere por necesidad para recuperar la salud o salvar la vida, toma muchas formas y se manifiesta en distintos ámbitos de la vida pública y privada.

La corrupción en salud nace, se practica y se propaga, tanto en el sector público como en el privado; muchas veces se produce por la alianza con fines ilegales entre los dos sectores. Se debe dejar claro que las corruptas no son las instituciones, sino las personas que las manejan inadecuadamente, aprovechando que se les ha confiado una institución, unos recursos o unos bienes y servicios que deberían administrar con transparencia y honestidad.

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

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

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

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

### 13. POLÍTICA FARMACÉUTICA

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

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

Para el efecto, se propone que la PFN sea:

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

Después de 9 años de proferido el CONPES 155, el INVIMA aún mantiene inconsistencias graves en su base de datos de medicamentos, como el manejo de códigos únicos de medicamentos para los registros sanitarios vigentes (ATC), coincidencias de indicaciones por principio activo, data de titularidad de registros sanitarios, oportunidad de renovaciones y manejo de fechas de vigencia. A cinco años del Decreto de apertura de competencia con Biotecnológicos, la plataforma de Biológicos aún no funciona a la perfección. No muestra la información de registros sanitarios, no completó la asignación del Identificador Único del Medicamento (IUM), persiste la falta de parametrización de datos clave, entre otros aspectos.

Estas deficiencias se transmiten a otros sistemas de información como el Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED) y la herramienta tecnológica para prescripción -MIPRES.

En cumplimiento del artículo 23 de la LES, 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 en pro de la soberanía farmacéutica.

Así mismo, se avanzará en el control de precios de medicamentos con base en comparaciones internacionales; se extenderá progresivamente a medicamentos de alto costo, innovadores, genéricos, biológicos y biosimilares; control de precios a insumos de alto costo y a ciertas tecnologías en salud. Se considerarán las negociaciones centralizadas como parte de esta política.

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

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

#### **14. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**

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

- Se requieren medidas tendientes al fortalecimiento e independencia de la Superintendencia Nacional de Salud.
- 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.
- Incluir dentro de las competencias que en materia de conciliación tiene la Superintendencia Nacional de Salud, la conciliación de las acreencias que existan entre las instituciones prestadoras de servicios de salud y el recurso humano.
- 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 EAPB, 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 EAPB, 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.

#### **COMENTARIO DEL DIRECTOR:**

Fruto de las mesas técnicas y diálogos nacionales, sobre la necesidad de la reforma y su texto, parece haber opinión favorable a algunos de los numerales del listado propuesto por las organizaciones de la salud, sin que lo anterior implique unanimidad en el cómo, a saber:

- Alcance del derecho fundamental a la salud: autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo
- Consejo Nacional de Salud (CNS). Con matices en su conformación, funciones y toma de decisiones con carácter vinculante
- Prestaciones de salud. Plan de beneficios implícito con exclusiones explícitas., existiendo la discusión sobre el monto de los recursos necesarios para este plan universal
- Atención Primaria en salud (APS). Como estrategia idónea para desarrollar el Sistema de Salud establecido en el artículo 4 de la LES. Discusión sobre la fragmentación de la atención entre los CAPS y la atención de mediana y alta complejidad y su financiación
- Modelo de atención en salud -Redes Integrales de Salud. Discusión sobre la continuidad del proceso de atención, el flujo de pacientes entre niveles, la naturaleza de la RIIS, su habilitación y contratación
- Fortalecimiento general de la red pública de servicios. La realidad nacional hace imperativo este fortalecimiento, existiendo discusión por el origen de los recursos necesarios para el logro de este objetivo
- Autonomía de los profesionales de la salud. Cuyo requisito sería un proceso de autoregulación verificable
- Condiciones laborales en el sector. Se hace necesario la adopción de un estatuto especial para los trabajadores del sector. Existe discusión sobre las equivalencias de los títulos de profesionales médicos con los niveles de educación superior en Colombia
- Medidas contra la corrupción. Existe consenso nacional de actores, requiere de un desarrollo de un-Sistema de información único, despolitización, fortalecimiento de la inspección, vigilancia y control
- Política farmacéutica. Consenso nacional sobre el Desarrollo de Política Farmacéutica Nacional, programática e integral en la que se identifiquen las estrategias, prioridades, mecanismos de financiación, adquisición, almacenamiento, producción, compra y distribución de los insumos, tecnologías y medicamentos, así como los mecanismos de regulación de precios de medicamentos. Esta política estará basada en criterios de

necesidad, calidad, costo efectividad, suficiencia y oportunidad. Sistema de Informacion Unico. Fortalecimiento de la inspeccion, vigilancia y control del sector de medicamentos e insumos

- Superintendencia nacional de salud.” *fortalecer las funciones de inspeccion, vigilancia y control.*

Los discensos serán objeto de la próxima edición del boletín y se dan en:

- Aspectos financieros
- Aseguramiento social en salud
- Nuevos roles de EPS Y Gestoras de Salud y Vida



**consultorsalud**  
Aportando a la salud Latinoamericana

## LA REFORMA A LA SALUD 2024 Y EL TALENTO HUMANO

Tomado de Consultorsalud. Tatiana Asprilla

El documento radicado el 13 de septiembre ante la Secretaría de la Cámara de Representantes tiene un apartado destinado al contexto y panorama actual del talento humano y los trabajadores de la salud, quienes son parte fundamental para conseguir un sistema de salud sólido y resistente y contribuyen a lograr el objetivo de mejorar la salud de los colombianos.

**Los desafíos para el personal de salud no solo se limitan a aumentar su número y mejorar su distribución para cerrar las brechas existentes, sino también a realizar las adaptaciones necesarias en cada contexto**, respondiendo a las necesidades de la población. Esto requiere una planificación orientada a los retos futuros, basada en los principios de atención centrada en las personas y en la equidad. Para lograrlo, se necesita un apoyo decidido de varios sectores, como la educación, el empleo, la administración pública y la financiación del sistema de salud.

### Desafíos laborales en el sector salud

**Primero**, es fundamental generar condiciones laborales dignas y justas para todo el personal. **Segundo**, es necesario incrementar la disponibilidad y mejorar la distribución de los profesionales de la salud, especialmente en áreas rurales y de difícil acceso. **Por último**, se deben desarrollar competencias y orientar la educación en salud hacia la atención primaria, fortaleciendo este enfoque clave en la prestación de servicios.

Para octubre de 2020 y de acuerdo con datos emitidos por la Procuraduría General de la Nación en la Circular 007 sobre las condiciones laborales de los trabajadores de la salud, un total de 926 Empresas Sociales del Estado (ESE) empleaban a 163.116 personas, de las cuales solo 46.715 tenían contratos directos con las IPS, mientras que otras 116.401 personas se hallaban vinculadas a través de figuras de intermediación laboral, tales como contratos sindicales, cooperativas de trabajo asociado, contratos de prestación de servicio y otras figuras similares. Así, según el ministerio público, solo el 28,63% del personal de las ESE tenían un vínculo directo con estas instituciones, al tiempo que el 71,37% estaban tercerizadas

La tercerización laboral en el sector salud ha generado graves consecuencias para los trabajadores, como **salarios bajos, jornadas extensas, falta de seguridad social y prestaciones, y la imposibilidad de sindicalizarse**. Además, la ley 789 de 2002, que redujo el pago de horas extras y nocturnas, ha empeorado sus condiciones laborales. Aunque la Ley 1438 de 2011 establecía que los trabajadores misionales de salud del sector público debían ser contratados directamente, la intermediación laboral sigue prevaleciendo, afectando tanto a los trabajadores como a la calidad del servicio a los pacientes.

A nivel nacional y de acuerdo con el Ministerio de Salud, la contratación formal de los trabajadores ha mejorado ligeramente en los últimos años, **pasando del 42,7% en 2011 al 45,8% en 2022**. Sin embargo, sigue predominando la informalidad, ya que muchos trabajadores independientes están vinculados bajo contratos de prestación de servicios, lo que implica precariedad e inestabilidad laboral.

### Profesionales con mayor precariedad laboral

La precariedad laboral resulta especialmente crítica en áreas como la fonoaudiología, fisioterapia, medicina y odontología, las cuales son funciones esenciales y permanentes dentro de los servicios de salud.

### Proporción de aportantes según tipo de vinculación laboral reportada en PILA

Además, estas condiciones se reflejan en la evolución salarial de los profesionales. El incremento salarial ajustado por inflación entre 2011 y 2022 solo ha sido de \$35.915 anuales.

### Jornada laboral de los trabajadores de la salud

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Situación Laboral en Salud del Colegio Médico Colombiano en 2019 evidenció que el 32% de los médicos generales trabaja entre 48 y 66 horas semanales, y el 14% supera las 66 horas. Para los médicos rurales, el 40% trabaja entre 48 y 66 horas, y el 20% labora más de 66 horas por semana. En el caso de los especialistas, el 33% tiene jornadas de 48 a 66 horas semanales, y el 14% trabaja más de 66 horas.

Este tipo de situaciones conlleva consecuencias peligrosas para su labor. Primero, el costo de oportunidad asociado al estudio de carreras en el área de la salud ha aumentado, lo que retrasa el retorno de la inversión en educación y puede desincentivar a nuevos estudiantes, afectando la disponibilidad de profesionales en el futuro. Segundo, las malas condiciones laborales provocan la concentración de profesionales en grandes ciudades, donde las oportunidades y condiciones de empleo son mejores, lo que agrava la escasez de atención en ciudades pequeñas y áreas rurales.

#### **Cambios de este panorama que se presentan en la reforma**

**“El sistema de salud debe transformarse estructuralmente en lo relacionado con mejorar las condiciones laborales y de ingresos de los trabajadores de la salud;** lo que, además, se debe combinar con una mejora de las condiciones de ingresos de las IPS, que deben ser las contratantes directas y últimas de estos trabajadores, lo cual apunta en la dirección del giro directo universal y temprano. Sin estas dos condiciones, la mejora de las condiciones de trabajo de los empleados de la salud será prácticamente imposible, y de rebote el peligro en la calidad de la atención de la población solo podrá ir in crescendo.”

El país enfrenta grandes desafíos en cuanto a la densidad y distribución del Talento Humano en Salud. **Solo nueve departamentos cuentan con una densidad de médicos por encima del promedio nacional, y únicamente Bogotá y Vichada superan el promedio de la OCDE.** La situación es aún más crítica para los profesionales en enfermería, donde Colombia registra una de las densidades más bajas entre los países de la OCDE. Sin embargo, en este caso, la mitad de los departamentos del país tienen una densidad superior al promedio nacional.

El Viceministro de Salud Pública Jaime Hernán Urrego Rodríguez destaca que el reto no solo es aumentar la cantidad de profesionales de la salud, sino garantizar su distribución equitativa en las zonas rurales. *“Es un problema que va de la mano con el modelo actual, el cual no incentiva estructuralmente la equidad en la distribución del personal de salud*



## LA REFORMA A LA SALUD 2024 Y LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

Tomado de Consultorsalud. **Tatiana Asprilla**

### [Contexto y panorama actual de la infraestructura hospitalaria en Colombia según la reforma a la salud](#)

De acuerdo a lo expuesto en el documento del proyecto de ley que pretende reformar el sistema de salud presentado por el [Ministerio de Salud y Protección Social](#), la infraestructura hospitalaria también tiene limitaciones en todo el territorio nacional, tanto en zonas marginales urbanas, así como las rurales y dispersas, tanto en la pública como en la privada.

En el proyecto que tiene por nombre *“Hacia un sistema de salud garantista, universal, eficiente y solidario que privilegie la vida”* Se muestra que, 290 municipios del país (26,3%) no cuenta con servicio de atención de parto, 293 municipios (26,3%) carecen de servicios de hospitalización adultos, 175 municipios (15,9%) no tienen servicios de urgencias, 175 (15,9%) de los municipios del país no cuentan con ninguno de los tres servicios mencionados y 633 municipios (57,4%) no cuentan con ninguna sede rural en su municipio.

3.439 sedes de servicios de salud públicas fueron cerradas en todo en territorio nacional en las últimas décadas, los cierres se han dado en todos los departamentos, pero con mayor concentración en: Nariño, Cauca, Valle del Cauca y Bogotá, indicó la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud del MSPS.

El acceso a los servicios en condiciones de habilitación y la capacidad para resolver demandas de la población se ve afectado por las limitaciones físicas en las sedes hospitalarias, lo que causa una insuficiencia en la asignación y utilización de los recursos, acrecentando como consecuencia la insatisfacción y la percepción negativa de los usuarios sobre las instituciones y el Sistema de Salud en general.

Además de la deficiencia, el deterioro y la lejanía de la infraestructura hospitalaria, **varios análisis coinciden en que el país no ha desarrollado Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.** Esta situación ha generado una prestación de servicios fragmentada, enfocada en la atención de enfermedades y sin asegurar la continuidad en la atención.

La infraestructura sanitaria en Colombia presenta notables inequidades, como se refleja en el hecho de que **solo el 9,7% de las Instituciones Prestadoras de Salud se encuentran en áreas rurales, mientras que el 90,3% están en zonas urbanas**, una distribución que no se ajusta a las realidades sociales, demográficas y culturales de la población. Además, 642 municipios rurales no cuentan con ninguna institución prestadora de servicios de salud.

#### **Distribución de IPS en el país // Municipios con sede de IPS en zona rural**

La capital no esta exenta de este fenómeno de inequidad, en el norte de la ciudad existen 29 veces más prestadores que en la zona sur como se puede observara continuación.

En cuanto a las camas hospitalarias, **el país dispone en promedio de solo dos camas por cada 1.000 habitantes, lo que representa menos de la mitad del estándar de los países de la OCDE, que es de 4,4 camas por 1.000 habitantes**. Además, existen significativas disparidades entre los departamentos: solo la mitad supera el promedio nacional, y en casos críticos, como por ejemplo en el departamento del Vaupés, la cifra es tan baja como 0,47 camas por cada 1.000 habitantes.

La Organización Panamericana de la Salud en el 2011 planteó que el Sistema General de Seguridad – SGSSS estableció algunas barreras estructurales para el desarrollo de las Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud.

- *“La competencia versus la complementariedad de los prestadores. Al impulsar la administración gerenciada de las instituciones de salud en un mercado abierto con insuficiente regulación, se estimuló la competencia entre los prestadores a quienes se les impuso el principio de “quien no es autosuficiente y eficiente desaparece”, con lo cual se generó un espíritu de competencia por facturar, lograr eficiencia y posesionarse con mayor fuerza en el mercado. Esa condición hizo ver a los otros hospitales como competidores frente al mercado de la salud y no necesariamente como partners en el proceso de conservación del mismo y continuidad de la asistencia sanitaria (78).*

- *La no existencia de un sistema de tarifas y formas de pago definidos claramente para todos los prestadores, ha generado serias dificultades en el flujo de dinero y la acumulación de cartera entre los diferentes actores.*

- *La débil rectoría y gobernanza para conformar, organizar y operar la prestación de servicios de salud con base a las necesidades de la población-territorio y con la participación social requerida”*

