

Recomendaciones para mejorar los sistemas de **salud y riesgos laborales** e n C o l o m b i a



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

Recomendaciones para mejorar los sistemas de **salud y riesgos laborales** e n C o l o m b i a

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

JORGE HUMBERTO PELÁEZ PIEDRAHÍTA S.J.
Rector de la Universidad

LUIS DAVID PRIETO MARTÍNEZ
Vicerrector Académico

LIBARDO VALDERRAMA S.J.
Vicerrector del Medio Universitario

MARÍA ADELAIDA FARAH QUIJANO
Vicerrectora de Extensión y Relaciones Interinstitucionales

LUIS MIGUEL RENJIFO MARTÍNEZ
Vicerrector de Investigación

CATALINA MARTÍNEZ DE ROZO
Vicerrectora Administrativa

ANDRÉS ROSAS WULFERS
Decano Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

DIANA CAROLINA OLARTE BÁCARES
Decana Facultad de Ciencias Jurídicas

CARLOS GÓMEZ RESTREPO
Decano Facultad de Medicina

ROLANDO ENRIQUE PEÑALOZA QUINTERO
Director Instituto de Salud Pública

Resumen Ejecutivo

Esta iniciativa, liderada por la Pontificia Universidad Javeriana (en adelante, PUJ o la Javeriana) y Seguros SURA Colombia (en adelante, SURA), dio como resultado una serie de *Recomendaciones para mejorar los sistemas de salud y riesgos laborales en Colombia*.

Se desarrolló en tres fases orientadas a la identificación de los principales problemas que aquejan a los sistemas de salud y de riesgos laborales, a la revisión de la literatura nacional e internacional desde las diferentes disciplinas asociadas, y al planteamiento de recomendaciones encaminadas a superar los problemas identificados.

Para esto, se generaron diversas discusiones interdisciplinarias e interinstitucionales que permitieron el desarrollo de una propuesta final, donde no sólo participaron personas de Seguros SURA Colombia y la Javeriana, sino también invitados y expertos en las distintas temáticas tratadas.

En cuanto a la **rectoría del sistema** se identificaron como problemas la incompatibilidad de la rectoría constitucional y los cambios normativos, las limitaciones en la definición de la visión y dirección de la política sanitaria, la deficiencia en la regulación y control, la desarticulación entre la rectoría y el financiamiento, y el escaso desarrollo en la articulación y de acciones en salud pública, circunstancias que limitan el funcionamiento y la consecución de los objetivos del sistema de salud.

Para estas problemáticas, se propuso, entre otras soluciones, **crear un mecanismo de representación denominado “Gobierno Participativo del Sistema de Salud”, que establezca una relación entre el gobierno y la ciudadanía**; replantear el esquema de los territorios para aprovechar la Ley de las Regiones, con el fin de generar grandes grupos con capacidad de inversión social y unir esfuerzos que permitan facilitar la administración del Sistema de Salud en la ejecución de las acciones; definir las formas generales del aseguramiento, estableciendo para los entes las características técnicas y económicas que deben cumplir los aseguradores; proveer una adecuada interoperabilidad y calidad en los sistemas de información para la toma de decisiones estratégicas y materializar la uni-

Replantear el esquema de los **territorios** para aprovechar la Ley de Regiones con el fin de generar grandes grupos con inversión social

Conceptualizar la salud a partir de los **determinantes de salud** en pro de un sistema más solidario y equitativo

ficación del Plan de Salud, acabando con el dualismo entre la seguridad social y la atención en salud.

Asimismo, se planteó **descentralizar las funciones sancionatorias** que actualmente adelanta la Superintendencia delegada de Procesos Administrativos de la SNS hacia las Secretarías de Salud Distritales y Municipales, como entes de primera instancia; diseñar procesos de formación educativa no formal y otras herramientas dirigidas a jueces, usuarios y operadores; conceptualizar la salud a partir de los determinantes de salud, que permita la construcción de un sistema más solidario y equitativo; ejecutar una Atención Primaria en Salud (APS) orientada a los servicios de salud y delimitar el alcance de la salud pública, los roles y responsabilidades de los diferentes actores y los recursos a destinar para su desarrollo.

En cuanto a la **financiación**, las acciones han de enfocarse en gran medida hacia la sostenibilidad del sistema, entendiendo que hoy enfrenta no solo limitaciones asociadas a las fuentes de recursos, sino también retos en torno a la administración eficiente de los mismos.

Por una parte, la informalidad en el mercado laboral colombiano representa una enorme limitación financiera para el sistema, en la medida en que su principal fuente de recursos está cargada a los ingresos laborales. De otro lado, el alto costo de los medicamentos, los gastos crecientes en materia de nuevas tecnologías, la falta de claridad en algunos aspectos del Plan de Beneficios (PBS), una Unidad de Pago por Capitación (UPC) sin un suficiente ajuste de riesgo, órdenes masivas de prestaciones por parte de los jueces, entre otros, son aspectos que preocupan dentro de la administración eficiente de los recursos del sistema. Estas situaciones ponen en riesgo la sostenibilidad financiera del sistema y, en consecuencia, la garantía del derecho a la salud de toda la población.

Sobre estas problemáticas se propuso, entre otras soluciones, **desvincular la financiación de la seguridad social en salud del mercado laboral formal y financiarla mediante recursos fiscales**; mejorar la calidad mediante la implementación del pago por desempeño a las Entidades Prestadoras de Servicios (EPS) y a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS); establecer compensación por desatención imputable a una EPS en favor de la EPS que recibe a los usuarios; unificación de los regímenes; incentivos para elevar el nivel de consciencia de los usuarios; otorgar facultades sancionatorias a las secretarías de Salud y que los pagos de sanciones sean destinados a un fondo para inversión en salud.

Del mismo modo, se propone implementar los **Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD)**; fortalecer y propiciar la elaboración y aplicación de estudios de costo-efectividad de medicamentos y la auditoría a la prescripción médica; mayor protagonismo de Colombia Compra Eficiente en las licitaciones para la adquisición de dispositivos y medicamentos.

Separar y profundizar la financiación dispuesta para las actividades de **promoción y prevención**

Un gran capítulo asociado a los esfuerzos y contribución a la innovación farmacéutica con recursos, investigación y nuevas tecnologías; el apalancamiento de los seguros voluntarios como mecanismos para reducir costos dentro del sistema de salud; los ajustes a la normatividad actual que permitan la contratación directa de contratos de reaseguro por parte de las EPS; UPC con mejores ajustadores por riesgo; esquema de seguro de todo riesgo con exclusiones; Juez de la salud en los territorios; cuota moderadora del 30% para los medicamentos que se encuentren en el NO PBS.

Apalancar los **seguros voluntarios** como mecanismos para reducir costos dentro del sistema de salud

Respecto al **aseguramiento**, las discusiones se orientaron hacia el rol y competencias del asegurador, la reserva técnica y distribución del riesgo, el aseguramiento en zonas rurales y lugares dispersos, la fragmentación del aseguramiento y heterogeneidad de las prestaciones de servicio de salud entre las diferentes Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), la cobertura del Plan de Beneficios en el modelo de reaseguro.

En relación a estas problemáticas, se propone **concebir a las EPS como verdaderas aseguradoras, buscando coherencia y consistencia en todo el modelo: normativo, técnico y financiero**; construir zonas o regiones de aseguramiento: regulación diferenciada en lugares dispersos donde hay barreras; supervisión a cargo de la SuperFinanciera o posibilidad de vigilancia conjunta entre ésta y la SuperSalud; aclarar esquema de cobertura en el sistema: modelo todo riesgo, pero con un plan de exclusiones claro; definir límite en el valor asegurado; trasladar el deber de conservación del Estado del riesgo del aseguramiento tradicional; separar y profundizar en la financiación dispuesta para las actividades de promoción y prevención, de forma independiente a lo comprendido en la UPC; adoptar el componente fijo y variable en el cálculo de la UPC.

La fragmentación de la información limita la articulación entre los actores siendo necesario establecer **redes integradas y funcionales** de servicios de salud.

Además, definir incentivos para promover la adecuada atención de la población de algunos lugares, así como **esquemas de coparticipación en financiación e inversiones por parte del Estado en las redes**; generar articulación de acciones colectivas con individuales de prevención primaria, secundaria y terciaria; aclarar esquema de cobertura en el sistema: modelo todo riesgo.

También se propone separar y profundizar en la financiación dispuesta para las actividades de Promoción y Prevención, de forma independiente a lo comprendido en la UPC; definir esquema de reaseguro, para la dispersión del riesgo, especialmente en asuntos de alto impacto; esquema de reaseguro ante desviaciones significativas de la siniestralidad o eventos que puedan afectar significativamente el patrimonio del asegurador.

Frente a la **Prestación de Servicios y Salud Pública** se identificó la falta de continuidad en la atención y la deficiencia en la caracterización de las necesidades de los territorios y regiones a nivel nacional.

En cuanto a la operación, se encontró una fragmentación de la información que limita la articulación e interoperabilidad entre los actores por lo que se presenta la necesidad de establecer redes integradas y funcionales de servicios de salud. En ámbito del talento humano en salud, se establece la necesidad de intervenir la pertinencia y calidad en la formación.

En salud pública, la ausencia de liderazgo en territorios y la desarticulación con el aseguramiento individual, se encuentran como limitantes en el cumplimiento de metas a nivel nacional, llevando la discusión a la necesidad

de un trabajo conjunto de gobierno, EPS e IPS alineados hacia objetivos definidos y conducentes a lograr una atención integral a los usuarios del sistema.

Establecer una política de talento humano que estimule la presencia de algunas **especialidades médicas en territorios**

Respecto a estos problemas se propone **construir un modelo para gestionar la salud de la comunidad, identificando necesidades de territorio y los determinantes sociales en salud**; fortalecer el liderazgo de

las entidades territoriales y su capacidad técnica; implementar las Rutas Integrales de Atención de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIA), articuladas con las intervenciones colectivas a nivel extramural.

Así también, crear redes o sinergias, que además de contar con pares institucionales, integren otras colectividades; regular desde la contratación la garantía de continuidad respecto a servicios prestados; implementar redes integrales que eviten la fragmentación y propicien eficiencia del sistema; diseñar modelos de prestación de servicios de salud que tengan en cuenta los elementos en cuanto a patologías, manejo y los recursos.

Igualmente, se propone el diseño de un sistema único de información que permita resolver las necesidades de articulación de la información y la disminución de la carga administrativa de actores; diseñar un esquema de intervención que vincule las actividades colectivas con las individuales; abordaje del paciente por ejes de riesgo clínico individual en el área de la prestación de servicios; construcción de indicadores de impacto en salud con identificación y gestión de riesgo.

Sumado a lo anterior, se propone la formación de talento humano de acuerdo con el territorio; crear un programa de incentivos para medicina general; desarrollo en competencias de telesalud y flexibilización en su normatividad; la formalización laboral del talento humano en salud; cambio en el enfoque de formación hacia la prevención; acompañamiento integral a prestadores primarios y personal de salud en baja complejidad; centralizar y promocionar el acceso a estudios de posgrados según necesidades regionales; establecimiento de una política de talento humano que busque estimular la presencia de algunas especialidades médicas en los territorios y la formación de técnicos y tecnólogos en áreas de salud a nivel nacional, capacitar a las personas que hacen parte de los territorios.

En cuanto al **Sistema de Riesgos Laborales** se identificaron problemáticas como la insuficiencia en la cobertura por obstáculos y/o barreras de acceso a las coberturas, la falta de adaptación y modernización del sistema, dificultades en la sostenibilidad y solvencia financiera, retos y dificultades en la prevención de riesgos laborales y de siniestros, tensiones y desviaciones de la cobertura de los subsistemas de seguridad social (salud, riesgos laborales y pensiones y conflictos en la distribución de competencias de los actores del sistema de seguridad social).

Para estas problemáticas se proponen soluciones como un enfoque de **cobertura universal para todos los trabajadores**; flexibilidad y adaptabilidad a la diversidad de formas de trabajo; integración de tecnologías e innovación; mecanismos solidarios de financiación en favor de trabajadores de bajos ingresos; creación e implementación de una política pública nacional, con enfoque territorial, para lograr brindar cobertura en riesgos laborales a todos los trabajadores.

Del mismo modo, se formulan recomendaciones encaminadas a facilitar formas asociativas y desarrollos tecnológicos que impulsen las afiliaciones, la liquidación, recaudo de pagos y una plataforma unificada para la Seguridad Social que facilite interoperabilidad entre los diferentes subsistemas y que eviten la duplicidad de trámites; cobertura para las personas activas laboralmente que devengan menos de un salario mínimo; fortalecimiento de sistemas de información y de control para identificar capacidad de contribución al sistema y reducir la evasión y elusión; modalidades de afiliación y cobertura en riesgos laborales por demanda, con activación inmediata y posibilidad de elección de coberturas; ajustar periodos de pago a seguridad social a periodos diversos que atiendan a ingresos por sectores productivos.

Se propone la adopción de **mecanismos de cobertura universal** en riesgos laborales en favor de trabajadores de bajos ingresos

Del mismo modo, se proponen reconocimientos económicos y pensionales por invalidez para trabajadores con múltiples contratos de prestación de servicios; conveniencia de regulación de enfermedades y pérdida de capacidad laboral para regímenes especiales y exceptuados.

Se sugiere la adopción de mecanismos de cobertura con participación estatal en riesgos asociados a la Extra-Longevidad y a la composición del núcleo de beneficiarios, así como de cobertura del riesgo deslizamiento del salario mínimo por encima de la inflación; acciones de intervención ante fraudes al Sistema; costos asociados al Recaudo de la Cotización; variación de la tarifa en función de la Siniestralidad; actualización de las tablas de enfermedades Laborales y Actividades Económicas y recobros entre Subsistemas de la Seguridad Social, entre otras propuestas.

Participantes

Adriana García
Alejandro Gómez
Alejandro Mejía Yepes
Ana Isabel Mejía Mazo
Ana María González
Andrés Duarte Osorio
Andrés Eduardo Luengo
Angela Cristina Correa
Angela María Bedoya Murillo
Angélica María Zapata
Camilo Andrés Aristizábal
Carlos Alberto González
Carlos Andrés Uribe
Carlos Gómez Restrepo
Carlos Humberto Tobar
Carlos Ignacio Jaramillo
Carolina Ramírez Arboleda
Catalina Henao Correa
Christian David Rivera
Claudia Marcela Saldarriaga
Daniel Alejandro López
Diana Carolina Cuaspa Sanabria
Diana Elizabeth Cuervo Díaz
Enrique Peñaloza Quintero
Erika Cifuentes Dos Santos
Ingrid Katherine Almonacid
Irma María Echeverri
Isabel Cristina Fonnegra Mejía
Iván Ignacio Zuluaga
Iván Jiménez Uribe

Jaime Ramírez Moreno
Jenny Cecilia Brome Bohorquez
Jhonatan Gómez Pérez
Jorge Alejandro Mejía Velásquez
Juan Carlos Galindo
Juan David Escobar Franco
Juan Fernando Gaviria Gaviria
Juan Pablo López
Juan Pablo Zapata
Juliana Morad
Juliana Polo Vargas
Julieta Bastidas Rosas
Laura Atehortua Alvarez
Lesny Dahiana Palacios
Luz Marina Velásquez Vallejo
María Camila Mejía Castro
María del Pilar Trujillo
María Mónica Rey Atehortua
Marisol Salazar Flórez
Michelle Vanessa Orozco Arias
Natalia Sánchez Díaz
Oliver Enrique Pardo
Pablo Andrés Alvarez Bustamante
Pablo Fernando Otero
Paola Andrea Quiros
Paola Liliana Páez
Patricia Jaramillo Salgado
Sara Ruiz Mejía
Tomás Merchán Ortiz
Yanneth Castaño Castaño

Expertos invitados

Plenarias

Gloria Stella Ortiz Delgado, *Presidenta Corte Constitucional*

Juan Luis Castro, *Senador y médico, Magister en Salud Pública y finanzas*

Fernando Castillo Cadena, *Magistrado Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Laboral*

Mesa de Rectoría

Aquiles Arrieta Gómez, *abogado, magistrado auxiliar Corte Constitucional*

Héctor José Cadena, *economista, ex viceministro de Hacienda y ex presidente Nueva EPS y del Instituto del Seguro Social - ISS*

Iván Darío González, *médico, ex viceministro de salud pública y prestación de servicios.*

Julia Isabel Eslava, *Magister en Ciencias Políticas y Doctora en Estudios políticos, ciencias políticas y gobierno.*

Mesa de Aseguramiento

Héctor Upegui García, *médico, responsable mundial para investigación de Watson Health en IBM*

Lizbeth Alexandra Acuña Merchán, *directora ejecutiva de la Cuenta de Alto Costo - CAC.*

Augusto Acosta Torres, *ex superintendente bancario*

Juan Manuel Díaz Granados, *ex presidente ACEMI, abogado consultor experto en seguros*

Mesa de Financiamiento

Diana Isabel Cárdenas, *economista, magíster en economía y políticas de investigación social, ex directora ADRES*

Gilberto Barón, *economista, con experiencia en financiamiento, gasto y cuentas de salud*

Jairo Humberto Restrepo, *Director Grupo de Economía de la Salud, Universidad de Antioquia*

Paul Andrés Rodríguez, *profesor de economía del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario*

Santiago Matallana, *Vicepresidente Técnico del Consejo Privado de Competitividad*

Carlos Alberto Naranjo Botero, *miembro de la Asociación Colombiana de Actuarios*

David Bardey, *profesor de economía de la Universidad de los Andes*

Mesa de Prestación de Servicios y Salud Pública

Aida Milena Gutiérrez Alvarez, *médica, magistra en salud pública y especialista en medicina familiar*

Luis Carlos Ortiz Monsalve, *Director Ejecutivo Asociación Colombiana de Facultades de Medicina - ASCOFAME*

Luis Gabriel Bernal Pulido, *médico, magíster en salud pública, ex director nacional de talento humano en salud del Ministerio de Salud*

Juan Carlos Giraldo Valencia, *Director General de Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC*

Mery Barragán Ávila, *Odontóloga, Magister en Salud Pública. Actual asesora del Ministerio de Salud y Protección social*

Mesa de riesgos laborales

Laura Porras Santillana, *abogada, profesora de la facultad de derecho de la Universidad de los Andes*

Germán Plazas M., *abogado consultor en derecho laboral y seguridad social*

Apoyo logístico

Viviana Ramírez Correa

Contenido

Introducción	19
CAPÍTULO I.	
Propuestas para mejorar el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia	22
Salud pública	24
Homologación de criterios, roles, responsabilidades y enfoques particulares	24
1. Definir el alcance de la salud pública, los roles y responsabilidades de los diferentes actores y los recursos a destinar para su desarrollo	24
2. Identificar los diversos factores de riesgo y causas de los problemas de salud pública	24
3. Prestar una atención primaria en salud orientada a los servicios de salud a través de estrategias diferenciadas por territorio	24
4. Identificar colectivos que requieran cuidados especiales	25
Articulación entre la salud pública y el aseguramiento individual	25
5. Coordinación del aseguramiento individual y colectivo	25
6. Articular las acciones colectivas con las individuales en prevención primaria, secundaria y terciaria mediante esquemas y mecanismos que operacionalicen y permitan el cumplimiento de los planes	26
Financiación de la salud pública	26
7. Adoptar esquemas de incentivos por resultados e indicadores con el fin de brindar un uso adecuado a los recursos y cumplir las acciones en los territorios	26
8. Garantizar la disponibilidad de recursos para la salud pública y los modelos de atención por medio del cálculo de recursos necesarios	26
9. Creación del Fondo de Financiación para Planes o Proyectos de Inversión construido desde los territorios y con la participación de sus habitantes para atender puntuales necesidades de salud	27
10. Definir formas de integración de los recursos de planes de intervenciones colectivas e individuales, así como de las acciones	27
Creación de un modelo de gestión en salud territorial	28
Interoperabilidad y acceso a información del paciente	32
11. La información de salud debería ser un bien de interés prioritario	32
12. Crear una plataforma unificada de información de salud	32
13. Implementar la “historia clínica” interoperable	32

Desarrollo de tecnologías en salud	32
14. Dedicar recursos a la innovación	32
Rectoría	33
Territorialización	33
15. Crear e implementar una Política Pública Nacional con enfoque territorial	33
16. Mejorar la articulación intersectorial con respuesta diferenciada en cada territorio	33
17. Establecer esquemas competitivos o monopólicos de aseguramiento basados en la densidad demográfica de la zona	33
18. Implementar modelos de prestación de servicios de salud que tengan en cuenta los elementos característicos de los territorios	34
19. Promover el acercamiento de los servicios de salud a los territorios mediante el fortalecimiento de la atención extramural	34
20. Juez experto en Seguridad Social en los territorios	35
Inspección vigilancia y control	35
21. Profundizar en el esquema de inspección, vigilancia y control conjunta	35
22. Desarrollar las actividades de inspección, vigilancia y control (IVC) de manera descentralizada	36
23. Desarrollo de un esquema público de acceso a información sobre el Sistema de Salud	36
Participación comunitaria	36
24. Asegurar el enfoque de derechos transversal	36
Intervención intersectorial de situaciones de precariedad externa	37
25. Construcción de planes sectoriales integrales para afrontar las situaciones de precariedad externas al Sistema de Salud	37
Normatividad en la habilitación	37
26. Ajustar los requisitos de habilitación para las acciones de detección temprana (DT) y protección específica (PE) a nivel extramural	37
Aseguramiento	37
Actores en el esquema de aseguramiento	37
27. Promover un solo tipo de asegurador	37
28. Regular el cumplimiento de las barreras de entradas y permanencia de las EPS	38
29. Establecer lineamientos o estándares mínimos para la constitución de las reservas de siniestros avisados y de IBNR (Incurred but not enough reported) por parte de las EPS	39
30. Concebir a las EPS como verdaderas aseguradoras	39

31. Mantener como excepción a la regla general el giro directo ante riesgo de desnaturalización de la actividad aseguradora y de gestión de riesgos	40
Sostenibilidad del esquema de aseguramiento	40
32. Crear incentivos para elevar el nivel de conciencia de los usuarios	40
33. Diseñar un esquema de seguro de todo riesgo con exclusiones	40
34. Límite en el valor asegurado	41
35. UPC con mejores ajustadores por riesgo	42
36. Esquema de reaseguro para la dispersión del riesgo, especialmente en asuntos de alto impacto y ante desviaciones de la siniestralidad	43
37. Compensación por desatención imputable a una EPS en favor de la EPS que recibe a los usuarios	43
Prestación de servicios	43
Redes integrales e integradas	43
38. Implementar redes integrales e integradas en salud	43
39. Articulación de actividades colectivas e individuales en la operación	44
40. Fortalecer el rol del médico general	44
41. Condiciones especiales por patologías y territorios	44
42. Consolidación y unificación de diagnósticos	44
Modalidad de atención	45
43. Construir indicadores de impacto en salud.	45
44. Abordar al paciente por ejes de riesgo clínico individual.	45
45. Optimizar el talento humano en cuanto especialistas médicos.	45
46. Desarrollar competencias en telesalud como estrategia complementaria del cuidado de la salud.	45
Formación del talento humano en salud (THS)	46
47. Fortalecer la formación del THS de acuerdo con las necesidades identificadas en los territorios	46
48. Proveedor herramientas e incentivos que conduzcan a la ejecución planes de desarrollo o mejoramiento del desempeño de profesionales en salud	46
49. Gestión y publicación de la información del talento humano en salud por universidades con programas de salud	47
50. Creación de repositorios que comprendan la oferta académica para la formación del talento humano en salud	47
51. Integrar en la formación del talento humano en salud conceptos de promoción y prevención	47
52. Mejorar la capacidad operacional del sistema integrando todos los actores	47
Contratación y remuneración del talento humano en salud (THS)	48
53. Favorecer la vinculación, fidelización del talento humano y asegurar la competitividad salarial respecto a otros mercados de la región	48
54. Mejorar la capacidad laboral y múltiple cotización al sistema	48

Distribución del talento humano en salud (THS) en los territorios	48
55. Fortalecer el Registro Único del Talento Humano en Salud (RETHUS)	48
56. Estimular la presencia de especialistas médicos en territorios.	49
57. Demanda del talento humano en salud	49
Financiamiento	49
Fuentes de financiación	49
58. Desvincular la financiación de la seguridad social en salud del mercado laboral formal y promover su financiación mediante recursos fiscales	49
59. Aportes de personas pertenecientes al régimen subsidiado	50
60. Ajustar el esquema de cobro de copagos y cuotas moderadoras.	50
61. Cuota moderadora del 30% para los medicamentos que se encuentren en el NO PBS	51
62. Sanciones oportunas a las EPS	51
Remuneración a los actores	52
63. Mejorar la calidad mediante la implementación del pago por rendimiento de parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), a los prestadores de servicios de salud	52
Eficiencia en el gasto	53
64. Regulación de precios de los medicamentos con base en estudios de costo-efectividad	53
65. Fortalecer y propiciar la elaboración y aplicación de estudios de costo-efectividad de medicamentos y la auditoría a la prescripción médica	53
66. Incrementar el protagonismo de Colombia Compra Eficiente en las licitaciones para la adquisición de dispositivos y medicamentos	53
67. Apalancar los seguros voluntarios como mecanismos para reducir costos	54
68. Ajustar la normatividad actual que permitan la contratación directa de contratos de reaseguro por parte de las EPS	54
69. Profundizar en la financiación dispuesta para las actividades de promoción y prevención	55

CAPÍTULO II.

APORTES PARA LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES	56
Una aproximación al Sistema General de Riesgos Laborales en Colombia	58
Propuestas	60
Hacia un Sistema General de Riesgos Laborales que abarque y proteja todas las formas de trabajo	61
70. Enfoque de cobertura universal para todos los trabajadores	61



71. Enfoque solidario de financiación en favor de trabajadores de bajos ingresos	61
72. Enfoque de tecnologías e innovación	63
73. Creación e implementación de una política pública nacional, con enfoque territorial, para lograr brindar cobertura en riesgos laborales a todos los trabajadores	63
74. Creación de un fondo de financiación del sistema subsidiado y parcialmente subsidiado de riesgos laborales	64
75. Puesta en marcha del Piso de Protección Social y desarrollo de seguros inclusivos	65
76. Flexibilizar y adaptar el Sistema General de Riesgos Laborales a la diversidad de formas de trabajo	67
77. Cobertura para trabajadores con ingresos inferiores al salario mínimo	68
78. Diferenciación de la “afiliación” de la “cobertura” en riesgos laborales como conceptos independientes permitiendo que se pueda activar y desactivar la cobertura dependiendo del tiempo en que se realice la actividad laboral	69
79. Un sistema más cercano, accesible, simple, interconectado, con mayor y mejor información para la toma de decisiones y el control de la evasión	70
80. Creación de diferentes tipos de cobertura en riesgos laborales por demanda	71
81. Posibilidad de contratar planes complementarios, adicionales o voluntarios de riesgos laborales	72
82. Carga de afiliación y pago de la seguridad social en contratos de prestación de servicios a cargo del contratante	73
83. Reconocimientos prestacionales para trabajadores con múltiples contratos de prestación de servicios considerando la suma de los diferentes ingresos bases de cotización	73
Fortalecimiento de la rectoría del sistema	74
84. Coordinación y tecnificación de la rectoría del Sistema General de Riesgos Laborales	74
85. Distribución de competencias entre los actores de los subsistemas de salud, pensiones y riesgos laborales en los procesos de determinación de pérdida de capacidad laboral	75
Fomento de la sostenibilidad y la solvencia financiera del sistema de riesgos laborales en el largo plazo	75
86. Revisión de las tarifas de cotización al SGRL	76
87. Mecanismos para gestionar y mitigar los riesgos asociados a la longevidad y a la composición del núcleo de beneficiarios en pensiones del SGRL	77
88. Regraduación de las tarifas de cotización atendiendo las dinámicas y realidades	77
89. Gestión del riesgo de incremento del salario mínimo por encima de la inflación en las pensiones del SGRL	78
90. Estrategias coordinadas contra el fraude al Sistema General de Riesgos Laborales	79

91. Mitigación de los costos administrativos en el recaudo de la cotización	81
92. Actualización de tablas de enfermedades laborales, de actividades económicas de las empresas y de oficios de dependientes e independientes	81
93. Mecanismo de gestión de cobros entre Subsistemas de la Seguridad Social	82

CAPÍTULO III.

ANEXOS TÉCNICOS	84
------------------------	-----------

METODOLOGÍA DEL PROYECTO	85
---------------------------------	-----------

PROBLEMAS IDENTIFICADOS Y PRIORIZADOS	86
--	-----------

Problematización definida desde la Mesa de Rectoría	86
--	-----------

1. Incompatibilidad de la rectoría constitucional y los cambios normativos desde la rectoría del sistema	86
2. Limitaciones en la definición de la visión y dirección de la política sanitaria	87
3. Deficiencia en la regulación y control	88
4. Limitaciones en el fortalecimiento del sistema de salud basado en enfoque de derechos	89
5. Desarticulación entre la rectoría y el financiamiento para aumentar el alcance de las políticas y la financiación de la salud pública	89
6. Escaso desarrollo en la articulación y acciones en salud pública	90

Problematización definida desde la Mesa de Financiamiento	91
--	-----------

7. Limitaciones de las fuentes de financiamiento del sistema de salud	91
8. Ineficiencia en el uso de los recursos	91
9. Sobre costo de medicamentos	92
10. Gasto creciente	92
11. UPC sin ajuste por riesgo	92
12. Impacto de las tutelas en los gastos del sistema de salud (juez como ordenante del gasto)	93

Problematización definida desde la Mesa de Aseguramiento	93
---	-----------

13. Definición del rol y competencias del actor asegurador	93
14. Cálculo de UPC, reserva técnica y distribución del riesgo	94
15. Aseguramiento en zonas rurales y lugares dispersos	94
16. Fragmentación del aseguramiento y heterogeneidad de las prestaciones de servicio de salud entre las diferentes EAPB	95
17. Cobertura del Plan de Beneficios	95
18. Modelo de reaseguro	96

Problematización definida desde la Mesa de Prestación de Servicios y Salud Pública	96
19. Modelo de Prestación de Servicios	96
20. Falta de continuidad en los procesos de atención	96
21. Modelo de atención no parte de una conceptualización de territorios	96
22. Fragmentación de los Sistemas de Información	97
23. Necesidad de implementación de la Gestión Integral del Riesgo de Salud	97
24. Desconocimiento de la planeación Talento Humano en Salud	97
25. Pertinencia y calidad en la formación del Talento Humano en Salud	97
Salud Pública	98
26. Ausencia de liderazgo en los territorios	98
27. Desarticulación entre la salud pública y el aseguramiento individual	98
PROBLEMATIZACIÓN DEFINIDA DESDE LA MESA DE RIESGOS LABORALES	98
Obstáculos y/o barreras de acceso a las coberturas de riesgos laborales	98
28. Retos y dificultades de la prevención de riesgos laborales y de siniestros	99
29. Tensiones y desviaciones de la cobertura de los subsistemas de seguridad social (salud, riesgos laborales y pensiones)	99
30. Conflictos en la distribución de competencias de los actores del sistema de seguridad social	99
Riesgos de afectación de la sostenibilidad financiera del sistema	100
31. Insuficiencia en la cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales	100
Adaptación y modernización del Sistema General de Riesgos Laborales	105
32. Restricciones de acceso al sistema	105
33. Tensiones y desviaciones de la cobertura de riesgos laborales y salud	105
34. Distribución de competencias entre actores del SGSSS, SGRL y el SGP en procesos de determinación de PCL	106
Sostenibilidad y solvencia financiera del Sistema General de Riesgos Laborales	106
35. Riesgos asociados a la extra-longevidad y a la composición del núcleo de beneficiarios	106
36. Deslizamiento del Salario Mínimo y fijación anual del salario mínimo en Colombia	107
37. Respecto a los fraudes al Sistema	107
38. Costos asociados al Recaudo de la Cotización	108
39. Variación de la tarifa en función de la Siniestralidad	108
40. Actualización de Tablas de Enfermedades Laborales y Actividades Económicas	108
41. Recobros entre Subsistemas de la Seguridad Social	109
Bibliografía	110

Introducción

Considerando que en Colombia el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y el Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) constituyen la base para el desarrollo social y económico del país, en el marco de los principios de universalidad, cobertura, integralidad, solidaridad, igualdad, suficiencia, participación y unidad, surge la necesidad de **generar cambios que garanticen, integren y mejoren** la calidad en la prestación de los servicios.

A lo largo de los tiempos, se han planteado algunas reformas, término que ha adquirido popularidad en los últimos años, aun cuando no existe unidad de criterio respecto a lo que se entiende como tal. Las connotaciones e interpretaciones del concepto varían según quién las formule, bien sea hacedores de políticas y/o analistas.

Llama la atención que, en ocasiones, actores locales y/o políticos buscan magnificar los pequeños cambios del sistema de salud, etiquetándolos con la denominación de reforma. De allí la importancia de diferenciar lo que es una reforma estructural de pequeños y continuos cambios que se introducen para modificar los sistemas.

Cassels (1995), define la reforma del sector salud como las actividades que generan cambios en las políticas y en las instituciones que las implementan. Redefinir los objetivos de la política no es por sí solo suficiente. Para lidiar con las restricciones del sector salud, las reformas institucionales se manifiestan con cambios en las instituciones existentes, las estructuras de las organizaciones y la administración de los sistemas. Por lo tanto, las reformas de salud implican “definición de nuevas prioridades, redefinición de políticas y reforma de instituciones a través de las cuales se implementan las nuevas políticas”.

La evolución normal y los cambios incrementales de los sistemas deben diferenciarse de los **cambios fundamentales**

Los sistemas de salud, sin embargo, experimentan continuos cambios en la operación del día a día. La evolución normal y los cambios incrementales de los sistemas deben diferenciarse de los cambios fundamentales de las estructuras. Una reforma amplia usualmente se entiende como un concepto político que involucra procesos de arriba hacia abajo y de cambios en estructuras. Importantes cambios estructurales y organizacionales pueden ocurrir sin deliberaciones intencionadas por los

gobiernos, pero influenciadas por otros factores como la introducción de nuevas tecnologías o crisis económicas

Así, para que ocurra una verdadera reforma, los cambios requieren elementos sustantivos en dos categorías: procesos y contenidos.

- **En los procesos:** cambios estructurales en lugar de incrementales o evolutivos; cambios en los objetivos de la política seguidos de un cambio de instituciones, en lugar de una redefinición de los objetivos solamente; cambios intencionados en lugar de cambios por azar; cambio sostenido y a largo plazo en lugar de un cambio único; y proceso político de arriba hacia abajo liderado por gobiernos nacionales, regionales y locales.
- **En los contenidos:** diversidad en las medidas adoptadas, y determinación por características del sistema de salud del país.

Como complemento, es importante mencionar que se requiere de un despliegue de esfuerzos y un compromiso de los actores que permita el control sobre la corrupción existente en el Sistema Integral de Seguridad Social; un fenómeno dinámico y complejo que ha permeado los sistemas. Esto a su vez, contribuiría a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, y garantizar un acceso real y de calidad a los servicios de salud que, como principio, tenga en cuenta los determinantes en salud bajo condiciones de equidad.

Este proyecto de investigación, liderado por la Pontificia Universidad Javeriana junto con Seguros SURA Colombia, bajo el título “*Recomendaciones para mejorar los sistemas de salud y de riesgos laborales en Colombia*”, surge como respuesta a las necesidades de ajustar algunos aspectos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Laborales, y como una iniciativa que pretende dar una visión panorámica de la situación actual del Sistema en el país.

Garantizar un acceso real y de calidad a los servicios de salud, que, como principio, tenga en cuenta los determinantes en salud bajo condiciones de equidad, contribuiría a alcanzar los **objetivos de desarrollo sostenible**

Para el efecto, se analizan antecedentes y características que permitan realizar observaciones y estructurar recomendaciones encaminadas a introducir mejoras en el actual Sistema de salud y riesgos laborales.

Centrados en esta tarea, se realizó un proceso interdisciplinario de diálogo interinstitucional, con mesas de trabajo organizadas de acuerdo con las funciones básicas de los sistemas de salud propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS): Rectoría, Financiamiento, Aseguramiento y Prestación de los servicios de salud y, como categoría emergente en el proceso, Riesgos Laborales. Estas mesas de discusión se conformaron por profesores e investigadores de la Pontificia Universidad Javeriana sede Bogotá, profesionales de la Institución Prestadora de Servicios -Javesalud, funcionarios Seguros SURA Colombia e invitados expertos en diferentes temas.

El proceso se llevó a cabo en tres fases: la primera se orientó a la identificación de los principales problemas que aquejan al sistema de salud; la segunda tuvo como objetivo determinar propuestas de solución; y la tercera y última, se orientó a identificar las propuestas transversales de cada mesa de trabajo, organizándolas en grandes categorías temáticas para facilitar su interpretación y aplicación.

De esta manera, el presente documento describe en tres capítulos las propuestas de solución desde enfoques divergentes, y los cambios incrementales para el Sistema General de Seguridad Social en Salud y estructurales para el Sistema General de Riesgos Laborales. Además, detalla el enfoque de algunas de las propuestas desde un modelo de salud y, como anexos técnicos, se describen las discusiones dadas en torno a la identificación de los problemas prioritarios en cada mesa.

En el primer capítulo, se describen las propuestas para contribuir al SGSSS; en el segundo, se generan aportes para la transformación del SGRL en Colombia; y por último, en el tercer capítulo, se describen los anexos técnicos del proyecto incluyendo la metodología ejecutada a lo largo del proyecto, los problemas identificados y priorizados en ambos sistemas.

Se realizó un proceso **interdisciplinario de diálogo interinstitucional**, con mesas de trabajo organizadas de acuerdo con las funciones básicas de los sistemas de salud propuestos por la Organización Mundial de la Salud

Capítulo



**Propuestas para mejorar el
Sistema General de Seguridad
Social en Salud de Colombia**

Con la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), definido mediante la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, Colombia ha experimentado un gran avance en materia de cobertura sanitaria con cifras superiores al 97% de la población afiliada, que ha garantizado disminuciones en las tasas de los principales indicadores de salud pública (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2021), además de un alto nivel de protección financiera reflejada en los gastos de bolsillo, una cifra alrededor del 16,3% (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2020).

Ahora bien, la ineficiencia en la utilización de los recursos públicos, las barreras para acceder a los servicios de salud y la ausencia de una calidad homogénea en la prestación de los servicios son sus fallas más visibles y las responsables de la desconfianza ciudadana (Rivera, 2013).

Además de estos problemas, la pandemia por COVID-19 ha contribuido a intensificar las dificultades del sistema de salud, dejando en evidencia sus carencias y retos. Por esto, la academia y los protagonistas del sector han entrado en un proceso de reflexión profunda sobre su papel frente a los retos del pasado y los cambios en las condiciones de salud de la población, las dinámicas de carácter global que repercuten en ella, y ofrecer respuestas de fondo que permitan garantizar la salud como un derecho humano fundamental (Ortiz G. S., 2020).

Se plantean una serie de propuestas hacia **cambios incrementales**, orientadas a construir un sistema más incluyente que incorpore a los ciudadanos en las decisiones que aseguren mayor legitimidad

En este capítulo se procura dar respuesta a los principales retos que se identificaron dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano.

Desde la academia se plantean una serie de propuestas hacia cambios incrementales, orientadas a construir un sistema más incluyente que incorpore a los ciudadanos en las decisiones que aseguren mayor legitimidad. En esa línea, se busca garantizar una atención integral, la materialización del acceso a toda la población, calidad en la prestación de los servicios, la gobernanza, la sostenibilidad financiera, el fortalecimiento y los recursos para la salud pública, dignificación del talento humano en salud y una adecuada gestión del riesgo en salud, así como a coadyuvar al fortalecimiento del aseguramiento y contar con instituciones fuertes que garanticen el correcto funcionamiento del Sistema de Salud.

SALUD PÚBLICA

Homologación de criterios, roles, responsabilidades y enfoques particulares

1. *Definir el alcance de la salud pública, los roles y responsabilidades de los diferentes actores y los recursos a destinar para su desarrollo*

Se propone homologar los criterios, dando claridad en los recursos requeridos y dispuestos en la actualidad.

Para definir el alcance de la salud pública se debe ahondar en investigaciones y crear prototipos de aproximaciones a las soluciones que logren ser escalables, incorporando indicadores internacionales (Objetivos de Desarrollo Sostenible-ODS-, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos -OCDE-, OMS, entre otros) en temas de calidad de vida, salud de jóvenes, mujeres, y otros, como parte esencial de inspiración de las acciones de políticas públicas.

También se requiere crear incentivos para propiciar la participación de actores en los planes de salud pública, desde las distintas aristas, y propiciar esquemas de cohesión adecuados para materializar las responsabilidades.

2. *Identificar los diversos factores de riesgo y causas de los problemas de salud pública*

Se plantea que no sólo se ejecute desde la perspectiva del diagnóstico médico, sino que incluya factores sociales, familiares, económicos y profesionales (determinantes sociales).

Un portal web y publicaciones periódicas sobre los principales hallazgos del monitoreo y seguimiento al sistema de salud desde los distintos territorios que favorezcan una mayor y más completa participación ciudadana, así como una mayor comprensión integral del entorno por parte de sus diferentes actores, elevando los niveles de información y conocimiento.

3. *Prestar una atención primaria en salud orientada a los servicios de salud a través de estrategias diferenciadas por territorio*

Se plantea también, articular la Atención Primaria en Salud (APS) con los programas de salud pública regionales soportados en las características específicas del territorio.

Esto supone intervenir sus causas estructurales en salud y las deficiencias en infraestructura para la adecuada prestación del servicio y generar una nueva relación entre los equipos de salud y la población, mediante la definición de la rectoría de la territorialidad, los roles, los responsables y el alcance.

4. Identificar colectivos que requieran cuidados especiales

De acuerdo con la actividad económica de colectivos específicos, se propone desarrollar programas en pro de mitigar el riesgo de las poblaciones que requieran cuidados especiales, así como acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, para trabajar por sectores económicos en salud.

Se requiere reconocer las particularidades para proponer acciones específicas que contribuyan a la solución de sus problemas y que estos colectivos participen en los espacios de decisión frente a sus problemas, para la cual se podría aprovechar el mecanismo de planificación propuesto anteriormente.

Generar una nueva relación entre los equipos de salud y la población, mediante la definición de la rectoría de la territorialidad, los roles, los responsables y el alcance



Anotación: Se recalca la importancia de reconocer las necesidades de la población, así como el rol de las direcciones territoriales en la salud. Lo anterior en razón a la desarticulación entre las políticas de salud pública, el aseguramiento individual y colectivo, las necesidades de las comunidades y lo que se ofrece dentro del modelo de aseguramiento individual a nivel de los territorios.

ARTICULACIÓN ENTRE LA SALUD PÚBLICA Y EL ASEGURAMIENTO INDIVIDUAL

5. Coordinación del aseguramiento individual y colectivo

Se propone establecer un mecanismo de planificación a través del cual se articulen las acciones de promoción y prevención individuales y colectivas entre las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB), las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y las entidades territoriales.

Un mecanismo de planificación encaminado a la articulación de las acciones de promoción y prevención individuales y colectivas entre los diferentes actores



Este plan se desarrollaría mediante una convocatoria anual formulada por los Entes Territoriales (ET), donde se integren actividades y estrategias del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) con las del Plan de Beneficios en Salud (PBS), enfatizando en el ámbito extramural y los espacios cotidianos de la población del territorio.

Así podría aportarse al alcance de los objetivos comunes de salud pública en las poblaciones, sin que exista una limitante entre la intervención colectiva y la individual, derivada de los diferentes mecanismos de financiamiento de una y otra.

6. *Articular las acciones colectivas con las individuales en prevención primaria, secundaria y terciaria mediante esquemas y mecanismos que operacionalicen y permitan el cumplimiento de los planes*

Se propone su ejecución por medio de la identificación de propósitos comunes, homogeneizando y estructurando veedurías ciudadanas con alcance claro, con el fin de que los lineamientos sean nacionales, se cumplan regionalmente y se realicen actividades integrales.

Su efectividad dependerá de asignar fuentes de financiación adicionales a la UPC, y evaluarlos con indicadores de salud pública. Asimismo, promover una gestión integrada frente a las acciones colectivas desde ámbitos intersectoriales, como laborales, escolares y comunitarios, para enlazar a la comunidad con la población trabajadora afiliada, y de esta manera impactar también en determinantes sociales de salud.

Financiación de la salud pública

7. *Adoptar esquemas de incentivos por resultados e indicadores con el fin de brindar un uso adecuado a los recursos y cumplir las acciones en los territorios*

Se plantea realizar una alineación de incentivos por resultados e indicadores, y delimitar recursos y articular acciones con el Plan de Salud Pública, a través de actividades de Salud Pública con recobro directamente ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) o la entidad territorial, incluyendo convenios colaborativos.

8. *Garantizar la disponibilidad de recursos para la salud pública y los modelos de atención por medio del cálculo de recursos necesarios*

Se requiere dimensionar los modelos de atención en términos de porcentajes de gasto en salud, atendiendo algunos criterios explícitos de intervenciones, procedimientos, actividades e insumos con el fin de definir que la asignación se realice de acuerdo con el alcance de las políticas implementadas.

Se requiere dimensionar los modelos de atención en términos de porcentajes de gasto en salud

Asimismo, complementar las propuestas planteadas con nuevas fuentes de financiación para el sistema de salud, considerando alternativas como los impuestos generales y un fondo de recursos para financiar proyectos de inversión territorial, alimentado del recaudo de multas impuestas en procesos administrativos sancionatorios y sanciones por desacato de tutela.

9. Creación del Fondo de Financiación para Planes o Proyectos de Inversión construido desde los territorios y con la participación de sus habitantes para atender puntuales necesidades de salud

Se propone que la administración de este fondo se realice bajo los criterios de priorización de impacto en atención de los beneficios que representen para el Sistema, considerando que contribuyan a garantizar el goce efectivo de los derechos de los usuarios de la salud.

A su vez, que la ejecución y uso de los recursos de los proyectos priorizados sean vigilados en forma conjunta por los órganos de inspección, vigilancia y control de forma articulada y coordinada.

Este fondo podrá alimentarse de recursos públicos, como: los eventuales recaudos con el cobro de sanciones impuestas en el marco de procesos administrativos sancionatorios; multas impuestas mediante incidentes de desacato de acciones de tutela relacionadas con el derecho a la salud; donaciones con incentivos tributarios similares a los que actualmente existen para proyectos de economía naranja, entre otras.

10. Definir formas de integración de los recursos de planes de intervenciones colectivas e individuales, así como de las acciones

Una de las principales causas de la falta de integración de las intervenciones colectivas con las prestaciones individuales es el componente financiero, pues para las primeras los recursos los recibe la Entidad Territorial y para las demás, cada asegurador.

Lo anterior sumado a la falta de claridad en las causas de los problemas de salud, el desconocimiento de cómo integrar los recursos y la ausencia de liderazgo y gobernanza para coordinar el Sistema de Salud en su jurisdicción, lleva a que cada actor realice las prestaciones tratando de cumplir lo que está reglamentado, aunque estas actividades no necesariamente le apunten a la solución real e integral de los problemas de salud del territorio.

Lleva, asimismo, a ineficiencias en el uso de los recursos por la duplicidad de esfuerzos de unos y otros, y la falta de continuidad e integralidad para intervenir los riesgos en salud de la población.

Si bien las fuentes de financiamiento para ejecutar las intervenciones colectivas e individuales están claramente definidas, no lo están las formas de integrar estos recursos, ni las acciones para que puedan generar impacto positivo en los resultados en salud.

No hay claridad en las formas de **integrar los recursos** dispuestos para las intervenciones colectivas e individuales ni las acciones que puedan generar impacto positivo en los resultados en salud

Creación de un modelo de gestión en salud territorial

Se propone la creación de un modelo que comprenda los siguientes elementos:

Premisas

1. Enfoque **preventivo** y de promoción de la salud.
2. **Modelo de gestión** de riesgo individual y poblacional.
3. Estrategia de **redes integradas**, fortalecimiento de la interoperabilidad y la articulación, entre los niveles de atención.
4. Implementación de las Rutas Integrales de Aseguramiento en Salud – RIAS.
5. Las acciones integradas se prestarán a **toda la población** independientemente del asegurador al que se encuentre afiliada la persona.
6. Concepto de **regionalización en el modelo**, por distribución política o regiones definidas por unión de departamentos según necesidades.
7. Gestión de prestación por territorios.

Actores

Rectoría Nacional

Rectoría: Ministerio de Salud

Vigilancia: Superintendencias, Contraloría, Procuraduría y defensoría del pueblo

Rectoría y vigilancia regional

Entidades territoriales

Superintendencias de Salud, Financiera y, de Industria y Comercio

Actores territoriales

Actores del Sistema de Seguridad Social

Actores sociales y comunidad

Acciones

Para llevar a cabo la integración de las intervenciones colectivas con las individuales y en consonancia con lo establecido en la Política de Atención Integral en Salud-PAIS y el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE, se requiere un diagnóstico de la actual situación de salud del territorio, priorizar las acciones, las zonas, los entornos, y conformar los equipos básicos de atención-EBA para realizar el abordaje integral a la población, mediante tres tipos de acciones:

Plan de intervenciones colectivas: educación en salud, identificar riesgo en salud mental, nutricional, cardiovascular, visual y auditivo, intervenciones iniciales individuales, detección y gestión de riesgos ambientales, gestión territorial. Identificación de determinantes sociales.

Identificación y gestión de riesgos: remisión hacia el asegurador, activación de otros actores para atención de necesidades relacionadas con determinantes.

Actividades resolutivas definidas en el Plan de Beneficios en Salud y RIAS de promoción y mantenimiento de la salud: métodos de planificación, vacunación, pruebas de VIH y sífilis.

Áreas de acción del modelo

Enfoque Modelo de Atención Primaria en Salud Territorial (APST).

Fortalecido en las necesidades de cada territorio y con estrategias de promoción y prevención acordes con la situación epidemiológica de cada región.

Enfoque en atención primaria, centrado en persona, familia y comunidad tratando de converger la prevención individual con la colectiva.

Donde la Entidad Territorial convoca a los aseguradores para participar en la prevención a nivel colectivo. En este Plan Territorial de Salud (PTS) se deben tener en cuenta modelos de financiamiento, así como responsabilidades y competencias entre los actores del sistema.

Enfoque con un concepto de territorialidad y de la colectividad.

Con la posibilidad de aprovechar espacios de encuentro de comunidades liderados por el ente territorial, y a hacer intervenciones individuales y colectivas de gestión del riesgo, del que participen e inter-actúen diferentes aseguradores sin barreras por asegurador o facturación.

Mesas intersectoriales regionales dirigidas por la entidad territorial

Que incluya a los sectores con competencias para participar en la formulación de políticas públicas y atender determinantes sociales. De dichas mesas harán parte representantes de las comunidades.

Programa de estilos de vida saludable definido por el Gobierno

En su divulgación e implementación pueden participar entidades sociales y comunitarias (Juntas de Acción Comunal o líderes sociales).

Prestación

1. Fortalecer **interoperabilidad** de organismos de gobierno con los distintos actores del Sistema.
2. Construcción de una **historia clínica centralizada**, que permita hacer seguimiento al paciente y reduzca el riesgo operacional.
3. Fortalecer, unificar **guías de práctica clínica** con componentes para el nivel ambulatorio de baja complejidad, y promover acciones de prevención válidas para todo el país. Unificar conceptos que sean transversales a los niveles de atención.
4. **Enlazar el área laboral y de reintegro**, con miras a la prevención de discapacidad y rehabilitación terciaria.
5. Definir **roles de prestadores**, capacidad y habilidades de profesionales en la atención, que permitan ubicar el paciente en el nivel de complejidad adecuado. Contrarreferencia oportuna y estabilización en el cuidado apropiado.
6. **Alinear normatividad** y aspectos de habilitación, en función de brindar respuesta oportuna a las necesidades de la población.
7. Garantizar la **oferta de telesalud** para beneficio de los pacientes, dar continuidad y flexibilizar la regulación. Adecuar el Sistema a las necesidades de la población. adaptación oportuna del Sistema de salud.
8. **Ampliar intervenciones en salud** de acuerdo con especialidades y perfiles de talento humano, con el fin de prestar servicios en salud de acuerdo con las necesidades y disponibilidad. Perfiles con interacción social y con la comunidad.
9. **Regulación de precios** de insumos y equidad en distribución. Reducir la brecha de tiempo entre la validación de conceptos científicos para las nuevas tecnologías y su implementación con el aval de los organismos de control.

Gestión

1. **Empoderar al ente territorial**, con un acompañamiento técnico desde el Ministerio de Salud.

Se propone un sistema integral de vigilancia y control en salud, que integre a la Procuraduría, la Contraloría y la Defensoría del Pueblo, también la Superintendencia Financiera y a la Superintendencia de Industria y Comercio, que lleve a una alineación de intereses. De esta forma, se propicia una mejor respuesta, compromiso y conductas de los actores del sistema de salud.
2. La **desconcentración** favorece la independencia del nivel territorial y también la vigilancia local.
3. **Fortalecer la figura de “enlaces territoriales”**. El Ministerio de Salud designará una persona para cada territorio, y su función será la de evaluar cómo la región recibe y entiende las directrices, e identifica necesidades y dificultades.

Financiación

A partir de lo planteado en la Política de Atención Integral en Salud-PAIS, el Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS y lo contenido en el Modelo de Acción Integral Territorial (MAI-TE):

1. Los entes locales deben **definir un modelo de prestación en el cual se integren las actividades colectivas y las individuales**, que apunten a solucionar los problemas de salud identificados en el territorio, con enfoque de promoción y prevención, siendo la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud la entidad integradora.
2. El Ministerio de Salud deberá generar los anexos técnicos necesarios y **plantear diferentes formas de articulación**, integración, coordinación y esquema de financiamiento; además, asesorar y prestar la asistencia técnica necesaria para la construcción de los planes territoriales integrados.

Para lograr la integración de actores, acciones y de recursos, se propone trabajar en cuatro premisas:

Diagnóstico por territorio. Identificar con claridad los problemas en salud de la población y con base en ello definir las intervenciones integrales.

Disponer de un **sistema o plataforma de información única** que facilite la articulación entre los actores.

Redefinición del alcance del PIC con énfasis en la atención extramural como mecanismo para implementar la Red Integral de Atención - RIA de Promoción y Mantenimiento de la Salud acercando los servicios a la población.


Establecer **indicadores** claros y medibles de impacto en salud.

Recursos

1. Mantener las fuentes y la asignación de recursos actual, siempre y cuando, el Gobierno central **diseñe y reglamente la forma de integrarlos**, definiendo responsabilidades y metas claras.
Lo anterior con el fin de disminuir los riesgos de doble financiamiento, y de omisión o extralimitación de competencias de cada actor.
Las aseguradoras reciben la totalidad de los recursos para realizar las actividades de Detección Temprana - DT y Protección Específica - PE tanto a nivel intramural como extramural, pero le reconocen a la entidad territorial (prestador que ésta defina) el valor de las actividades realizadas a nivel extramural.
2. Se propone que las Entidades Territoriales financien con los recursos del Plan de Intervenciones Colectivas - PIC y propios no solo las intervenciones colectivas, sino también las actividades de Detección Temprana - DT y Protección Específica - PE extramurales que se **requieran para brindar integralidad y para impactar positivamente en los riesgos en salud**.
Así se recaudarían los recursos de las intervenciones individuales a través de la facturación y pago de los aseguradores a la IPS que opere o preste los programas en los diferentes entornos, recursos que serían utilizados para reinvertirlos en el financiamiento de los programas.
Esta integración aplica para las acciones extramurales, pues las aseguradoras a través de su red de prestadores continuarán brindando la atención intramural.
3. Reformar el **alcance de las intervenciones del Plan de Intervenciones Colectivas - PIC** para que incluyan las intervenciones individuales que se requieran para impactar el problema de salud.
Esto implica una reorganización de los recursos, con el fin de asignar directamente un porcentaje de los recursos que hoy reciben las aseguradoras para las actividades de Detección Temprana - DT y Protección Específica - PE a las Entidades Territoriales.
Supone también la redefinición de metas y responsables.
De esta forma se genera una capacidad extendida donde cada actor desarrolla los programas correspondientes con los recursos que recibe y de acuerdo con las metas establecidas.
4. Se propone que los recursos para financiar el Plan de Intervenciones Colectivas y las actividades de Detección Temprana - DT y Protección Específica - PE a realizarse a nivel extramural **se integren en una sola subcuenta en la ADRES** y que se giren a las entidades territoriales para que operativicen, contraten y realicen seguimiento a los planes integrados.
5. En tal sentido, se requeriría una redefinición y redistribución de los recursos dependiendo de la modalidad de atención, donde las aseguradoras recibirían los recursos para la atención intramural y las entidades territoriales los recursos para la atención extramural.

Interoperabilidad y acceso a información del paciente

11. La información de salud debería ser un bien de interés prioritario



La información de salud debería ser considerada como un bien de interés prioritario

Debería establecerse la data como un bien de interés prioritario del sector con una unidad que administre la información bajo los protocolos de seguridad y confidencialidad respectivos.

12. Crear una plataforma unificada de información de salud

Con el fin de generar un consenso sobre los requerimientos mínimos de información que manejan los diferentes actores, fundamentado en interoperabilidad, transparencia, accesibilidad y seguridad de la información, se plantea crear una plataforma que permita el intercambio de información en la historia clínica, y otra centralizada con datos a nivel país y a manera de repositorio que contenga toda la información de los sistemas de información.

13. Implementar la “historia clínica” interoperable

Se plantea la implementación del modelo electrónico interoperado que facilite la conexión entre los actores del Sistema de Salud en sus territorios y a nivel nacional (Congreso de la República de Colombia, 2020).

Debería considerarse que esta historia clínica sea electrónica y esté disponible para el personal de salud autorizado, los prestadores de servicios de salud, los aseguradores, los actores en general del sistema de salud y para el paciente, que permita la integralidad para la prestación de servicios y el empoderamiento del usuario.

Además, debería permitir actualizar los indicadores en salud de mayor alcance y calidad y los esquemas de diagnóstico que permitan categorizar de manera adecuada las patologías y las atenciones que se realizan desde el sistema de salud.

Desarrollo de tecnologías en salud

14. Dedicar recursos a la innovación

Esta propuesta busca contribuir en la ejecución de modernas formas farmacéuticas que permitan la elaboración de novedosos medicamentos y vacunas para acceso oportuno de la población.

Sería viable a través de convenios de colaboración científico-clínico entre las Universidades, laboratorios, el Ministerio de Salud y Protección y, el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación con el fin de promover el desarrollo recíproco.

RECTORÍA

Territorialización

15. Crear e implementar una Política Pública Nacional con enfoque territorial

Construir la Política Pública Nacional mediante procedimientos y escenarios que inicien desde los territorios y sus comunidades, y que comprenda objetivos de mediano y largo plazo.

Por tanto, a nivel territorial debe fortalecerse la identificación de las necesidades en salud y de los procesos encaminados a su resolución, y a partir de ellos, ejecutar acciones de mejora y la consolidación de un plan de trabajo. Para ello, se plantean dos propuestas:

1. Contar a nivel nacional con un **mecanismo de participación y representación de los distintos actores del sistema** con énfasis en la participación ciudadana para la toma de decisiones de política.
2. **Proveer información que conduzca a la acción estratégica** de la rectoría territorial, basando las decisiones en variables objetivas, diferenciadas regionalmente y disponibilidad de los recursos necesarios para desplegar las acciones requeridas en todos los territorios.

16. Mejorar la articulación intersectorial con respuesta diferenciada en cada territorio

Promover acciones descentralizadas que respondan a las necesidades diferenciales de cada territorio, mediante la articulación y fortalecimiento de los Ministerios (*Salud y Protección Social, Trabajo, Ambiente y Desarrollo Sostenible, y de Ciencia, Tecnología e Innovación*), entes territoriales y otras entidades privadas con roles y objetivos que permitan el seguimiento y continuidad de las políticas públicas.

Esta articulación requiere el fortalecimiento de las entidades territoriales y sus competencias técnicas, optimizando su capacidad para convocar a los diferentes actores y orientarlos hacia un mismo objetivo.

17. Establecer esquemas competitivos o monopólicos de aseguramiento basados en la densidad demográfica de la zona

Se plantea regionalizar el aseguramiento mediante esquemas competitivos o monopólicos con base en la densidad demográfica de la zona. Esto supone hacer un levantamiento, diagnóstico y caracterización del territorio, que permita conocer su realidad, así como un enfoque de permanencia que asegure la gestión en el tiempo.

También se proyecta un esquema de subastas para participar en el aseguramiento en zonas determinadas y establecer con claridad variables de participación según las necesidades y condiciones de dichas zonas. En caso de que no se presenten entidades privadas a la subasta, el Estado debe operar el aseguramiento en dicha zona.

Anotación. Un aseguramiento con base en la regionalización y en subastas con las variables y criterios adecuados que permitan un equilibrio en la gestión, garantizaría el establecimiento de una UPC más eficiente en términos costo/beneficio. La participación en dicha subasta debe ser voluntaria y en caso de no existir postulantes la responsabilidad recaería en el Estado. La afiliación de la población debe estar asegurada en el tiempo y es condición para su desarrollo hacer las inversiones necesarias. La permanencia de la población también estar sujeta a indicadores de desempeño, lo cual permite un mejor abordaje de los problemas de incentivos.

Como lo plantearon Paul Milgrom y Robert Wilson, Premio Sveriges Riksbank en Ciencias Económicas en su teoría de la subasta de valor común. Esta se refiere a que un valor que se desconoce de antemano o que es incierto, al final tiene el mismo valor para todos los participantes. Según esta teoría no solo permite valores comunes, sino también valores privados que varían de un postor a otro, demostrando que un formato le dará al vendedor mayores oportunidades de ingresos esperados cuando los postores aprendan más sobre los valores estimados que otorgan los demás participantes durante la subasta.

18. Implementar modelos de prestación de servicios de salud que tengan en cuenta los elementos característicos de los territorios

Para su implementación se sugiere aprovechar el esquema de regiones que existe actualmente el cual incluye patologías y opciones de manejo y, la oferta y los recursos con los que se cuenta localmente.

Su desarrollo precisa la construcción conjunta con entidades territoriales y el análisis de la situación de salud, la participación de la comunidad mediante programas de acompañamiento en los territorios e integración de los agentes comunitarios (junta de acción comunal, líderes comunitarios, etc.), para que participen de la gobernanza local y del servicio de salud de la población de sus territorios pues estos actores podrían servir como movilizadores de prevención y aceptación de campañas de atención.

19. Promover el acercamiento de los servicios de salud a los territorios mediante el fortalecimiento de la atención extramural

Para esto se requiere fortalecer el encuentro interdisciplinario entre profesionales y agentes comunitarios en coordinación con las instituciones de salud.

20. Juez experto en Seguridad Social en los territorios

Fortalecer las competencias de los jueces en el ámbito de la seguridad social.

Se plantea desplegar estrategias encaminadas a especializar a los jueces en los temas concernientes a la seguridad social, las dificultades regionales, departamentales y municipales respecto al acceso y los servicios de salud.

Lo anterior con el fin de descongestionar el sistema judicial y optimizar el gasto en seguridad social, así como propiciar mayor convergencia entre la regulación expedida por el Ministerio de Salud y demás entidades que integran la rama ejecutiva y la jurisprudencia en materia de salud; garantizando que se protejan los derechos tutelados, se distingan los responsables de la garantía de cada derecho (ej. entidades territoriales frente a los determinantes sociales de la salud) y se promueva el cuidado y uso sostenible de los recursos que integran el sistema de salud.

Se plantea desplegar estrategias para la especialización de los jueces en seguridad social

Inspección vigilancia y control

21. Profundizar en el esquema de inspección, vigilancia y control conjunta

Se propone profundizar y fortalecer la denominada Red de Controladores del Sistema de Salud (Superintendencia Nacional de Salud de Colombia, 2020), con el propósito de promover el cumplimiento de los propósitos del sistema, articular adecuadamente los enfoques hacia el sistema, promover eficiencias, y en general, optimizar la aproximación de la supervisión y control estatal con los actores, convirtiéndola, eventualmente, en un consejo directivo del sistema, con participación de los otros actores del mismo.

De este esquema harían parte la Superintendencia Financiera (temas financieros); la Superintendencia de Salud (temas de calidad y eficiencia en la prestación del servicio) y la Superintendencia de Industria y Comercio (protección de la competencia económica y de los derechos de los consumidores).

El esquema busca alinear a los intereses de las partes involucradas, y generar una mejor respuesta, compromiso y actuar de los actores del Sistema.

Se propone profundizar y fortalecer la Red de Controladores del Sistema de Salud en aras de optimizar la interacción con los diferentes actores

22. *Desarrollar las actividades de inspección, vigilancia y control (IVC) de manera descentralizada*

Se plantea que el desarrollo de estas actividades se soporte en las Secretarías de Salud con dependencia de sus capacidades institucionales y de sus competencias definidas en el marco de la Ley para el ejercicio de sus funciones.

Podrían adelantar procesos administrativos sancionatorios actuando como primera instancia, mientras que la Superintendencia Delegada actuaría como segunda instancia.

23. *Desarrollo de un esquema público de acceso a información sobre el Sistema de Salud*

Esto requerirá una definición de periodicidad y de seguimiento a indicadores de salud establecidos que incluyan control de la demanda, calidad de la atención, indicadores de promoción y prevención e indicadores de resolutivez clínica.

Con el fin de estimular la investigación regional y que sea de público conocimiento de los ciudadanos y de los actores del Sistema.

Anotación. Para la definición de la periodicidad se requerirá hacer un cronograma de seguimiento de las actividades, por parte del Ministerio de Salud que sirva de base para evaluar el funcionamiento del sector.

Partiendo de diagnósticos de precariedad socioeconómica y medioambiental a nivel territorial, promover acciones intersectoriales

Participación comunitaria

24. *Asegurar el enfoque de derechos transversal*

Se propone que este enfoque se haga desde las diferentes actividades que se desarrollan, indistintamente el sector sea gubernamental, privado o comunitario, centrando su atención en los determinantes sociales subyacentes de la salud. Esto por supuesto, se manifestaría en el quehacer diario, con el propósito de lograr la progresividad del Sistema y adecuación a las necesidades y expectativas del país.

Intervención intersectorial de situaciones de precariedad externa

25. Construcción de planes sectoriales integrales para afrontar las situaciones de precariedad externas al Sistema de Salud

Se propone realizar diagnósticos de situaciones de precariedad socioeconómica y medioambiental a nivel territorial que den lugar a la construcción de planes sectoriales e instrumentos legales que comprometan al Gobierno nacional y local para su realización, así como la articulación sectorial descrita en apartados anteriores y con miras a aumentar la destinación de recursos para su desarrollo.

Esta propuesta también incluye flexibilizar la normatividad y los convenios colaborativos con las entidades territoriales, para favorecer la articulación entre las actividades individuales y colectivas en los territorios y en problemas especiales como por ejemplo la mortalidad materna extrema.

Normatividad en la habilitación

26. Ajustar los requisitos de habilitación para las acciones de detección temprana (DT) y protección específica (PE) a nivel extramural

La propuesta se enfoca en ajustar los requisitos de habilitación en las acciones de detección temprana, protección específica y aquellos relacionados con el riesgo técnico de los prestadores de salud. Lo anterior con el objeto de definir y flexibilizar las condiciones mínimas para su ejecución e impactar las cifras sobre morbilidad y mortalidad de los grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad.

ASEGURAMIENTO

Actores en el esquema de aseguramiento

27. Promover un solo tipo de asegurador

Se plantea ajustar la estructura de aseguramiento tradicional que rige para las diferentes aseguradoras del sistema y clarificar la operación del régimen contributivo y subsidiado, para efectos económicos.

La propuesta consiste en unificarlos, es decir que haya un solo gestor del riesgo con capacidad de operar en ambos regímenes, independientemente de su fuente de financiación. Y plantea igual beneficio en la compensación, diferenciando eso sí los relacionados con las incapacidades para personas vinculadas al trabajo formal.

La propuesta consiste en **unificar los tipos de aseguradores**, con capacidad de operar en ambos regímenes

Es importante propiciar el fortalecimiento de los actores, facilitar la inspección, vigilancia y control (IVC), y homogeneizar el ejercicio técnico de aseguramiento, migrando a los mejores estándares.

Además, velar por una cobertura nacional que incluya mecanismos para definir los tipos de aseguramiento y la cantidad de aseguradores por zonas y fijar criterios para identificar necesidades y segmentar la población por zonas de acuerdo con el riesgo.

Igualmente, se propone separar la cobertura según el tipo de población, es decir, diferenciar las prestaciones asistenciales de las económicas, que toman los afiliados según sus necesidades y su real condición, como, por ejemplo, los rentistas de capital no deberían recibir reconocimiento económico por incapacidades, pero podrían estar interesados en recibir prestaciones asistenciales.

28. Regular el cumplimiento de las barreras de entradas y permanencia de las EPS

Se plantea migrar a estándares internacionales, tales como Solvencia II. Además de hacer cumplir las exigencias de suficiencia de estas instituciones, la Superintendencia Nacional de Salud debería ser más activa cuando se incumplan dichos límites, con el fin de asegurar capacidad de respuesta de las entidades.

Adoptar la **directiva de solvencia 2**, atendiendo la naturaleza de las aseguradoras de riesgos en salud

La formulación del margen de solvencia se puede establecer a partir del estudio matemático del riesgo colectivo; es decir, del análisis del comportamiento probabilístico del resultado técnico de la empresa. La solvencia cuantifica la cantidad necesaria y suficiente para absorber pérdidas por variaciones en el monto esperado de los siniestros.

El actual régimen normativo de Solvencia Colombiano se basa en el modelo Europeo de Solvencia I, que fue publicado 5 de marzo de 1979 por la Unión Europea. Esta directiva sirvió de base a muchos países latinoamericanos, incluyendo a Colombia, para establecer sus propias normativas en relación con el margen de solvencia mínimo que se debería exigir a las compañías.

Esta metodología recomendó usar un porcentaje fijo sobre los valores de los ingresos de las organizaciones, similar al que hoy en día se aplica en la normatividad de solvencia europea. Sin embargo, esta metodología presenta deficiencias estructurales al no considerar otros riesgos que pueden afectar a las aseguradoras.

La directiva de “Solvencia II” está diseñada para hacer frente a estas deficiencias. Entre sus objetivos específicos están: incrementar el nivel de armonización de la regulación de solvencia en los países, para introducir los

requerimientos de capital que sean más sensibles a los niveles de riesgo que se están tomando y proporcionar incentivos adecuados para la buena gestión de riesgos.

Dicha directiva, además busca revisar y actualizar el actual régimen de solvencia europeo, con un capital de solvencia que tenga los siguientes efectos:

1. Reducir el riesgo de que una aseguradora no pueda pagar las reclamaciones.
2. Reducir las pérdidas sufridas por los asegurados en caso de que una empresa no pueda pagar todas las reclamaciones en su totalidad.
3. Proporcionar una alerta temprana a los supervisores para que puedan intervenir rápidamente si el capital cae por debajo del nivel obligatorio, y
4. Promover la confianza en la estabilidad financiera del sector de seguros.

La metodología utilizada debe ser particularizada para una compañía aseguradora de riesgos en salud, y diseñarse bajo la premisa que el capital de solvencia corresponde al monto que deben tener dichas compañías para responder a sus obligaciones en caso de materializarse un riesgo de nivel extremo.

29. Establecer lineamientos o estándares mínimos para la constitución de las reservas de siniestros avisados y de IBNR (*Incurred but not enough reported*) por parte de las EPS.

Se plantea promover un estándar, lineamiento mínimo o supletivo que permita la homologación de la constitución, y así elevar los estándares para la atención de pérdidas esperadas por las EPS.

30. Concebir a las EPS como verdaderas aseguradoras

Se propone lograr un equilibrio entre la función privada (interna) propia del contrato y la función social (externa). Esta propuesta se desarrollará delimitando lo que verdaderamente requiere el sector de la salud para que se pueda hablar de aseguramiento.

Una estructura del aseguramiento en las EPS debe entenderse como la existencia de un solo tipo de asegurador para la operación del régimen contributivo y subsidiado con supervisión de la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud.

Otros aspectos que también se pueden incluir se resumen en: contar con una cobertura todo-riesgo con exclusiones; establecer un límite en las

prestaciones económicas (margen temporal limitado, ej. implementar la figura de incapacidad permanente parcial); trasladar el deber de conservación del estado del riesgo propio de los seguros al deber de autocuidado, definiendo mecanismos que permitan hacer efectiva la corresponsabilidad y adherencia a tratamientos (ajuste valor de copagos en ciertos eventos, suspensión del reconocimiento de incapacidades); contar con mecanismos de compensación ante riesgos heterogéneos, como en el caso de traslados entre EPS donde se requiere contar con una prima diferencial.

31. Mantener como excepción a la regla general el giro directo ante riesgo de desnaturalización de la actividad aseguradora y de gestión de riesgos

Se proyecta articular las acciones colectivas e individuales a los sistemas de información para la toma de decisiones. Esto implica no consagrar la figura del giro directo generalizada pues desvirtuaría el aseguramiento, debido a que, al pagar de manera directa a los prestadores, se impediría la gestión de riesgo por parte de las EPS y éstas terminarían siendo intermediarias o recaudadoras de cotizaciones.

Sin embargo, el giro directo podría aplicarse a las EPS que presenten incumplimientos reiterados de sus obligaciones de pago que no se encuentren justificados en los procesos de auditoría de la cuenta médica y cuando se pueda verificar por parte de la Supersalud un actuar negligente de la EPS en relación con dichas obligaciones.

Sostenibilidad del esquema de aseguramiento

32. Crear incentivos para elevar el nivel de consciencia de los usuarios

Se recomienda incentivar en los usuarios el cuidado de los recursos del sistema de salud y seguir los tratamientos ordenados por sus médicos tratantes.

Este plan se podría desarrollar implementando incentivos positivos para promover y fortalecer la cultura del autocuidado y disponer de paquetes de servicios, con el objetivo de mejorar el estado de salud de las personas, premiar la adopción de buenos hábitos, la adherencia a tratamientos e implementar campañas de educación ciudadana.

33. Diseñar un esquema de seguro de todo riesgo con exclusiones

Se propone redefinir el paquete de beneficios básicos del PBS como una lista bajo el esquema de todo riesgo con exclusiones. Esto se desarrollará definiendo la lista de exclusiones a través del impacto presupuestario y los criterios de rentabilidad, evaluados a través de procesos más sólidos y transparentes. Al mejorar la calidad y puntualidad en la prestación del

servicio, bajaran los niveles de insatisfacción del afiliado y por tanto se espera que disminuya los reclamos vía tutela.

Conviene promover adecuados incentivos para el control del gasto, una tarificación que garantice suficiencia, hacer uso de los avances y las nuevas tecnologías en salud, y definir los eventos no esperados en salud.

Diseñar un esquema de seguro todo riesgo con exclusiones con tarificación que garantice suficiencia

Facilitar la operación del Sistema y eliminar las fricciones con las poblaciones, reducir costos ocultos (tutelas, desgastes, asimetrías), establecer una prima diferencial por región o zona dispersa y tener una tarificación del factor incertidumbre (como por ejemplo aquella derivada de los fallos de tutela), son otros aspectos por considerar en un plan de mejoras. Lo anterior en aras de una mayor claridad e integralidad en el ejercicio del rol de aseguramiento, simplificación de procesos, mayor eficiencia del Estado en generación de listados de coberturas y dinamización del rol de los profesionales de la salud, al enfocarse en la cultura de la prevención y no de la cura.

Serían las EPS las encargadas de administrar el esquema de seguro público y gestionar el riesgo, teniendo en cuenta enfermedades huérfanas y cuentas de alto costo. Además, generar un esquema de pilares que permita distribuir el riesgo entre Estado, el asegurador y el reasegurador inspirándose en esquemas de cobertura del riesgo de deslizamiento del salario mínimo y esquemas de coseguros.

34. Límite en el valor asegurado

Se recomienda establecer un límite de valor asegurado por usuarios, principalmente a las prestaciones económicas (margen temporal limitado), en donde lo catastrófico se defina por las condiciones en salud.

Para su desarrollo se crearía un fondo de acciones colectivas en un contexto territorial, y formas novedosas de financiamiento global que permita la creación de los pilares, además de mantener y potenciar el esquema de compensación de la cuenta de alto costo.

Establecer límites de valor asegurado por usuarios, con esquemas de distribución de coberturas y financiamiento

Anotación 1. En consecuencia, es necesario fortalecer la función de las EPS reafirmando y homogeneizando el rol de aseguramiento. Además, trasladar ciertas figuras del aseguramiento privado al esquema de aseguramiento público en salud. De esta forma, se promueve un verdadero aseguramiento, proveyendo de seguridad jurídica y claridad en roles y responsabilidades a su cargo.

35. PC con mejores ajustadores por riesgo

Se propone desarrollar un modelo de ajuste por riesgo que, además de las variables ya consideradas, incluya otras que permitan conformar grupos más homogéneos de riesgo de acuerdo con el estado de salud de los individuos.

Lo anterior supone asignar a cada entidad lo que ésta requiere para responder a las demandas en salud de la población asegurada.

Hay que tener en cuenta, sin embargo, que un modelo de ajuste por riesgo que incluya nuevas variables no garantiza su pertinencia.

1. Se requiere **optimizar la ruta para la gestión y consecución de información** (más completa y de mejor calidad) que permita al Gobierno contar con la base de información que requiere para aplicar de forma adecuada su modelo.
2. Es preciso **transitar de un ejercicio retrospectivo** que hoy se viene haciendo para el cálculo de la UPC a un ejercicio que abarque el análisis de todas las variables desde una **mirada prospectiva**.
3. Se deberían implementar paralelamente los **grupos relacionados de diagnósticos** con el fin de contribuir a la consecución de diagnósticos más pertinentes de acuerdo con la realidad de cada paciente.
4. Ha de considerarse un **modelo que incluya variables que reflejen el estado de salud de la población**; al incluir estas variables es necesario implementar mecanismos para evitar la generación de sobre marcaciones fraudulentas, es decir, una caracterización de riesgo en salud que no se corresponda con la realidad.

Anotación. Crear incentivos que alineen a todos los actores y mejorar así la calidad no solo en la relación entre el Gobierno y las EPS, sino entre EPS e IPS.

Disponer de sistemas de información robustos permitiría contar con la claridad del desempeño que tengan tanto las EPS como las IPS. Constituir modelos de actualización permanente de la UPC, desde una perspectiva técnica.

Estructurar esquemas para la cobertura de desviaciones significativas y establecer indicadores que permitan realizar el control de la demanda, a efectos de evitar diluir a otros períodos el ejercicio.

36. Esquema de reaseguro para la dispersión del riesgo, especialmente en asuntos de alto impacto y ante desviaciones de la siniestralidad

Esta propuesta se enfoca en la distribución y dispersión del riesgo en asuntos de alto impacto, con el fin de contribuir a las eficiencias de los recursos en el Sistema de salud. Incluye la búsqueda de esquemas de distribución del riesgo entre diversos actores del sistema y del Estado mismo, en especial cuando se trate de situaciones que pueden afectar de manera significativa el patrimonio del asegurador.

37. Compensación por desatención imputable a una EPS en favor de la EPS que recibe a los usuarios

Se propone establecer un sistema de corresponsabilidad, según el cual una EPS que no brinde atención de calidad a sus afiliados tenga la responsabilidad de aportar para su atención, compartiendo, por ejemplo, los costos con la EPS a la que el afiliado se tuvo que trasladar. Sin embargo, se reconocen los retos en el establecimiento de la metodología para el cálculo de la compensación. El esquema que se propone se puede asemejar al de la cuenta de alto costo, en el cual los costos de la siniestralidad se asumen de manera compartida (pool de riesgos) durante un tiempo determinado; en este caso, la compensación sería por desatenciones y no por siniestralidad.

Esta propuesta prevé dos aspectos: uno en el que se crea un mecanismo de compensaciones para los traslados masivos cuando una EPS sea liquidada, y otro para establecer mecanismo de compensación en el traslado autónomo de los afiliados cuando se compruebe desatención.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Redes integrales e integradas

38. Implementar redes integrales e integradas en salud

El concepto de redes de atención que se propone se caracteriza porque evita la dispersión, ofrece continuidad en la atención y articulación en los procesos, y asegura mayor eficiencia del Sistema.

La atención a los usuarios puede ser en su sitio de residencia según composición demográfica y características epidemiológicas. Atiende temas relacionados con el área clínica, al tiempo que se ocupa también de la promoción y prevención de la salud, atención básica, enfermedades crónicas y rehabilitación.

Fortalecer el rol del médico general como integrador y articulador del sistema con seguimiento y acompañamiento de equipo integral

Un esquema de redes o sinergias, que además de contar con pares institucionales, integra colectividades como la academia, por ejemplo, que forma el talento humano, las organizaciones sociales, las Administradoras de Riesgos Laborales, las EPS, los trabajadores y el gremio empresarial. Todo alineado a las acciones del Gobierno (planeación, calidad, recursos, proyectos con la comunidad, financiamiento y contratación) y por supuesto con la participación de los pacientes como fuentes de ideas y evaluación de los servicios del Sistema.

39. *Articulación de actividades colectivas e individuales en la operación*

Integrar pares institucionales, como la academia, las organizaciones sociales, las ARL, las EPS, el gremio empresarial, los trabajadores

Se trata de implementar las Rutas Integrales de Atención (RIA), de Promoción y Mantenimiento de la Salud. Éstas harán parte de las intervenciones colectivas a nivel extramural como uno de los mecanismos para lograr la articulación.

Anotación. Evolución de las mismas redes atendiendo a las necesidades del territorio y no desde un mercado de oferta y demanda de servicios.

40. *Fortalecer el rol del médico general*

La propuesta tiene un enfoque en el cual un médico integrador y articulador en el sistema actúe y realice un seguimiento de los pacientes con el acompañamiento de un equipo integral e interdisciplinario y participación de la comunidad. Esto genera valor y contribuye a garantizar la continuidad.

41. *Condiciones especiales por patologías y territorios*

Se plantea constituir programas para el manejo de condiciones de salud especiales (pacientes con condiciones crónicas o enfermedades huérfanas), lo cual agrega valor a la atención.

Anotación. Interactuar con los diferentes enfoques de la salud y la atención a nivel de territorios y comunidades.

42. *Consolidación y unificación de diagnósticos*

Se propone establecer una metodología de unificación de diagnósticos que permita una mejor toma de decisiones. El proceso inicia con el registro adecuado por parte de los profesionales de salud. Se toma como

ejemplo la aplicación de Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD), u otras metodologías cuya eficacia ha sido demostrada en otras latitudes. Esto debe incluir educación con miras a reducir errores relacionados con la epidemiología.

Anotación. Según León Guillermo Arcila, profesional experto y director financiero de Fundación San Vicente de Paúl de Medellín, los GRD permiten *“dar explicación a variación en ingresos y costos de una manera lógica y detallada, teniendo en cuenta la complejidad y los niveles de severidad. Permite también la estandarización de las mejores prácticas clínicas y una mejor gestión por procesos, controlando una serie de indicadores como el coeficiente de variabilidad y la gestión de la estancia que, en definitiva, es beneficioso para el paciente y para la gestión financiera de la institución”*.

Modalidad de atención

43. Construir indicadores de impacto en salud

Se propone realizar identificación y gestión de riesgo en modelos de atención, caracterizar los riesgos de los afiliados durante su vida e incentivar aquellas instituciones que instauren programas conducentes a generar cambios en los comportamientos frente a factores de riesgo identificados.

44. Abordar al paciente por ejes de riesgo clínico individual

Se implementaría en el área de la prestación de servicios con el fin de concretar y realizar intervenciones mucho más integrales.

45. Optimizar el talento humano en cuanto especialistas médicos.

La propuesta consiste en replicar centros de especialistas, mecanismo diseñado para ofrecer el servicio.

Los centros favorecen la conexión directa entre médicos generales y especialistas que bien podría hacer uso de la telemedicina, lo cual redundaría en la optimización de recursos de talento humano, financieros y mejora en el tiempo de atención.

46. Desarrollar competencias en telesalud como estrategia complementaria del cuidado de la salud

Esta estrategia ofrece la posibilidad de hacer consultas individuales y actividades comunitarias, previo entrenamiento y desarrollo de competencias de los profesionales e incluso educación del usuario.

Contempla incluir acciones para el desarrollo y flexibilidad normativa de la telesalud e integración de todos los actores del sistema. En otras

Desarrollar competencias en **telesalud** como estrategia complementaria del cuidado de la salud

palabras, se trata de mantener la flexibilización de la normatividad sobre telemedicina tal y como ocurrió durante el periodo de pandemia COVID-19.

Enfatizar normas en aspectos de seguridad en telemedicina: garantiza la identificación de paciente y profesional y la confidencialidad de lo tratado. Asimismo, habría que definir el alcance de las consultas y delimitar la resolutivez de la intervención.

La estrategia debe contemplar también evaluar la receptividad de los profesionales y de los pacientes respecto a la calidad de los servicios de salud en la modalidad de telemedicina.

Formación del talento humano en salud (THS)

47. Fortalecer la formación del THS de acuerdo con las necesidades identificadas en los territorios

La propuesta se enfoca en diseñar un plan de educación con fundamentos base desde el nivel central que sea caracterizado y ejecutado por cada región con el objetivo de crear competencias en el personal de salud, que se mantengan y desarrollen a largo plazo.

Ha de incluir tanto a los profesionales de la salud como a otros profesionales y técnicos en diferentes áreas asistenciales y de gestión clínica.

El proceso debe ser concertado con el Ministerio de Educación con el fin de garantizar la autonomía universitaria y fortalecerla con incentivos.

48. Proveedor herramientas e incentivos que conduzcan a la ejecución planes de desarrollo o mejoramiento del desempeño de profesionales en salud

Caracterizar las necesidades de formación del talento humano en salud con el fin de diseñar un plan de educación

Se plantea generar procesos que estén inmersos en planes de mejoramiento de su desempeño, a través de herramientas de educación permanente en las que se incluyan indicadores que permitan medir la resolutivez, efectividad y eficiencia.

De esta forma se puede conocer la adecuada gestión del riesgo en salud. Junto con este proceso se propone enlazar un programa de incentivos para médicos generales, base para el seguimiento y la integración del Sistema.

49. Gestión y publicación de la información del talento humano en salud por universidades con programas de salud

Se propone crear un cuerpo colegiado integrado por las universidades con programas en salud, que bajo la rectoría del Ministerio de Salud gestionen la información relativa al talento humano en salud y se publique en un portal de acceso libre con el propósito de identificar y gestionar estrategias conjuntas de focalización de los programas académicos.

50. Creación de repositorios que comprendan la oferta académica para la formación del talento humano en salud

Se plantea incentivar la educación y capacitación a través de la coordinación entre actores del sistema, el Ministerio de Educación e Instituciones Educativas. Se implementaran medios, que den cuenta de un repositorio con la oferta académica que, en un momento determinado, requiera el Sistema de Salud.

En prospectiva, se trata de disponer de un recurso humano capacitado y vinculado a los territorios; esto con el objetivo de direccionar su rol de forma activa.

51. Integrar en la formación del talento humano en salud conceptos de promoción y prevención

Se plantea incluir en el entrenamiento, escenarios de práctica para los profesionales en formación con un enfoque curricular basado en la comunidad, a fin de generar oportunidades de aprendizaje en otros escenarios a nivel ambulatorio, diferente al hospitalario y posibilitar el desarrollo de sus habilidades para gestionar necesidades de las comunidades.

Incorporar en los enfoques curriculares los conceptos de **promoción y prevención**

52. Mejorar la capacidad operacional del sistema integrando todos los actores

Busca diseñar procesos que permitan la educación no formal, dirigida a todos los usuarios, directos e indirectos del sistema, incluyendo el uso de guías con orientaciones y criterios para la toma de decisiones por parte de los jueces. La disponibilidad de un modelo didáctico normativo y de manuales técnicos pueden contribuir a la operación del sistema de salud. Realizar una compilación normativa que identifique aspectos legales y regulatorios que contribuya a la difusión y conocimiento público del sistema.

Contratación y remuneración del talento humano en salud (THS)

53. Favorecer la vinculación, fidelización del talento humano y asegurar la competitividad salarial respecto a otros mercados de la región

Se propone determinar el mínimo de ingreso por cargo/ profesión del área de salud a nivel nacional. La estandarización de los cargos a nivel nacional para empleados asistenciales en salud¹, incluye definición, características mínimas exigibles en términos de conocimientos y competencias, así como las restricciones en prácticas de atención en salud de cada cargo.

54. Mejorar la capacidad laboral y múltiple cotización al sistema

Regular la contratación tercerizada y establecer mínimos de remuneración para el talento humano en salud y condiciones laborales tanto económicas como no económicas

Esta propuesta busca regular la contratación tercerizada y establecer mínimos de remuneración, así como condiciones laborales tanto económicas, como no económicas: lo anterior con el objetivo de construir mejores capacidades, resolver problemas de múltiple cotización al Sistema Integral de Seguridad Social (SISS) y formalizar el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales.

Contempla además, la generación de políticas de mejoramiento continuo y reestructuración en la cotización por más de un empleo así como para impactar en la cobertura de riesgos laborales y garantizar la seguridad en el tipo de contratación.

Establecer una formalización laboral, especialmente en las instituciones públicas, que permita garantizar seguridad social y calidad de vida a las personas que laboran en el sector de la salud.

Distribución del talento humano en salud (THS) en los territorios

55. Fortalecer el Registro Único del Talento Humano en Salud (RETHUS)

Esta propuesta busca disponer de datos más confiables y optimizar la planificación según las necesidades y requerimientos del país, partiendo de su adecuada caracterización.

1. Dado que, en el tema de contratación del Talento Humano en Salud, especialmente, el establecimiento de un mínimo de remuneración para cada cargo o profesión del área de salud a nivel nacional, no tuvo un consenso general, a continuación, se expone un punto de vista alterno:

Para algunos miembros del equipo, esta va en contravía de la racionalización del gasto y está pensada más en los intereses del personal médico y no en los intereses de los usuarios, los contribuyentes y el sistema. Ciertos sesgos cognitivos pueden hacer pensar que lo bueno para el talento humano en salud es bueno para el sistema, para la salud de los colombianos y para la salud en general.

Con ello, podría obtenerse información actualizada en tiempo real sobre la disponibilidad de técnicos, profesionales, especialistas y subespecialistas en un territorio, y contribuir así a una planificación de la oferta con base en la demanda y la capacidad de respuesta.

56. Estimular la presencia de especialistas médicos en territorios

Se plantea estimular la presencia de especialidades médicas en los territorios, de acuerdo con las particularidades territoriales y teniendo en cuenta el perfil de especialistas necesario. Se propone también crear rotaciones de residentes en territorios, mediante la generación de incentivos a instituciones educativas sin comprometer la autonomía universitaria.

57. Demanda del talento humano en salud

Se proyecta incorporar a los sistemas de información y repositorios del talento humano en salud módulos que permitan registrar y monitorear las jornadas laborales, a efectos de conocer la demanda específica del talento humano en salud requerido. En este respecto, deberían integrarse mecanismos de convalidación para médicos especialistas migrantes.

FINANCIAMIENTO

Fuentes de financiación

58. Desvincular la financiación de la seguridad social en salud del mercado laboral formal y promover su financiación mediante recursos fiscales

Se propone en el largo plazo, migrar a un sistema de salud financiado con recursos fiscales. En el corto y mediano plazo, se propone continuar financiando la salud mediante el trabajo, por medio de la solidaridad en las cotizaciones de los que ganan más hacia los que ganan menos, es decir, aplicando el concepto de progresividad, y con una figura de tarifas marginales.

Estimular la presencia de especialidades médicas en los territorios conforme a las particularidades identificadas en la caracterización de las necesidades

Anotaciones

1. Como fuentes alternativas de financiamiento para el Sistema de salud en general, incluyendo las políticas de salud pública, se pueden considerar: el incremento del IVA en un punto con destino a la salud (es un impuesto de fácil recaudo y difícil elusión); aumentar los impuestos a las rentas de las personas jurídicas y naturales. Las rentas no laborales constituyen un mecanismo de elusión que también puede ser desincentivado con un tratamiento diferenciado del de las rentas laborales, destinando parte del recaudo adicional a la salud.

2. Los miembros de la PUJ promueven y apoyan como fuente alternativa de financiación del sistema de salud, la adopción de impuestos tipo Pigouvianos. Se recurre a ellos para tratar de corregir algunas externalidades negativas respecto a la salud de la población (alimentos procesados, azucarados y con alto contenido de grasas, tabaco, alcohol y la comercialización de motos).
3. Cuando se habla del concepto de progresividad, se propone introducir una tasa progresiva de aportes a salud a cargo del trabajador, tomando como ejemplo la propuesta de FEDESARROLLO. Un 0% para los ocupados con un salario mínimo, sean asalariados o independientes y aumento gradual hasta cerca del 9% para ocupados con ingresos de 25 salarios mínimos o más.
4. Urge aclarar las deudas entre los actores del Sistema y establecer el déficit real del sector salud.

59. Aportes de personas del régimen subsidiado

Se plantea lograr progresividad y equidad en el Sistema y equiparar prestaciones económicas de acuerdo con un ingreso diferencial.

Se trata de disponer de mayores fuentes de financiación del Sistema e incentivar la corresponsabilidad de todos sus afiliados.

60. Ajustar el esquema de cobro de copagos y cuotas moderadoras

Se propone que se ajuste el actual esquema de cobro de copagos y cuotas moderadoras que establece la regulación vigente ya que la cuota moderadora morigera el riesgo moral, y el copago es fuente importante de financiación.

Anotación

Se podría plantear, por ejemplo, que la exoneración de cobro de cuotas moderadoras de los pacientes inscritos a programas especiales de atención integral para patologías específicas solo proceda en el Nivel A (hasta dos SMLMV de ingreso), tal como lo ha establecido la jurisprudencia fijada por la Corte Constitucional:

“la solicitud de exoneración de copagos debe ser analizada a la luz de la capacidad económica de la accionante y su grupo familiar” (Sentencia T-402 de 2018).

Lo anterior implica que la exoneración se realice con base en un factor económico, dado que las personas que tengan capacidad económica (niveles B y C), tienen un deber de solidaridad con el sistema, ayudando a financiar en virtud de su capacidad (art. 6º, literal J Ley 1751 de 2015 y art. 2º, literal C Ley 100 de 1993), o una exoneración progresiva a dis-

tintos grados y niveles, que cumple con progresividad, con cobertura y no afecta la sostenibilidad financiera del sistema.

61. Cuota moderadora del 30% para los medicamentos que se encuentren en el NO PBS

Se propone que para los medicamentos que se encuentren en el NO PBS, y que sean identificados como alternativa terapéutica incluida en el PBS, se establezca una cuota moderadora del 30% del valor de la fórmula médica. El listado de alternativas terapéuticas deberá ser publicado por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Este ajuste de la cuota moderadora aplica para cotizantes y beneficiarios del régimen contributivo: para aquellos que son beneficiarios, el cálculo estará basado en la información del cotizante y los límites se establecerán por grupo familiar.

Anotación

Para períodos de un mes, el tope máximo se guiará por la siguiente fórmula:

$\text{Tope máximo mensual} = \text{base cotización mensual} - \text{salario mínimo legal mensual} * 10\%$

Para un año, el tope máximo seguirá la siguiente fórmula:

$\text{Tope máximo anual} = \text{base cotización mensual} - \text{salario mínimo legal mensual} * 12 * 10\%$

En caso de que el pago por estas fórmulas sea inferior al pago de la cuota moderadora, según el nivel de ingresos, se procederá a cobrar el mayor valor.

Cuando el asegurado llegue al tope máximo anual, a los próximos servicios en el año calendario, se aplicaría el valor definido según su grupo de ingresos.

62. Sanciones oportunas a las EPS

Se propone que las EPS sean sancionadas oportunamente por el incumplimiento de sus funciones, principalmente cuando son condenadas por fallos de tutela y como consecuencia de la no prestación oportuna o negación de medicamentos y tecnologías que se encuentran en el Plan de Beneficios en Salud - PBS.

Estas sanciones dependerían de la situación y solvencia de las instituciones.

Anotación

1. Otorgar las mismas facultades sancionatorias que tiene la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) a las Secretarías de Salud para que actúen en primera instancia.

2. Las normas de dosificación para las multas y sanciones que se dan como consecuencia del procedimiento administrativo sancionatorio establecerán una mayor gravedad para aquellas EPS que nieguen servicios que se encuentran dentro del PBS.
3. Aplicar medidas cautelares al iniciar los procesos sancionatorios, esto es, embargos a las cuentas de las EPS, cuando se trate el asunto de negación de medicamentos o tecnologías ya reconocidas en un plan de beneficios y por tal razón se haya perdido una tutela.
4. Con los recursos generados por sanciones que imponga la SNS, las Secretarías de Salud o los jueces por fallo de tutela mediante los incidentes de desacato, se debería conformar un fondo y el recaudo destinarse a inversiones en los departamentos o territorios y en proyectos de salud con vigilancia del ente rector.
5. Las EPS deberán conformar una reserva para responder por las sanciones originadas por incumplimiento de las obligaciones; ésta no debería nutrirse de recursos de la UPC sino por recursos propios; dicha reserva sería objeto de ajuste cada año dependiendo de las sanciones del año anterior.

Remuneración a los actores

63. Mejorar la calidad mediante la implementación del pago por rendimiento de parte de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), a los prestadores de servicios de salud

Se plantea desarrollar un esquema que genere incentivos, estímulos o fomentos objetivos y mesurables para remunerar a aquellas IPS que superen los parámetros de calidad en la atención a sus pacientes.

Este esquema comprendería una visión holística y contemporánea de las necesidades del Sistema de Salud.

Anotación

1. Se debe determinar el rendimiento por medio de un indicador objetivo que contemple el resultado del procedimiento médico; condición en que se presta el procedimiento médico, satisfacción del paciente y la gestión preventiva y proactiva de la salud.
2. Las EAPB serían las encargadas de verificar periódicamente el cumplimiento de los criterios que se tendrán en cuenta para el pago por rendimiento, de acuerdo con el número de pacientes adscritos a cada IPS, y en atención al número de procedimientos que eventualmente se realicen.

Eficiencia en el gasto

64. Regulación de precios de los medicamentos con base en estudios de costo-efectividad

La propuesta se orienta en establecer una regulación de los precios de los medicamentos, con base en estudios de costo-efectividad. Contempla agrupar medicamentos que cumplen un mismo beneficio terapéutico, limitar el ingreso de nuevos medicamentos que no generen beneficios adicionales, incentivar el uso del medicamento que cumple el mismo beneficio terapéutico al menor precio, y establecer precios máximos o de reembolso de referencia para todos los medicamentos.

65. Fortalecer y propiciar la elaboración y aplicación de estudios de costo-efectividad de medicamentos y la auditoría a la prescripción médica

Se plantea fortalecer y propiciar la elaboración de estudios de costo-efectividad de medicamentos que, considerando la restricción de recursos y sus usos alternativos, ofrezcan comparaciones técnicas de las tecnologías en salud que tienen un desenlace clínico común.

Anotación

1. Para garantizar su aplicación, en la práctica médica, se debe exigir a los profesionales que tengan conceptos contrarios a los resultados que arrojan dichos estudios y, en consecuencia, decidan prescribir medicamentos que no sean costo-efectivos, sustentar técnicamente su prescripción.
2. Se ejecutarán auditorías integrales que permitan analizar el comportamiento de las prescripciones en el marco de estudios científicos. Dicha auditoría podría estar integrada por representantes de las EPS, las IPS y la entidad de Gobierno que se defina, con el fin de propiciar la confluencia de diversas perspectivas y garantizar un grado mayor de transparencia en el ejercicio de auditoría. La información sobre los estudios de costo-efectividad deberían estar disponibles en alguna plataforma o repositorio donde tanto el personal de salud como los usuarios puedan consultarlos.

66. Incrementar el protagonismo de Colombia Compra Eficiente en las licitaciones para la adquisición de dispositivos y medicamentos

Esta propuesta se plantea desde el aprovechamiento de los avances que en virtud del Sistema Electrónico para la Contratación Pública (SECOP) 1 y 2 ha tenido esta institución, para que las entidades territoriales como las EPS puedan acceder, en mejor posición, a la compra de biológicos, medicamentos y dispositivos médicos. Esto permitiría garantizar proveedores, insumos, calidad, y mejores precios.

67. Apalancar los seguros voluntarios como mecanismos para reducir costos

Para apoyar al Sistema de salud se plantea promover los seguros voluntarios y aprovechar los recursos liberados por las personas con capacidad de pago en la atención a otros usuarios.

Los seguros voluntarios pueden representar una alternativa para que personas con capacidad de pago puedan generar complementos en términos de servicios, de hotelería, cobertura, etc., y así generar ahorros al SGSSS, siempre y cuando los gastos sean causados a estos seguros.

Anotación

1. Asegurar la financiación de ciertos eventos con recursos de los seguros tomados por particulares (prestaciones económicas o complicaciones de procedimientos estéticos).
2. Sería necesario cambiar la regulación, para que los jóvenes tengan incentivos por comprar planes voluntarios a edad temprana. A medida que se envejece, las persona no deberían pagar en función de su riesgo por promedio de edad de 70 años sino más bien reducir el pago. También habría que definir reglas entre las EPS y estos planes, para que se establezca qué servicios de salud van a cargo de los seguros voluntarios y cuáles a la UPC.

Se propone profundizar y promover ajustes en la financiación de actividades de promoción y prevención con el fin de migrar de un **sistema basado** en la enfermedad a uno que promueva el **estado de salud o bienestar**

68. Ajustar la normatividad actual que permitan la contratación directa de contratos de reaseguro por parte de las EPS

Se propone que las EPS puedan ser reaseguradoras y contribuir así al uso eficiente de los recursos, con el fin de disminuir grandes pérdidas que pudieran tener las EAPB por gastos descomunales que podrían llevar a su posible quiebra.

Estos reaseguros de igual forma cumplirían una función social, ya que estabilizarían el mercado de las EAPB, al repartir las pérdidas de una empresa con las demás.

69. Profundizar en la financiación dispuesta para las actividades de promoción y prevención

Se propone empezar a medir el bienestar entre los ciudadanos, cultura de salud, incentivos y estímulos de salud, indicadores de promoción y prevención. Esto, con el fin de migrar de un sistema basado en enfermedad a un esquema que promueva el estado de salud o bienestar.

Conviene no separar la financiación, en tanto es un contrasentido desde las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS ni tampoco diferenciarla, porque ayuda a apalancar la atención. Lo que existe hoy es una sola compensación con un porcentaje para promoción y prevención y, si se divide, no se podría lograr la articulación con RIAS adecuadamente.

Capítulo



Aportes para la
transformación del Sistema
General de Riesgos Laborales

El Sistema General de Riesgos Laborales de Colombia (SGRL) data de 1994, luego de la promulgación de la Constitución Política de 1991 y la Ley 100 de 1993.

El reconocimiento del trabajo como un valor y un derecho fundamental supuso disponer de un sistema de protección a los trabajadores frente a los riesgos que implica su ejercicio. La protección de los trabajadores se convierte entonces en una condición necesaria para el goce efectivo de sus derechos y para un trabajo digno.

En la actualidad, **el trabajo ha pasado por importantes transformaciones** multiplicándose en formas muy diversas que escapan a las características del tradicional contrato de trabajo. De igual manera, luego de casi dos décadas de existencia del SGRL conviene reflexionar sobre éste en aras de identificar aprendizajes y oportunidades de mejora que conduzcan como sociedad a garantizar de mejor manera los derechos de los trabajadores y el cumplimiento de los propósitos constitucionales.

A lo largo del este capítulo se presentan los análisis y propuestas generadas mancomunadamente entre los participantes de este trabajo. Los planteamientos y recomendaciones que se proponen trascienden el interés de resumir en un documento, a manera de un catálogo cerrado lo que requiere el SGRL; por el contrario, se deben entender como **aportes a una discusión y construcción que procura ser lo más amplia, participativa, incluyente y diversa posible** respecto a los cambios y transformaciones a introducir en el Sistema.

El interés por la búsqueda de una transformación responde a que, si bien el Sistema hoy ha logrado garantizar los derechos de los afiliados y beneficiarios, luego de más de dos décadas de vigencia **requiere una adaptación estructural que permita una mayor funcionalidad y cobertura**. Esto implica acoger formas de trabajo distintas a las convencionales y brindar alternativas que se ajusten a las necesidades modernas. Por lo tanto, se evidencia la necesidad de ir más allá de lo que actualmente existe, es decir, propiciar una “transformación” en su sentido más literal.

No se propone simplemente ajustar algunos aspectos, sino **propiciar un sistema cimentado en los importantes avances y desarrollos actuales**, que innove y vaya más allá en procura del bienestar de todos los trabajadores en Colombia.

Una aproximación al Sistema General de Riesgos Laborales en Colombia

Hacia 1919, año en que se crea la organización Internacional del Trabajo (OIT), y finalizada la Primera Guerra Mundial se dedicaron importantes esfuerzos a impulsar procesos que avanzaran hacia la garantía de derechos y condiciones mínimas laborales de las poblaciones trabajadoras. En este sentido, los sistemas de seguridad social integrales y unificados se vuelven un proyecto deseable y conveniente para dichos propósitos.

En 1938 se crea el Ministerio del Trabajo, institución con enfoque especializado en la protección de los derechos de los trabajadores. A través del Código Sustantivo del Trabajo se regulan las relaciones laborales y sus elementos esenciales cuyo enfoque o eje central es el contrato de trabajo.

En 1945 surge el Instituto de Seguros Sociales, creado con el objetivo de proveer a la población de un aseguramiento integral.

En 1991, con la promulgación de la Constitución Política colombiana se amplía el catálogo de derechos fundamentales para los ciudadanos y se asigna a la definición de “trabajo” una doble connotación: como derecho y como obligación social, haciendo énfasis en que dicha definición, no solo abarque lo que fuese fruto del contrato laboral, sino que también, incluya todas las modalidades de trabajo u ocupación que existen en el territorio colombiano.

El trabajo en la actual Constitución Política colombiana fue concebido por los constituyentes como una condición necesaria de la dignidad humana. Al respecto, cabe recordar la ponencia presentada por los constituyentes Guillermo Perry, Horacio Serpa y Eduardo Verano, sobre el particular, en los siguientes términos:

*“Se trata de superar, con todas sus consecuencias, la concepción que ve en el trabajo únicamente un derecho humano y una obligación individual y social, visión recogida parcialmente por el Constituyente de 1936 y de manera más completa en el proyecto presentado por el Gobierno. No se trata, como pudiera pensarse con ligereza, de un simple retoque cosmético o terminológico. Se pretende señalar un rumbo inequívoco y fundamental para la construcción de una nueva legitimidad para la convivencia democrática, que debe nutrir el espíritu de la estructura de toda de la nueva Carta. En éstas (sic) condiciones, **el trabajo humano se eleva a rango de postulado ético-político necesario para la interpretación de la acción estatal y de los demás derechos y deberes incluidos en la Carta**, así como factor indispensable de integración social.” (Resaltado fuera de texto original).*

El trabajo adquiere entonces, el estatus de postulado ético, y deja de ser simplemente un recurso valioso en términos de productividad. El valor del trabajo radica no únicamente en su valor de cambio, o valor monetario, sino en que en sí mismo es una expresión de la vida humana digna.

De esta concepción ontológica y ética del trabajo se deriva que **cualquier forma de trabajo resulta valiosa, con independencia del valor productivo o de mercado de determinada mano de obra**. Se trata de un distanciamiento al trabajo visto exclusivamente como un factor de producción de capital, hacia una visión vitalista del trabajo.

De igual manera, la Carta Política también **otorga al sector privado la posibilidad de participar activamente en el Sistema de Seguridad Social**, delegándole funciones, competencias y procesos que, de ordinario, se asociaban de manera exclusiva al Estado.

En el año 1993, cuando se aprobó la Ley 100, se creó el Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI), el cual tiene sus fundamentos en los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Dicho sistema, inspirado en el modelo alemán de Bismark, se justifica en el régimen de los seguros múltiples, en el que se crean subsistemas que pudiesen amparar distintos riesgos y contingencias. De esta manera, en 1994 se constituye el Sistema General de Riesgos Laborales con el objetivo de proteger, atender y asegurar a la población trabajadora y productiva del país.

En este sentido, se podría afirmar que **el SSSI ha venido evolucionando en procura de garantizar un mayor cubrimiento de los riesgos de salud, invalidez y muerte**. Sin embargo, el Sistema General de Riesgos Laborales sigue concentrado en las relaciones laborales mediadas por contratos de trabajo o de prestación de servicios con ingresos mensuales iguales o superiores al salario mínimo y duraciones igual o superior a un mes. De acuerdo con el DANE, esta población de trabajadores representa poco menos del 51% de los trabajadores en Colombia.

En el año 2019, con el Plan Nacional de Desarrollo y otros instrumentos legislativos, se logra un avance importante en términos de inclusión y equidad social para aquellas poblaciones con ingresos inferiores al salario mínimo, al **abrirse paso el concepto de Piso de Protección Social**, que, en todo caso, valga la pena anotar, fue declarado inexecutable con efectos diferidos en Sentencia C-276 de 2021, de modo que su vigencia irá hasta junio de 2023, mientras el Congreso legisla al respecto.

Se trata de un mecanismo, que **permite a trabajadores de menores ingresos tener cobertura** en salud, en el sistema subsidiado, en pensión en el régimen contributivo, mediante Beneficios Económicos Periódicos (BEPS), y en riesgos laborales, mediante un seguro inclusivo.

De hecho, en el análisis de exequibilidad de la sentencia citada, la decisión se profiere por efectos de un fallo legislativo al no seguir el principio de unidad normativa, pero en cambio abre la posibilidad de que el Congreso de la República pueda reproducir este mismo contenido normativo para regular nuevamente el Piso Mínimo de Protección Social antes de junio de 2023.

Así las cosas, el aseguramiento en riesgos laborales en Colombia puede resumirse en tres esquemas:

1. El Sistema de Seguridad Social Integral para aquellas personas con un **ingreso igual o superior a un salario mínimo mensual legal vigente** y contratos de trabajo o prestación de servicios con una duración mínima de un mes.
2. El Piso Mínimo de Protección Social para aquellas personas que devengan **menos de un salario mínimo mensual legal vigente** y quienes tendrán acceso a los Beneficios Económicos Periódicos- BEPS, al sistema subsidiado en salud y al seguro inclusivo que pretende amparar algunos riesgos derivados del trabajo. Esto, reiterando que, por el momento, la norma estará vigente hasta junio de 2023, pero podría ser reproducida en su contenido, teniendo en cuenta lo previsto en la inexequibilidad diferida declarada por la Sentencia C-276 de 2021.
3. **Aseguramiento complementario** que incluye los seguros y los planes complementarios de salud, con la exigencia de estar cotizando previamente al Sistema de Salud y algunos escasos seguros laborales.

Después de todo, bien han valido los esfuerzos y transformaciones del trabajo.

En la actualidad han ido surgiendo nuevas modalidades aún no reguladas. En específico se trata de empresas globales, desde su constitución, con segmentos de mercado en varias partes del mundo; compañías nativas digitales que apoyan el 100% de su funcionamiento en los medios electrónicos. Respecto a la contratación de personal llama la atención la tendencia de contratar servicios en cualquier parte del mundo y desempeños laborales en espacios alternativos de trabajo que hacen que las sedes de las organizaciones pierdan importancia.

En contraste, todavía se encuentran muchas formas de trabajo que no logran superar las dificultades para lograr acceder al Sistema General de Riesgos Laborales, como ocurre con trabajos rurales, ventas ambulantes, por cuenta propia, entre otros.

PROPUESTAS

Considerando que el Sistema General de Riesgos Laborales se concentra principalmente en empleos formales mediados por contratos de trabajo o de prestación de servicios con duración igual o superior a un mes; siendo estos apenas alrededor del 49% de la población trabajadora que requiere cobertura frente a riesgos laborales, y teniendo en cuenta los retos que representan las nuevas tecnologías y los trabajos informales se propone promover una transformación del SGRL, con fundamento en varios enfoques:

Hacia un Sistema General de Riesgos Laborales que abarque y proteja todas las formas de trabajo

70. Enfoque de cobertura universal para todos los trabajadores


Conviene avanzar hacia un Sistema General de Riesgos Laborales que tenga como meta y enfoque brindar cobertura a todas las personas activas ocupacional o profesionalmente con independencia del tipo de contrato o tipo de actividad que realicen.

La propuesta parte de desligar del Sistema el concepto de contrato de trabajo o de trabajo dependiente, para entenderlo como una forma de amparar los riesgos de las actividades humanas productivas que representan riesgo para la persona; esto es, el trabajo en su concepción más amplia, como una actividad humana material o inmaterial encaminada a producir bienes y/o servicios o a satisfacer necesidades dentro de una economía.

En este sentido, podría proponerse una afiliación obligatoria al sistema de riesgos laborales para todas aquellas personas con capacidad productiva.

Bajo esta idea existiría una diferenciación entre la afiliación, que debería ser para todos, y el estado de su vinculación, pudiendo estar activo o inactivo: *activo* en aquellos casos y momentos en los que se está ejerciendo una actividad productiva, profesional o un oficio en general y por tanto deba tener cobertura, e *inactivo* en aquellos en donde no existe actividad laboral ni riesgo que deba protegerse.

Se propone desligar del Sistema el concepto de contrato de trabajo para entenderlo como una forma de amparar los riesgos de las **actividades humanas productivas** que representan riesgo para la persona, esto es, el trabajo en su más amplia concepción



Esta cobertura universal no necesariamente debe implicar contribuciones, habida cuenta de que no todos los trabajadores tienen capacidad de pago. Por ello, se propone desarrollar una cobertura universal similar a la del Sistema General de Seguridad Social en Salud, complementando el esquema contributivo, con uno no contributivo o subsidiado, total o parcialmente, en el que eventualmente se realicen contribuciones proporcionales a los ingresos.

71. Enfoque solidario de financiación en favor de trabajadores de bajos ingresos

Reconociendo que existen actividades y ocupaciones en Colombia que representan para los trabajadores ingresos inferiores al salario mínimo legal mensual vigente, pero que dicha circunstancia no justifica el hecho de que no tengan acceso al Sistema General de Riesgos Laborales, se debe generar un modelo de financiamiento solidario que cubra total o parcialmente los costos asociados a la cobertura de dichos trabajadores.

Similar al Régimen Subsidiado en Salud, los trabajadores de bajos ingresos deberán poder contar con un sistema solidario que les facilite obtener cobertura o que reduzcan la cantidad de recursos que deben aportar para ello.

Este mecanismo solidario de financiación que se propone toma en consideración lo siguiente:

1. Tratándose de trabajadores que prestan sus servicios a través de **plataformas tecnológicas**, se recomienda que se incluyan mecanismos de pago de aportes compartidos en los que los consumidores y las plataformas realicen aportes proporcionales a los servicios o productos que consumen y el trabajador realice pagos proporcionales a sus ingresos.
2. Se deben generar **fondos o cuentas solidarias de recaudo** de recursos provenientes de múltiples fuentes de financiación, incluidos aportes indirectos vía impuestos – *de una manera muy similar a como se genera la financiación del sistema de salud* – que permitan la financiación de la cobertura de riesgos laborales para trabajadores de bajos ingresos. En este sentido, se propone la creación de un fondo con capacidad de suplir las necesidades financieras que demanda una cobertura universal.
3. Para aquellos trabajadores que presten servicios simultáneamente con varios contratantes y que puedan ser individualizados, deben crearse mecanismos de pago de aportes a seguridad social y reconocimiento de prestaciones e indemnizaciones a cargo del Sistema de acuerdo con **el ingreso que representa la multiplicidad de ocupaciones, servicios o contratos de trabajo**.

Se busca que todos los trabajadores puedan afiliarse al sistema de riesgos laborales y **cuenten con coberturas dinámicas y flexibles** que se activen con el despliegue de sus actividades laborales y se ajuste a sus características y capacidad contributiva

En este punto, debe mejorarse el sistema de recaudo y los mecanismos de vigilancia, para evidenciar los eventos en que la persona, por tener diferentes fuentes de ingreso, debe generar una multiplicidad de aportes al Sistema, que le implique una cobertura más directa respecto de las actividades que realiza.

Con esta transformación se buscaría que todos los trabajadores, a saber: dependientes, independientes con contrato de prestación de servicios de un mes o más, o aquellos que prestan servicios por demanda sin contratos ni ingresos periódicos, los independientes por cuenta propia, los trabajadores rurales, los que prestan servicios por medio de plataformas, entre otros, puedan afiliarse al SGRL y cuenten con una cobertura dinámica que se active de acuerdo con sus actividades laborales y se ajuste a sus características y a su capacidad de contribución.

72. Enfoque de tecnologías e innovación

Además de adaptarse a la diversidad de formas de trabajo de las personas, el Sistema requiere también, integrar de manera transversal tecnologías e innovaciones que faciliten el acceso, los procedimientos y trámites que deben realizar las personas activas laboralmente, tales como, afiliaciones, activaciones de cobertura, liquidaciones y pagos, reportes de riesgos y de siniestros, reclamación de prestaciones asistenciales y económicas, entre muchos otros.

Además, estas tecnologías e innovaciones deberán aportar a la consolidación de sistemas de información actualizados y robustos, soporte para la toma de decisiones y referente para idear y desarrollar estrategias predictivas y preventivas de riesgos laborales que favorezcan la protección de los trabajadores.

73. Creación e implementación de una política pública nacional, con enfoque territorial, para lograr brindar cobertura en riesgos laborales a todos los trabajadores

La cobertura frente a riesgos laborales no es un asunto menor, de ésta depende la protección de familias frente a riesgos como la enfermedad, accidentes laborales, invalidez o muerte de quienes, en ocasiones, representan la única fuente de ingresos. De allí que lograr una cobertura adecuada y oportuna resulte ser uno de los proyectos que debe concentrar esfuerzos del Estado colombiano y la sociedad en su conjunto.

Se requieren acciones y estrategias coordinadas del Estado, empresarios, gremios, trabajadores y las distintas formas asociativas de éstos para lograr sensibilizar sobre las bondades de la cobertura en riesgos laborales y facilitar los procesos de afiliación y obtención de cobertura.

Reconociendo que los trabajos no sólo adoptan características propias debido a las múltiples y diversas actividades desarrolladas, sino también por las dinámicas de los diferentes territorios y que en cada uno de estos se encuentran presentes retos propios, es conveniente y necesario que la Política Pública Nacional se construya mediante procedimientos y escenarios que inicien desde los territorios y sus comunidades. Es desde allí que se debe caracterizar a la población activa laboral, sus ciclos económicos, riesgos, actividades y necesidades.

En consecuencia, se propone la creación y ejecución de una política pública nacional construida desde los territorios que permita identificar de manera permanente retos y características diferenciales del Sistema General de Riesgos Laborales desde cada territorio y formas de trabajo.

Esta política pública, construida desde los territorios, responderá a los siguientes propósitos:

Propósito

1. Identificar permanentemente formas de trabajo presentes en cada territorio y sus transformaciones.
2. Establecer ciclos productivos de las formas de trabajo y periodos de ingresos económicos que permitan diseñar y/o ajustar los periodos de pago de aportes o cotizaciones a seguridad social en riesgos laborales.
3. Identificar riesgos laborales de las actividades presentes en cada territorio, así como situaciones o circunstancias particulares en los territorios que puedan incrementar los riesgos con miras a adoptar medidas preventivas que atiendan a estas causas.
4. Proponer acciones y estrategias para mejorar la prevención de accidentes y enfermedades laborales en los territorios.
5. Desarrollar formas asociativas o sinergias público-privadas que permitan facilitar la afiliación de todos los trabajadores para que cuenten con Sistemas de Seguridad y Salud en el Trabajo que mitiguen los riesgos laborales.
6. Propiciar un escenario participativo para construir propuestas dirigidas a los gobiernos locales y nacional que permita mejorar la economía, las fuentes de empleo e intervenir situaciones que afecten laboralmente a cada territorio.
7. La política requerirá construirse de manera participativa desde los municipios, agruparse en equipos departamentales o regionales que se conviertan en el insumo para la construcción de políticas nacionales.

A partir de lo anterior se busca contribuir en la construcción de una Política Pública Nacional que permita recorrer el camino hacia un Sistema General de Riesgos Laborales universal para toda la población activa laboralmente.

74. Creación de un fondo de financiación del sistema subsidiado y parcialmente subsidiado de riesgos laborales

Conscientes de que el enfoque de un Sistema General de Riesgos Laborales con mecanismos que subsidien total o parcialmente a la población activa laboralmente que devengue menos de un salario mínimo resulta ser retador para la sostenibilidad financiera del Sistema, se propone la creación de un fondo o una subcuenta del fondo de riesgos laborales con múltiples fuentes de financiación, como las que a continuación se proponen:

Posibles fuentes de financiación

1. Traslado de recursos públicos provenientes del presupuesto nacional.
2. Donaciones de privados con incentivos tributarios similares a los de economía naranja y otros sectores.
3. Recursos de contribuciones mínimas de Pisos de Protección social efectuadas por trabajadores con ingresos cercanos, pero no iguales, al salario mínimo legal mensual vigente, recordando que por el momento estará vigente hasta junio de 2023 debido a la declaratoria de inexistencia de inequidad proferida en la Sentencia C-276 de 2021.

4. Recursos de sanciones económicas que provengan de procesos sancionatorios administrativos llevados contra las ARL, empleadores y contratantes que incumplan con sus obligaciones y con las normas del Sistema.
5. Pagos proporcionales a los servicios o bienes que se consumen y donaciones de consumidores de servicios de plataformas tecnológicas.
6. Cotizaciones o aportes económicos obligatorios de plataformas tecnológicas a través de las cuales los trabajadores presten servicios.
7. Rendimientos financieros de los recursos que se administren en el fondo.

75. Puesta en marcha del Piso de Protección Social y desarrollo de seguros inclusivos

Teniendo en cuenta que los Pisos de Protección Social son favorables para la protección de los riesgos laborales de los trabajadores, en tanto otorgan una protección mínima y accesible, debido a su pago proporcional al ingreso de los trabajadores y a mecanismos que permiten a los empleadores y contratantes asumir dicho costo, son en efecto un avance importante para la protección de todas las actividades laborales. De allí el interés de fortalecerlos para que progresivamente puedan contribuir a superar la falta de cobertura y de protección.

En atención a la declaratoria de inconstitucionalidad cuyos efectos se defrieron hasta junio de 2023, y ante el inminente trámite de una Ley que mantenga el Piso de Protección Social, resulta pertinente recomendar ajustes como los que se relacionan a continuación:

1. **Regular la modalidad de Pisos de Protección Social.** Si bien empleador y trabajador o contratante y contratista, pueden decidir libremente la vinculación a una u otra forma, pago de aportes al Sistema Integral de Seguridad Social o al Piso de Protección Social, esta última opción resulta beneficiosa en aquellas relaciones en las que el empleador o el contratante tiene la posibilidad de brindar una cobertura mayor a sus trabajadores o contratistas con ingresos inferiores al salario mínimo.
2. Múltiples trabajos generan incertidumbre sobre los ingresos totales que pueda llegar a percibir el trabajador mensualmente, pues es posible que en algunos periodos los ingresos sean inferiores al salario mínimo. De allí que **deba fortalecerse la movilidad, haciéndola flexible y ágil**, entre los Pisos de Protección Social y el Sistema de Seguridad Social Integral haciendo compatible el paso del Piso de Protección Social al Sistema Integral de Seguridad Social y viceversa.

También podría pensarse en habilitar la posibilidad de vinculación voluntaria por parte de los trabajadores que devengan montos iguales o superiores a un salario mínimo, bajo determinadas condiciones.

3. Cuando el empleador o contratante asume el pago de la cotización al Piso de Protección Social, desconoce los ingresos totales que percibirán los trabajadores o contratistas, conociendo solo el ingreso derivado del vínculo que tiene con éste.

Habilitar coberturas del sistema de riesgos laborales por horas, días, semanas, meses, semestre e incluso años

Por lo tanto, si es el empleador el que debe cotizar al Piso de Protección Social, se requiere que el Sistema pueda detectar cuándo un determinado trabajador percibe ingresos iguales o superiores al salario mínimo, y frente a esto **dividir en proporciones la cotización plena al Sistema de Seguridad Social Integral entre sus empleadores o contratantes**, sin generar traumatismos ni complejidades operativas.

4. Conviene que la **cobertura del seguro inclusivo surja desde la afiliación o vinculación a los Pisos de Protección Social y no desde el pago.**

Actualmente, la protección del seguro inclusivo que hace parte de la cobertura del Piso de Protección Social no se activa con la afiliación o vinculación sino a partir del primer día posterior al primer pago que se hiciera.

Esto implica que los pagos de la cotización al Piso de Protección Social se dan sobre mes vencido, mientras que su cobertura inicia después del primer pago, dejando el primer mes de vinculación al Piso de Protección Social sin cobertura.

5. Se recomienda **integrar el mecanismo de seguros inclusivos de riesgos laborales** al Sistema General de Riesgos Laborales, y también a los planes complementarios en salud vigentes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Lo anterior, en consideración a que dichos seguros son una buena opción para complementar las coberturas mínimas y ampliar los beneficios de los trabajadores.

Permitir y reglamentar este tipo de opciones contribuye al fortalecimiento del SGRL.

Anotación

1. La Corte Constitucional emitió la Sentencia C-276 de agosto 19 de 2021 según la cual declara inconstitucional el Piso de Protección Social creado mediante la Ley 1955 de 2019.
2. El reproche constitucional se origina del procedimiento de creación legislativa el cual debió ser el ordinario previsto en la Constitución y no el de la Ley de aprobación del Plan Nacional de Desarrollo.
3. La Corte hizo un estudio sobre la constitucionalidad de este tipo de medidas concluyendo que no son discriminatorias y, por el con-

trario, favorecen los postulados constitucionales al brindar cobertura en seguridad social a los trabajadores con menores ingresos.

Por lo tanto, al limitarse la decisión de inconstitucionalidad a aspectos procedimentales, decidió diferir los efectos de dicha decisión hasta el 20 de junio de 2023, fecha para la cual, el Congreso de la República podrá regular el mecanismo de Pisos de Protección Social mediante el procedimiento legislativo ordinario.

76. Flexibilizar y adaptar el Sistema General de Riesgos Laborales a la diversidad de formas de trabajo

El SGRL debe ser un sistema flexible y adaptable a las realidades económicas del país y a la diversidad o multiplicidad de formas de trabajo legalmente admitidas en el ordenamiento jurídico. Por lo tanto, se deben desarrollar procedimientos fáciles e intuitivos y sin obstáculos para la afiliación y la cobertura del sistema; por el contrario, facilitar los procedimientos contribuye a incentivar la afiliación y el aumento de personas con cobertura en riesgos laborales.

Se trata de **permitir la cobertura del sistema ya sea por horas, días, semanas, meses, semestres o incluso** años, atendiendo a las necesidades propias de cada actividad. También es necesario la implementación de esquemas flexibles de protección que permitan obtener derechos adicionales o diferentes a los mínimos del SGRL.

En tal sentido, los trabajadores independientes, dependientes, contratantes o empleadores podrían realizar cotizaciones y obtener cobertura por periodos inferiores o mayores a un mes. Adicionalmente, que la cobertura del Sistema ampare también el tiempo que permanezca el voluntario en estado activo, periodo en el cual se tendrá derecho al reconocimiento y pago de las prestaciones económicas y asistenciales contempladas en el SGRL. Por esta razón, se sugiere ajustar los **períodos de pago** de seguridad social a diversos escenarios que entiendan la realidad de los diferentes sectores productivos.

Con esta propuesta se busca que el SGRL permita a los trabajadores dependientes e independientes o empleadores realizar cotizaciones por periodos de pago diferentes a los mensuales, ajustando el sistema a las distintas formas de trabajo y contratación que pueden existir en la realidad de los sectores productivos.

Específicamente se pretende que el SGRL cubra las diferentes formas de trabajo y de contratación que pueden presentarse en la realidad, sin importar el periodo de tiempo en que se realicen. Por lo tanto, será necesario modificar del artículo 6ª Ley 1562 de 2012, a fin de que permite cotizaciones inferiores a un mes.

El desarrollo en el Sistema de Afiliación Transaccional - SAT y en las plataformas de las ARL se debe admitir novedades de “activo” e “inactivo”

de los afiliados en tiempo real e incluir periodos de cotización diversos como: horas, días, semanas, meses, semestres y años, con notificación inmediata, y con ello garantizar coberturas en tiempo real que se acomoden al hecho generador, esto es, a la iniciación de una actividad laboral y su duración.

Resultados esperados

1. Que se amplíe la cobertura del sistema de riesgos laborales.
2. Que se permita y facilite que grupos de personas que ejecutan labores en periodos menores a un mes, accedan a los derechos y prestaciones que otorga el SGRL
3. Que el sistema de riesgos laborales se caracterice por atender a las realidades de los diferentes sectores productivos y de los trabajadores por cuenta propia.

77. Cobertura para trabajadores con ingresos inferiores al salario mínimo

El SGRL debería permitir a los trabajadores independientes, dependientes, contratantes o empleadores realizar cotizaciones con una base de cotización inferior a un salario mínimo mensual vigente, atendiendo la naturaleza, periodo y capacidad de pago, especialmente, cuando la actividad laboral sea realizada por periodos inferiores a un mes.

Restringir las cotizaciones a una base de un salario mínimo, desconoce las diferentes formas de trabajo y modalidades de contratación que pueden presentarse en la realidad. Esto irá de la mano con la aplicación proporcional de las coberturas del sistema de riesgos laborales, a efectos de conjugar esta flexibilidad.

Para ese fin, se habrá de modificar: i) el artículo 6 de la Ley 1562 de 2012, a efectos de permitir las cotizaciones por periodos inferiores a un mes, así como ii) el artículo 13 del Decreto Ley 1295 de 1994, estableciendo que todas las personas que realicen actividades laborales son afiliados obligatorios, incluyendo prestadores de servicios, y trabajadores por cuenta propia, y iii) el artículo 17 del Decreto 1295 de 1994, en tanto se establezca que la base de cotización es el salario mínimo mensual legal vigente, y en proporción al periodo de tiempo de la actividad laboral, que comprendería su ejecución por horas, días, semanas, meses, semestres o años.

Acoger la propuesta significa un aumento en el número de personas que realizan actividades laborales con cobertura en riesgos laborales, que ejecutan labores por periodos de tiempo inferiores a un mes, y cotizar con una base de liquidación menor al salario mínimo legal mensual vigente.

78. Diferenciación de la “afiliación” de la “cobertura” en riesgos laborales como conceptos independientes permitiendo que se pueda activar y desactivar la cobertura dependiendo del tiempo en que se realice la actividad laboral

Esta propuesta busca diferenciar entre la “afiliación” y la “cobertura” como figuras independientes en la relación entre un usuario y el SGRL.

Anotación

La **afiliación** debe ser entendida como el acto de vinculación o incorporación única de un trabajador dependiente o independiente al SGRL.

La **cobertura**, por su parte se debe entender como el periodo durante el cual se encuentran amparadas las eventualidades relacionadas con los riesgos laborales. La misma, podría ser activada cada vez que se inicie una actividad laboral y cesar cada vez que se termine, siempre en tiempo real.

La claridad en la diferenciación lleva a que se establezcan una serie derechos y obligaciones tanto para quien simplemente está afiliado como para aquella persona que se encuentre activo desarrollando una labor. Esto reconoce el hecho que algunos trabajadores dependientes e independientes realizan sus actividades de manera intermitente o discontinua e incluso bajo diferentes riesgos y periodos.

Para este fin, es entonces necesaria la creación de **esquemas de cobertura que puedan ser activados y desactivados** dependiendo de un hecho generador consistente en el inicio y finalización de una actividad laboral que realiza una persona, permitiendo a los afiliados realizarse de forma inmediata, sin importar que dicha activación se realice por horas, días, meses o años.

Dicho esquema de cobertura debe atender a la realidad, ajustándose no solo a aquellas personas que cuentan con contratos de trabajo, sino a todo aquel que realice una actividad laboral independientemente de su forma de contratación o del periodo de tiempo en que la realiza.

Estas coberturas y los esquemas de protección **deben ajustarse a los tiempos, actividades, riesgos y características del trabajo que desarrolla cada persona** activa laboralmente o a las actividades económicas principales de la empresa, institución o empleador para quien trabaje o preste sus servicios.

Se plantea utilizar un modelo similar al establecido en el Decreto 1809 de 2020, en el que se reglamentó la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales de los voluntarios acreditados y activos del Subsistema Nacional de Voluntarios en Primera Respuesta.

Eliminar las restricciones de cotizaciones con base a un salario mínimo mensual legal vigente y con período mínimo de un mes

Poner al servicio del sistema de riesgos laborales, la interconexión de sistemas de información y **optimizar la interacción** de los usuarios con el mismo

Según esta norma, la “*primera respuesta*” comprende aquellas actividades realizadas por personas que, sin recibir remuneración, ofrecen su tiempo, trabajo y talento en la atención y prevención de emergencias, desastres y eventos antrópicos, atendiéndolos de manera inmediata en la fase humanitaria. Se excluyen las actividades correspondientes a las fases de rehabilitación y reconstrucción.

79. Un sistema más cercano, accesible, simple, interconectado, con mayor y mejor información para la toma de decisiones y el control de la evasión

Una eficaz y eficiente prestación de servicios redundará en una mejor atención y rehabilitación de aquellos trabajadores que han visto disminuida su capacidad laboral.

Con ese propósito, es necesario que todas las entidades que hacen parte del SGRL utilicen las tecnologías de la información y las comunicaciones - TIC para innovar y estar cada vez más al alcance de cualquier usuario.

Estos esfuerzos, podrían tener un mayor impacto, si logran efectuarse de forma conjunta, con la **participación de los diferentes actores, poniendo siempre en el centro, el beneficio final al usuario del SGRL**. Para el desarrollo de estas inversiones, podrían emplearse distintas fuentes de financiación, algunas de ellas, con cargo a las ARL, y otras, con cargo al Fondo de Riesgos Laborales u otras fuentes, convencidos que con ello se lograrían excelencias operacionales en la entrega de la promesa de valor del SGRL, y permitirían desplegar mayores esfuerzos en el diseño y ejecución de estrategias de prevención que impacten en mayor medida en las tasas de siniestralidad de los trabajadores.

Resulta pertinente que las innovaciones y desarrollos **sean transversales tanto para las entidades del sistema de riesgos laborales como para las demás participantes del Sistema de Seguridad Social Integral**, con información única, veraz y en tiempo real con miras a disminuir costos de transacción y duplicidad de trámites.

Lograr una interconexión con otras plataformas con información de impacto para el SGRL, podría aportar valor en los análisis, tales como las de los demás subsistemas de seguridad social, facilitando la interoperabilidad del Sistema, y evitando la duplicidad de trámites entre subsistemas.

El foco de este ejercicio debería apuntar a **introducir mejoras en la eficiencia y control de los procesos, encaminados a la accesibilidad, resolutivez y autogestión de los usuarios**. En tal sentido, los atributos tendrán que ser fáciles, ágiles e intuitivos para cualquier usuario.

La expansión del uso de las TIC contribuiría a facilitar los procesos de los usuarios en relación con las afiliaciones, eventual selección y activación

de coberturas, contratación de planes complementarios de riesgos laborales, gestión de liquidaciones y pagos, cargue de reportes, novedades o cambios relacionados con la exposición a riesgos y gestión de reclamaciones de prestaciones económicas y asistenciales con trazabilidad e información permanente disponible.

El fortalecimiento de la capacidad de procesamiento de información habría de **permitiría también la identificación de la capacidad de pago y contribución al sistema**, a efectos de reducir la evasión y elusión. El cruce de información de entidades como la UIAF, la UGPP, la DIAN sumaría igualmente.

Con mejor información, el SGRL podría lograr la **identificación de problemas dentro del sistema**, la reducción de costos, la adopción de mejores y más rápidas decisiones e incluso la elaboración de nuevos y mejores productos y servicios que redunden en la disminución de accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

Con su apoyo, el sistema contaría con información actualizada en tiempo real y aportaría a lograr mejores desempeños en la ejecución de actividades y procedimientos, permitiendo al afiliado la autogestión y realización de todos los trámites de manera virtual o en línea.

La buena gestión de la información haciendo uso de las TIC, repercutirá directamente en beneficio de sus afiliados, pues permitiría proyectar ejercicios o modelos analíticos descriptivos y predictivos más precisos, encaminados a la prevención de la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades laborales; focalizar esfuerzos ante la generación automática de alertas; atender y rehabilitar laboralmente en los casos de ocurrencia de un siniestro e indemnizar de manera más oportuna, entre otros.

Finalmente, las estructuras de información deberían comprender y anticipar las necesidades de la rectoría del sistema, tanto desde el punto de vista de las políticas públicas como la de inspección, vigilancia y control, proveyendo acceso a entidades como la Contraloría General de la República, lo cual evitaría la duplicidad de trámites en la generación de reportes con información no estructurada con antelación.

Las estructuras de información **deberían anticipar las necesidades de rectoría del sistema de riesgos laborales tanto desde la vista de políticas públicas como de inspección, vigilancia y control**

80. Creación de diferentes tipos de cobertura en riesgos laborales por demanda

Se propone la creación de un modelo en riesgos laborales flexible, que admita diferentes tipos de cobertura dependiendo de variables tales como: i) la *cantidad de tiempo que ocupe la actividad laboral*, ii) los *intereses del afiliado*, iii) la *capacidad de pago*; iv) el *valor del aporte que esté dispuesto a pagar*; v) el *interés de cobertura que tenga el afiliado*, entre otras.

Se requiere entonces **facilitar la selección de coberturas adicionales a las mínimas con las que cuenta el sistema** y que dichas coberturas se acomoden a las necesidades o intereses de los usuarios.

Además un trabajo mancomunado de los diferentes actores, como el Ministerio de Trabajo, de Salud y Protección Social, la Dirección de Regulación Económica de la Seguridad Social – DRESS del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Departamento Nacional de Planeación Nacional, la iniciativa de inclusión financiera liderada por la Banca de las Oportunidades, los cuerpos legislativos, los trabajadores, los empleadores, las ARL, los organismos internacionales, tales como la Organización Internacional del Trabajo, entre otros.

Esto supondría en todo caso, modificar, entre otros, los artículos 5° y 7° del Decreto Ley 1295 de 1994, los cuales se refieren a las prestaciones económicas y asistenciales previstas en el SGRL para con esto poder establecer esquemas alternativos de cobertura a partir de diferentes variables.

La viabilización operativa, supondría, la habilitación en el Sistema de Afiliación Transaccional SAT u otra similar. Así, los afiliados podrían elegir entre los diferentes tipos de cobertura que se acomoden a sus intereses y capacidad de pago, garantizando en todo caso, una opción por defecto, y que dichas variables, gocen de naturalidad y coherencia con la realidad. Con esto, las ARL podrán conocer en tiempo real el tipo de cobertura escogida y con ello, proveerlas.

81. Posibilidad de contratar planes complementarios, adicionales o voluntarios de riesgos laborales

Se debería incentivar y regular la emisión de **planes complementarios, adicionales o voluntarios de riesgos laborales**, que sean de fácil acceso y contratación, para aquellos trabajadores que quisieran complementar o mejorar las coberturas que les brinda el Sistema General de Riesgos Laborales.

Se propone incentivar y regular la emisión de **planes voluntarios de riesgos laborales** de fácil acceso y contratación para los cotizantes que quisieran complementar o mejorar las coberturas

Esto implicaría habilitar la posibilidad de contratar productos diseñados específicamente para brindar una capa de protección adicional de los riesgos relacionados con la actividad laboral.

Ofrecer pólizas con prestaciones económicas y asistenciales diferenciales o adicionales a las que regularmente tienen derecho los afiliados al sistema es otra funcionalidad para introducir en las plataformas de las Administradoras de Riesgos Laborales o la Plataforma SAT u otra similar.

Así como operan los Planes de Atención Complementaria del sistema de salud, debería habilitarse a los usuarios del sistema de riesgos laborales, la posibilidad de adquirir productos que otorguen prestaciones económi-

cas y asistenciales diferentes, adicionales y complementarias a aquellas que tienen derecho por su afiliación a este sistema, haciendo uso de las plataformas de las Administradoras de Riesgos Laborales - ARL o del Sistema de Afiliación Transaccional - SAT u otro similar.

82. Carga de afiliación y pago de la seguridad social en contratos de prestación de servicios a cargo del contratante

Con el propósito de afianzar las coberturas, se propone asignar al contratante la carga de afiliación y pago de seguridad social en los casos de celebrarse contratos de prestación de servicios. Lo anterior con el fin de descontar directamente al contratista los pagos a efectuarse. Por lo tanto se tendría que ajustar el artículo 6 de la Ley 1562 de 2012.

83. Reconocimientos prestacionales para trabajadores con múltiples contratos de prestación de servicios considerando la suma de los diferentes ingresos bases de cotización

Se propone reglamentar el reconocimiento de pensiones de invalidez de origen laboral para trabajadores con múltiples contratos, considerando la suma de todos sus Ingresos Base de Cotización.

Para ello se deberá tener en cuenta que:

1. En el proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral deberían considerarse los **roles laborales y ocupacionales** de los trabajadores en todos y cada uno de sus contratos, de tal manera que la pérdida de capacidad laboral se evalúe integralmente y no solo frente a uno de los trabajos.
2. Para determinar el **monto de la pensión de invalidez deberán tenerse en cuenta todos los Ingresos Base sobre los que cotiza** el trabajador.

Esto implicará la vinculación de actores estatales, como el Congreso de la República, y otros gubernamentales, como los Ministerios de Trabajo, Salud y Protección Social, en tanto debería modificarse el MUCI - Manual Único de Calificación de Invalidez, a efectos de aclarar la forma en que debe evaluarse el riesgo ocupacional y laboral de quien tiene múltiples contratos. Así mismo, la participación de las Juntas de calificación, la rama judicial, las compañías de seguros que tienen autorizada la comercialización del ramo de seguros previsionales de invalidez y sobrevivencia, y los actores de los subsistemas de seguridad social, entre ellos, las ARL, las EPS, los fondos de pensiones y las cajas de compensación familiar.

Se ha de reglamentar el reconocimiento de pensiones de invalidez de origen laboral para **trabajadores con múltiples contratos**, considerando la suma de todos sus ingresos bases de cotización (IBC)

Fortalecimiento de la rectoría del sistema

84. *Coordinación y tecnificación de la rectoría del Sistema General de Riesgos Laborales*

Para lograr este punto se debe propender por la coordinación de la rectoría y vigilancia de los sistemas de salud y riesgos laborales, así como por la cualificación de quienes cumplen funciones relacionadas con la rectoría y vigilancia del SGRL.

Esto implica:

1. Estructurar un **proceso de coordinación sistemático** para la rectoría, con la definición de roles y responsabilidades a cargo de los diferentes actores.
2. Fomentar **liderazgos técnicos conceptuales** al interior de los órganos de rectoría y vigilancia del SGRL.
3. Revisar las **estructuras de personal dedicadas a la rectoría** del sistema de riesgos laborales con el propósito de fortalecerlas.
4. **Fortalecer los equipos de las entidades de rectoría** a través de procesos reglados, que propicien adecuadas condiciones laborales y privilegien el desarrollo del talento humano con vinculación laboral, legal o reglamentaria
5. Estructurar un **plan de gestión del conocimiento**, promoviendo múltiples acciones encaminadas a la capacitación y actualización constante de los funcionarios públicos que tienen injerencia en el SGRL, considerando la ampliación de habilidades y conocimientos técnicos, tanto de los inspectores de trabajo, como de quienes ejerzan sus funciones en las superintendencias, entes de control, los ministerios, y demás entidades.

Para tal fin, podría incorporarse dentro del Plan Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo un especial capítulo sobre la gestión del conocimiento. Así mismo, las diferentes entidades con injerencia en el sistema podrían formular planes y programas intersectoriales e interdisciplinarios.

6. Otorgar **competencia para decidir asuntos sobre riesgos laborales a la jurisdicción especial de salud**, con el ánimo de reducir el número de tutelas y descentralizar las decisiones judiciales en un actor especializado.

Para alcanzar este objetivo se propone la modificación del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 de tal manera que se asigne a la delegada para asuntos jurisdiccionales de la Superintendencia Nacional de Salud competencias para resolver asuntos relacionados con el SGRL, adicional a las ya contempladas en el Decreto Ley 1295 de 1994, para que pase a ser no solo una competencia de vigilancia, sino también una competencia jurisdiccional.

85. Distribución de competencias entre los actores de los subsistemas de salud, pensiones y riesgos laborales en los procesos de determinación de pérdida de capacidad laboral

Esta propuesta busca hacer más eficiente el proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral. Este objetivo supone a la vez que se debe aclarar quién es competente para calificar en primera instancia y lo que implica: determinar el porcentaje de pérdida de capacidad laboral, la fecha de estructuración de invalidez y el origen.

La información que sirve para calificar debe estar unificada y al alcance de todas las entidades responsables de adelantar el proceso de calificación y de las partes interesadas en el mismo.

Para alcanzar estos objetivos se propone:

1. La reglamentación del artículo 41 de la Ley 100 de 1993, admite que quienes tienen la competencia de calificación en primera oportunidad, en adición a la calificación del origen, tengan la **facultad de determinación del porcentaje de pérdida de capacidad laboral y la fecha de estructuración de invalidez**.
2. Incorporación a los sistemas de información del SGRL del registro de la documentación necesaria para realizar la calificación, **accesible por los usuarios, las entidades que participen en el proceso de calificación, y los funcionarios judiciales**, en caso de ser presentado ante la justicia.

En aras de la eficiencia del proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral, se propone ampliar la **competencia de las entidades que califican en primera oportunidad** y fortalecer el acceso a la información por los actores

3. Puesta en funcionamiento de la historia clínica electrónica.

Con el fin de asegurar los cambios debe considerarse la participación de actores, del orden gubernamental –Ministerio de Trabajo, Ministerio de Salud y Protección Social, las Juntas de Calificación–, la rama judicial, las compañías de seguros que tienen autorizada la comercialización del ramo de seguros previsionales de invalidez y sobrevivencia, y los actores de los subsistemas de seguridad social, entre ellos, las ARL, las EPS, los fondos de pensiones, las cajas de compensación familiar.

Fomento de la sostenibilidad y la solvencia financiera del sistema de riesgos laborales en el largo plazo

Uno de los grandes retos del Sistema, es el de generar estrategias que permitan atender al conjunto de la población que pueda sufrir las contingencias cubiertas, **sin poner en riesgo la sostenibilidad financiera**.

Por esta razón, en esta sección, se desarrollan algunas de las estrategias propuestas para atender problemas y retos propios del SGRL, como la composición del núcleo de beneficiarios de las eventuales pensiones; la

extralongevidad real en comparación con las tasas proyectadas por la Superintendencia Financiera de cara al reconocimiento pensional, la atención de inconvenientes de planeación que pueden generar el incremento anual del salario mínimo respecto de las reservas para el reconocimiento de prestaciones económicas.

Asimismo, se plantean algunas **estrategias de cara a la actualización del SGRL** teniendo en cuenta la realidad del trabajo y la realidad económica del país, y con el fin de generar eficiencias positivas en la administración y gestión financiera del Sistema.

Finalmente, se analizan otros aspectos como la necesidad de actualizar las tablas de enfermedades laborales, la posibilidad de reglamentar la variación de tarifas según siniestralidad, como motivación para que los empleadores contemplen esquemas eficientes de prevención que faciliten la disminución de las tasas de accidentes de trabajo y enfermedad laboral.

86. Revisión de las tarifas de cotización al SGRL

Con el propósito de ajustar a la realidad económica las condiciones de las cotizaciones al SGRL, resulta pertinente considerar la revisión de las tarifas de cotización al SGRL, fijadas por vía legal desde su creación.

Para el efecto, se podrían considerar los siguientes aspectos:

- 1. Eliminar los límites de cotizaciones de 0.348% y del 8,7%** que permitan una mayor flexibilidad y rango de actualización frente a la suficiencia de las primas, lo que implicaría reformar el artículo 18 del Decreto Ley 1295 de 1994 y los artículos 19 y 20 de la Ley 776 de 2002.

Para tal fin, se podría delegar en el Gobierno Nacional o en la Superintendencia Financiera de Colombia, para que determinen los topes mínimos y máximos, previos estudios técnicos que se habrían de revisar periódicamente, con la participación de los diferentes actores del sistema.

Esto permitiría flexibilidad en estos topes (tanto para arriba como para abajo) y un análisis de suficiencia de las primas dentro del Sistema que permitiría tener un modelo de aseguramiento más ajustado a la realidad de los riesgos.

- 2. Intervenir el proceso de elaboración y actualización periódica de tablas de mortalidad** a efectos de reconocer componentes dinámicos e información suficiente, tanto del SGRL como de otros subsistemas o experiencias pertinentes y aplicables.

La desactualización de las tablas de mortalidad puede generar desviaciones en los cálculos que se realizan para la administración financiera por parte de las aseguradoras, pues normalmente tienen que establecer reservas para realizar reconocimientos pensionales con tablas de referencia que no se actualizan y que contienen

criterios privados de medición. Esto puede generar desviaciones respecto de la media estándar, pues, aunque es un mercado muy simétrico, no todos los actores manejan la totalidad de la información del Sistema.

Con esta estrategia, se podrían estandarizadas las reglas de cálculo de las reservas actuariales encaminadas al reconocimiento de prestaciones vitalicias (pensiones de invalidez y sobrevivientes) que tiene a su cargo el SGRL.

3. Debería generarse la posibilidad de establecer **tablas de mortalidad por sectores económicos**, teniendo en cuenta que en algunos sectores se genera mayor siniestralidad y en otros existe mayor longevidad, tal y como sucede en el sector minero energético y el sector turismo, donde los riesgos enfrentados y la longevidad en el caso de pensiones de invalidez, por ejemplo, serían diametralmente significativas.

87. Mecanismos para gestionar y mitigar los riesgos asociados a la longevidad y a la composición del núcleo de beneficiarios en pensiones del SGRL

Es necesario evaluar y cuantificar el impacto en el cálculo de primas y tarifas de cotización del sistema de los riesgos que representa la longevidad y la reconfiguración del núcleo de beneficiarios de las pensiones del SGRL por vía judicial, con el fin de realizar la verificación y actualización de las tarifas.

Para el efecto, conviene la creación de mecanismos que permitan gestionar estos riesgos de forma efectiva, reduciendo la incertidumbre y el alto impacto que generan en la extensión de las coberturas.

Podría entonces, realizarse una nueva delimitación respecto de los eventuales beneficiarios de la prestación encaminada a resolver la conflictividad de cara al reconocimiento de prestaciones por el SGRL, tanto de beneficiarios emergentes a los legales, como de los casos en que se presentan convivencias paralelas a las uniones maritales o sociedades conyugales, propendiendo por la asignación del deber de declaración de los beneficiarios que integran su grupo familiar y la correspondiente actualización periódica a cargo del afiliado, siendo ellos los únicos que podrían reclamar las prestaciones.

88. Regraduación de las tarifas de cotización atendiendo las dinámicas y realidades

Dentro de las cinco categorías de riesgos en materia de riesgos laborales por actividades económicas, existe la posibilidad de tener una cotización inicial, una mínima y una máxima que técnicamente dependen de algunos datos, principalmente relacionados con la siniestralidad.

Esto implica, que las tarifas fijadas no son definitivas y que **pueden variar por las actividades económicas**, por el indicador de variación del índice de lesiones incapacitantes y de la siniestralidad y por el cumplimiento en materia de seguridad y salud en el trabajo.

Uno de los grandes pendientes del Sistema es no haber reglamentado la forma en que se puede ajustar la cotización para estos casos. (Presidencia de la República de Colombia, 1994) (Congreso de la República de Colombia, 2002) (Congreso de la República de Colombia, 2012)

Con esta reglamentación, lo que se pretendería es **lograr que el sistema de aseguramiento en riesgos laborales atienda a la realidad de los niveles de riesgo que se enfrentan** los trabajadores dependientes e independientes y los niveles de siniestralidad en el país, y se incentive el despliegue de acciones encaminadas a la prevención de los aportantes quienes verían la disminución en el monto de cotizaciones a riesgos, por tener un buen comportamiento, tal y como ocurre en el seguro privado.

Se propone reglamentar la **regraduación de tarifas** para incentivar el despliegue efectivo de acciones de promoción y prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales

La reglamentación de las tarifas **ofrece beneficios a los afiliados ya que podrán aplicar a una reducción de tarifa** por cumplimiento en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y por

disminución de la siniestralidad, compaginada con la verificación de actualización de actividades económicas.

Teniendo en cuenta estos aspectos se aportaría a la competitividad de los cotizantes, empleadores, contratantes, y trabajadores independientes, quienes se esperaba atiendan menos lesiones incapacitantes, lo que podría revertir en una mayor productividad de los trabajadores y mejoras en los costos económicos de las cotizaciones a la seguridad social.

La regulación habrá de contemplar los parámetros que han de revisarse para emitir las tarifas de cotización, considerando entre ellos, i) la población afiliada al sistema de seguridad social, ii) la siniestralidad, asumiendo dentro de ésta lo que actualmente se considera el índice de lesiones incapacitantes, iii) las cifras por sectores económicos, avances tecnológicos y mecanismos de prevención de accidentes.

89. Gestión del riesgo de incremento del salario mínimo por encima de la inflación en las pensiones del SGRL

En Colombia, por vía constitucional y legal, se ha establecido que **las pensiones no pueden ser inferiores a un salario mínimo legal mensual vigente**.

Para efectos del incremento de dicho salario mínimo, anualmente el Comité de Concertación de Políticas Salariales y Laborales de Colombia, los representantes de empleadores, trabajadores y del Gobierno

Nacional, se reúne, y considerando tanto variables económicas, como la inflación y la productividad, como políticas, pueden llegar a un acuerdo encaminado a determinar el valor que representará el incremento para el año siguiente.

Atendiendo que las obligaciones adquiridas por las ARL para el pago de las prestaciones pensionales están sometidas a dicho valor, especialmente en aquellos casos, donde la pensión es equivalente al salario mínimo o que se proyecta alcanzarlo durante el período de pago de la prestación, y deben constituirse las correspondientes reservas de siniestros, **el riesgo político se convierte en un componente altamente volátil**, que genera gran incertidumbre y que impide estimar adecuadamente los valores a asumir en el futuro.

Hacerlo implica una alta subjetividad, requiriendo en la práctica, una valoración anual, para poder actualizar los datos de reconocimiento, que naturalmente impactan en la sostenibilidad financiera del SGRL y que, en caso de descontrolarse estas variables, lo expondría a un alto riesgo.

Por esto, tomando como referente lo sucedido en el mercado de rentas vitalicias de origen común (Congreso de la República de Colombia, 2009) (Ministerio de Hacienda y Crédito Público de Colombia, 2015), la propuesta se enfoca en **extender por vía legal y reglamentaria, una cobertura homogénea para las prestaciones del SGRL.**

De esta manera, el Estado, a través del Ministerio de Hacienda o del Fondo de Riesgos Laborales, podría diseñar un esquema que le permita **reducir las asimetrías de cobertura del deslizamiento del salario mínimo** existentes entre las rentas vitalicias del sistema de pensiones y las de riesgos laborales, siguiendo además una de las recomendaciones elevadas por la Misión del Mercado de Capitales convocada por el Gobierno de Colombia. (Misión del Mercado de Capitales, 2019).

Podría entonces, recogerse la definición del deslizamiento del salario mínimo dispuesta para el sistema de pensiones, esto es, el cambio porcentual entre el incremento del salario mínimo y la suma de la variación en el índice de precios al consumidor del año anterior con el promedio de la productividad en los últimos 10 años.

90. Estrategias coordinadas contra el fraude al Sistema General de Riesgos Laborales

Inspirados en la regulación del Decreto 1333 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018), se propone un abordaje integral y coordinado con el sistema de salud, encaminadas al despliegue de estrategias contra el fraude.

1. **Implementar controles periódicos**, para la verificación de incapacidades, mecanismos de investigación adecuados y controles en materia de atención médica, así como reiterar la facultad de las ARL

para el no pago de prestaciones económicas a quienes no atiendan las citas o no cumplen con los planes de trabajo dispuestos para su rehabilitación.

A su vez, la posibilidad de imponer sanciones en aquellos casos en que se simulen accidentes de trabajo o se reporten como accidentes cuando no lo son.

2. Establecer el **intento de fraude o fraude mismo**, por vía reglamentaria, en lo que se refiere al reconocimiento de prestaciones periódicas vitalicias, y por lo tanto las administradoras podrían aplicar como medida cautelar la suspensión del pago de las prestaciones económicas, siempre y cuando se adelante un procedimiento de fiscalización previo y rápido, con garantía de derecho de defensa de los usuarios en el que se comprueben indicios graves de fraude.

Dicha suspensión, se mantendría hasta que se resuelva de manera definitiva la existencia o no del fraude por parte de un juez.

3. Generar mecanismos que permitan la **coordinación de las políticas de fiscalización desde el Ministerio del Trabajo y desde la Unidad de Gestión de Pensiones y Parafiscales (UGPP)** para construir elementos comunes de fiscalización enfocados también en el control no solo de aportes a seguridad social, sino en la evasión o elusión frente al Sistema.
4. Autorizar por vía legal, la posibilidad de **imponer sanciones administrativas específicas a quienes defraudan al Sistema** bien sea mediante el reporte de accidentes irregular o la promoción de afiliaciones irregulares, en las que se afilia a las personas, pero no se reportan los sitios de trabajo ni realiza una declaración de riesgo adecuada.
5. Continuar en el proceso de la integración y actualización del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT), a efectos de **habilitar la vinculación de micro y pequeñas empresas**, así como personas y excluir las afiliaciones irregulares.

Esto, además, acompañado de una reforma legal que permita la integración del SAT y de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) para que el flujo de información en materia de afiliación y cotizaciones, y cumplimiento de pagos sea el adecuado en todo el Sistema.

6. Determinar los **términos de prescripción** frente a las actividades del Sistema y principalmente, frente a las obligaciones de recaudo de las administradoras, pues más allá de la prescripción de la acción de cobro, debe ser claro si, ante las aseguradoras, prescribe o no la solicitud del aporte, pues en ocasiones la imprescriptibilidad en virtud del carácter de recursos públicos se soporta en la solicitud de pagos extemporáneos o en la apertura de procesos ejecutivos.

En este sentido, podría darse una reforma legal que aclare la imprescriptibilidad respecto del afiliado, aunque no de las administradoras, y con ello fomentar un comportamiento transparente y eficiente de fiscalización en tiempo y disminuir evasión y elusión de las cotizaciones.

91. Mitigación de los costos administrativos en el recaudo de la cotización

Si bien a través de la adaptación de la PILA se mejoraron los mecanismos de recaudo de los cotizantes, la realidad es que el traslado desde los operadores de la planilla hacia las ARL continúa siendo un proceso costoso y desgastante para el Sistema que evidencia ineficiencias y se convierte en una barrera para la ampliación de la cobertura poniendo en riesgo su solvencia.

Por esta razón, se plantea realizar una serie de ajustes encaminados a la modernización tanto de los mecanismos previstos en la planilla PILA como de los demás sistemas de flujo de información, incluyendo el SAT, a efectos de permitir un flujo adecuado de información dentro del Sistema y principalmente claridad entre afiliaciones, cotizaciones y desafiliaciones.

1. Traslado integrado de cotizaciones a las administradoras por parte de los operadores que recaudan las cotizaciones a las administradoras destinatarias del aporte

En vista que las cotizaciones al SGRL, en su gran mayoría, son de bajo valor, resulta fundamental hacer énfasis en los costos transaccionales, con el fin de lograr que el valor que se recibe por ellas sea suficiente para suplir sosteniblemente las coberturas dispuestas por el sistema.

Para solucionar esta situación, se sugiere determinar y definir por vía reglamentaria que el traslado de recursos entre los operadores que recaudan la cotización por la PILA y las administradoras destinatarias de la misma **se haga solo una vez por día**, a efectos de optimizar los costos transaccionales que se generan por parte de las entidades financieras para cada transacción.

Un menor costo transaccional, conduce a disminuir costos operativos. Además, el hecho de realizar menos transferencias de menor cuantía disminuirá no solo los costos de transacción sino los costos administrativos de gestión del recaudo y de transferencia hacia las administradoras.

92. Actualización de tablas de enfermedades laborales, de actividades económicas de las empresas y de oficios de dependientes e independientes

La dinámica de la vida moderna lleva a una **realidad cambiante, cargada de velocidad e incertidumbre**. La evolución humana y de la sociedad, la innovación y las nuevas tecnologías, transforman las actividades económicas y por ende los riesgos a los que se expone la gente en el trabajo.

En este sentido, es evidente que los riesgos biológicos, ambientales, estructurales, eléctricos, químicos, psicosociales, varían de una actividad a otra y que las enfermedades dependen del tipo de trabajo y de la actividad que se desarrolla.

Por esto, conviene considerar esta situación en las **dinámicas de actualización de la regulación**, y particularmente, de aquellos elementos técnicos fundamentales para la operación del sistema de riesgos laborales, como es el caso de las tablas de enfermedades laborales, de actividades económicas de las empresas y de los oficios de dependiente o independientes, las cuales son pieza clave de la operación del sistema de riesgos laborales.

Se propone que el traslado de recursos entre operadores y administradoras destinatarias se haga solo una vez por día

En línea con ese mecanismo dinámico y con actualizaciones constantes, se requiere **estructurar sistemas de confrontación y cruce de información**, que permitan confirmar no solo las actividades y los riesgos a que se exponen, sino a su vez, actualizar las enfermedades que podrían derivarse de ellos.

Esto tendría que ir de la mano con radicar en cabeza de los aportantes, el deber de registrar los centros de trabajo y clasificar los riesgos para cada uno, de suerte que se atiendan las afectaciones reales y actualizar los datos periódicamente. Al mismo tiempo, permitirá una adecuada gestión de las contingencias a cargo de la ARL y de los riesgos que se le trasladan por parte de las empresas y de los independientes.

93. Mecanismo de gestión de cobros entre Subsistemas de la Seguridad Social

A pesar de que el Sistema de Seguridad Social ha sido concebido como integral y comprende la identidad del Sistema, entre los subsistemas de riesgos laborales, pensiones y salud persisten múltiples retos para llevarse a la práctica. Esta propuesta, facilitaría el flujo adecuado de recursos entre el Sistema de Salud y el SGRL.

La ausencia de regulación sobre la asunción de los costos y de las formas de realizar los cruces de los pagos entre las entidades cuando el origen de la enfermedad o accidente es modificado (de origen común a laboral o viceversa), ha generado múltiples discrepancias entre las EPS y ARL.

Para solucionar este vacío, se propone la adopción de un mecanismo de compensación entre los subsistemas de riesgos laborales y de salud y con ello atender las controversias de origen, que podría ser administrada por la ADRES. Este subsistema podría operar tanto entre el propio SGRL como entre sistemas. Este mecanismo, se inspira en el que se utiliza en la cámara de compensación del SOAT, administrado por FASECOLDA.

La ADRES sería un órgano integrador de los datos y se le autorizaría la atención de solicitudes de compensación entre ambos sistemas o entre los actores de este SGRL. Esta entidad, podría atender cualquier tipo de flujo de recursos que permita suplir obligaciones entre las partes, pero sin limitarse a cubrir los costos de traslados entre los subsistemas relacionados con cambios en la calificación de origen, los pagos prestacionales en las proporciones pertinentes para la atención de las enfermedades laborales, y en general, cualquier situación, en la que los actores actúen

en condición de acreedores o deudores. Esto lograría una eficiencia en la resolución de los casos y evitaría en la práctica recobros mediante la emisión de facturas.

Desarrollar un **mecanismo de compensación** entre los subsistemas de salud y riesgos laborales, y entre estos mismo, que podría ser administrado por la ADRES, con el fin de lograr la fluidez de recursos entre estos

Capítulo



Anexos técnicos

METODOLOGÍA DEL PROYECTO

Este proyecto en el que se propusieron ajustes a los Sistemas General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y del Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL), se desarrolló en tres fases.

La primera, enfocada en la **revisión de los acontecimientos y críticas** al SGSSS; la segunda, en establecer propuestas de solución a la problemática identificada en la primera fase, y la tercera, en concretar y articular las propuestas desarrolladas en cada una de las mesas de trabajo.

Para el desarrollo de la primera fase se identificaron los retos y dificultades que enfrenta el SGSSS en materia de aseguramiento, rectoría, financiamiento, prestación de servicios y salud pública. En esta fase participaron aproximadamente 60 miembros, integrantes de la Pontificia Universidad Javeriana sede Bogotá, profesionales de la Institución Prestadora de Servicios -Javesalud, funcionarios de Seguros Sura Colombia e invitados expertos en las diferentes funciones del sistema de salud colombiano. Se generaron espacios de discusión y empleó la técnica de Seminario Alemán. Las mesas de trabajo se organizaron en cuatro categorías.

El proceso tomó siete semanas, con un total de 31 reuniones: nueve de rectoría, siete de financiamiento, ocho de aseguramiento y siete de prestación de servicios y salud pública. Como resultado, se reconocieron 39 problemas: seis en rectoría, 14 en financiamiento, seis en aseguramiento, y 13 en prestación de servicios y salud pública.

En la segunda fase **se plantearon propuestas de soluciones a los problemas identificados**, y se trató de dar respuesta sobre aspectos como: ¿cuál debería ser el papel del gobierno, de los actores privados, la financiación del sistema, los seguros tanto públicos como privados, los beneficios, el modelo de prestación, el rol de los prestadores, las funciones de salud pública, así como los resultados esperados?

Adicionalmente, se agregó una mesa para atender el tema de riesgos laborales, dada su importancia en la garantía de la prevención y protección de la salud de los trabajadores.

Como herramienta metodológica se utilizó el aplicativo PADLET, en el cual se plasmaron propuestas de solución para cada uno de los problemas identificados.

Posteriormente se debatieron en cada sesión. Esta fase duró 15 semanas con un total de 65 reuniones (12 sesiones de mesa general y 3 de sub-mesa en rectoría; 13 en financiamiento; 13 en aseguramiento; 15 en prestación de servicios y salud pública; y 9 en riesgos laborales).

También fueron invitados y sumaron al debate expertos conocedores del sistema. En resumen, se formularon 143 soluciones: 21 de rectoría, 21 de financiamiento, 25 aseguramiento, 53 de prestación de servicios y salud pública, y 23 de riesgos laborales.

En la tercera fase, se articularon las propuestas establecidas en la fase II y mediante matrices comparativas, se **identificaron aquellas que convergían**. Se agruparon en temas transversales y según funciones del sistema.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS Y PRIORIZADOS

A continuación, se describen las diversas discusiones interdisciplinarias e interinstitucionales que las mesas generaron en torno a la problematización del SGSSS y el SGRL, sobre las cuales se realizó la propuesta final.

Problematización definida desde la Mesa de Rectoría

Teniendo en cuenta los vacíos identificados, la mesa de trabajo planteó la siguiente problemática:

1. *Incompatibilidad de la rectoría constitucional y los cambios normativos desde la rectoría del sistema*

El sistema de salud colombiano, desde su creación, ha tenido **múltiples desafíos para llevar a cabo la misión de garantizar el derecho a la salud**, así como el asegurar el acceso a los servicios, lograr llevar la salud a los territorios dispersos, fortalecer el compromiso de los agentes y entidades que conforman el sistema, entre otras necesidades (Defensoría del Pueblo, 2019). Ante las dificultades del sistema para garantizar este derecho a los ciudadanos, se dio un aumento en la interposición de la acción de tutelas referentes a temas de salud (Defensoría del Pueblo, 2018).

Pese a los esfuerzos de la Corte Constitucional y del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) por regular el sistema en los últimos años, no se ha logrado satisfacer las necesidades ni las expectativas de la población, lo cual se evidencia año tras año, en los informes de la Defensoría del Pueblo. Tutelas, derechos de petición, quejas y reclamos han sido la constante.

La desintegración de la rectoría en el sistema de salud y la incertidumbre que causa sobre el comportamiento de los agentes del sistema y sobre los afiliados

La desintegración de la rectoría en el sistema de salud y la incertidumbre que causa sobre el comportamiento de los agentes del sistema y sobre los afiliados a los regímenes de aseguramiento, fueron los grandes temas de preocupación para los miembros de la mesa. El impacto se evidencia en la alteración de las relaciones con el sistema, especialmente en términos de los pagos de las contribuciones parafiscales y las coberturas de las protecciones no solo a través de la ley estatutaria sino también en las dos últimas reformas tributarias. Por lo tanto se consideró necesario introducir un conjunto coherente de disposiciones reglamentarias, acorde con la visión y dirección de la política sanitaria de la nación (Organización Mundial de la Salud, 2000).

2. Limitaciones en la definición de la visión y dirección de la política sanitaria

Según lo establecido en las sesiones de discusión de la mesa, desde la Rectoría se debe garantizar un proceso unitario y descentralizado de toma de decisiones, en relación con las responsabilidades entre el sistema y las poblaciones, y entre el sistema y cada una de sus funciones y organizaciones correspondientes. Además, se hizo énfasis en los desarrollos regulatorios dada la congestión normativa frente a una misma responsabilidad, ya que ésta suele recaer sobre un agente, pero con muchas posibilidades de actuación, favoreciendo el comportamiento oportunista de los mismos, a riesgo de incumplir obligaciones con los afiliados y los usuarios, y considerando o delegando su obligatoriedad en otros actores, lo que conlleva a que las funciones no se ejerzan por quienes deben hacerlo.

La existencia de normas que **no separan con claridad las responsabilidades de aseguradores y prestadores ni tampoco delimita el ámbito normativo** genera incertidumbres respecto a que, si las obligaciones de cumplimiento y reporte son del ámbito nacional o territorial, o si son competencia del Ministerio de Salud o de la Superintendencia Nacional de Salud. La idea de dar unidad consiste en que las normas entre el sistema y los agentes deben ser únicas, eliminando las inconsistencias normativas y estableciendo un sistema institucional desde el Ministerio o en Consejos como el Consejo Nacional de Seguridad Social.

La pregunta que enmarcó el abordaje del problema fue establecer si en el actual Sistema de Salud en Colombia **existe o no una visión y una dirección de la política sanitaria**. Lo anterior en razón a que en sistemas con participación de multiplicidad de agentes de distinta naturaleza pública o privada, no siempre es claro que exista una alineación automática de los

objetivos estratégicos y es probable que, en determinados aspectos, ciertos actores se preocupen más por los intereses propios que por los objetivos comunes del sistema. De esta manera, la Rectoría debería encargarse de superar eventuales conflictos que se puedan presentar en este sentido y articular a los agentes sobre la naturaleza común.

Adicionalmente y en línea con algunos autores, se estima que **por causa del diseño del SGSSS son varios los actores e instituciones que hacen parte de las líneas estratégicas del sistema y que, por supuesto, cada uno de ellos juega un papel diferente, además de encontrarse en medio de esquemas de relación, articulación, subordinación y participación** (Calderón, Agudelo; Botero, Cardona; Martínez, Ortega Bolaños & Robledo, 2011) Asimismo, investigaciones citadas en el sector salud colombiano sobre la rectoría y regulación, se encuentra que la autoridad sanitaria no se articula con los agentes del sistema para las acciones comunes que deben cumplir, por consiguiente, aparece uno de los desafíos de la Rectoría, garantizar que los intereses colectivos les den centralidad a los intereses de los agentes del sistema. (Suárez-Rozo, L; Puerto-García, S.; Rodríguez-Moreno, L.M. & Ramírez Moreno, J, 2017).

3. Deficiencia en la regulación y control

Sujeto al planteamiento anterior, la **baja capacidad regulatoria evidencia la necesidad de fortalecer el establecimiento de reglas de juego para los agentes del sistema** y de observar un comportamiento y cumplimiento de sus obligaciones. Lo anterior hace referencia a las reglas, sus sistemas y entidades de supervisión y se enfatiza en que las instituciones reguladoras no tienen en forma explícita un marco de actuación y composición ni tampoco es claro el uso de instrumentos que permitan combinar políticas de incentivos y penalización al desempeño de los agentes del sistema.

Se ha planteado la existencia de una crisis regulatoria generalizada que alude a fallas como información incompleta, inconsistencia temporal, e instituciones y prácticas regulatorias diversas para la toma de decisiones

Igualmente se presentan fallas en la información e inconsistencia temporal e institucional de las decisiones. Existen varias instituciones que toman decisiones unilaterales que afectan en muchas circunstancias la totalidad de los componentes del sistema y la relación con las poblaciones. En lo que se denomina “regulación concurrente” debe existir una arquitectura de las decisiones con reglas claras, jerarquías institucionales y complementariedad en la división de funciones, así como instrumentos para la observancia de los comportamientos de los agentes.

Otras investigaciones hacen referencia a una **crisis regulatoria generalizada que alude a fallas como información incompleta, inconsistencia temporal, e instituciones y prácticas regulatorias diversas para la toma de decisiones**. El hecho de tener un modelo de salud construido sobre la marcha y de forma experimental, permite que haya un exceso de normas que generan incertidumbre y reglas confusas (Suárez-Rozo, L; Puerto-García, S.; Rodríguez-Moreno, L.M. & Ramírez Moreno, J, 2017).

4. *Limitaciones en el fortalecimiento del sistema de salud basado en enfoque de derechos*

El derecho a la salud en Colombia expresado en la Constitución de 1991 se reconoció como un “derecho fundamental por conexidad” (Flórez, 2010) y, además, le otorgó características **vinculantes, obligatoriedad y exigibilidad**. Por consiguiente, la Asamblea Constituyente otorgó a los jueces constitucionales la responsabilidad de hacer eficaz la Constitución, a la Corte Constitucional un rol de guardiana de ésta y creó la acción de tutela como un instrumento procesal asequible para lograr la vinculación del derecho (Ortiz G., 2020).

El **volumen creciente de tutelas** aunado al precedente de la Sentencia T760 de 2008, llevó a un reforzamiento legal del derecho a la salud, a la expedición de la Ley Estatutaria 1751 (Congreso de la República de Colombia, 2015), y otras normas para llevar a cabo su implementación como la Resolución 6408 de 2016, la Resolución 3951 de 2016 que establece el MIPRES, la Resolución 0429 de 2016 que instaura la política PAIS, etc. Sin embargo, estos esfuerzos son insuficientes sin una política orientada al goce efectivo de los derechos y su adecuada articulación con el sistema.

Finalmente, las **implicaciones financieras del derecho a la salud** generaron una inquietud importante a los miembros de la mesa, ya que se considera que este derecho requiere una concordancia con las formas de financiamiento para garantizar la idea de la tributación con representación que hace posible el establecimiento claro del alcance de los derechos y de la concordancia entre estos y sus forma de financiamiento. Algunos consideran que son necesarias las delimitaciones que permitan una correspondencia con el aseguramiento y la financiación del sistema, pues los recursos no solo no son ilimitados, sino que a la fecha no han sido suficientes para responder de manera adecuada a las necesidades en salud (Maldonado, R & Monsalve A., 2016).

5. *Desarticulación entre la rectoría y el financiamiento para aumentar el alcance de las políticas y la financiación de la salud pública*

El Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) definió las **responsabilidades políticas que la autoridad sanitaria, nacional o local, tiene sobre los colectivos poblacionales en torno a cinco ejes de política** (Calderón, Agudelo; Botero, Cardona; Martínez, Ortega Bolaños & Robledo, 2011). Los efectos de esta Plan han tenido resultados sobresalientes en las tasas de vacunación en la última década que pasaron del 92% al 99%, en el control prenatal y en la atención del parto institucional (Glassman, A., Escobar, M., Giuffrida, A., & Gedi3n, U, 2010) Sin embargo, la capacidad heterogénea que tienen los entes territoriales del país explica en parte las diferencias en indicadores como las tasas de mortalidad infantil y materna entre departamentos y grupos étnicos (Bello, L & Parada, A, 2017).

Estas inequidades sumadas a la **baja inversión en Salud Pública** hacen evidente que existe una necesidad de articulación entre la rectoría y el

financiamiento, para identificar los recursos necesarios y suficientes, destinados a la Atención Primaria en Salud y la salud pública, pues es mediante estos mecanismos y estrategias que se consigue mejorar la salud y garantizar el principio de igualdad.

Finalmente se considera que las inconsistencias en la rectoría generan problemas graves en el funcionamiento del Sistema y que **es necesario mejorar la arquitectura de la rectoría, sus alcances y su organización en sistemas que combinen la idea del Estado colombiano en el sentido de que es unitario pero descentralizado**, lo cual implica la existencia de jerarquías con complementariedades claras que no promuevan conductas oportunistas en los agentes del sistema.

6. Escaso desarrollo en la articulación y acciones en salud pública

La mesa estableció que existe una **escasa destinación de recursos para el desarrollo de actividades de salud pública** y que además se requiere generar un Sistema de Protección Social, de la Seguridad Social, que logre articular los esfuerzos para trabajar específicamente sobre los determinantes sociales de la salud, que trascienda una salud asistencial y se enfoque en las necesidades de la población, y que parte del problema radica en que se debe dar claridad a los roles y responsabilidades entre los diferentes actores, a efectos de aunar esfuerzos hacia el propósito de la salud.

También, existe la **necesidad de atender los problemas de manera diferencial en cada territorio** en razón a sus particulares necesidades de inversión y procesos sociales, económicos y culturales. Se requiere trabajar entonces en la conceptualización de la salud desde un enfoque más amplio, que de manera conjunta construya un sistema más solidario y equitativo de acuerdo con la heterogeneidad del desarrollo local, que impacta en los determinantes de salud, en la atención y en el aseguramiento.

Se llama la atención también sobre la **necesidad de fortalecer una visión integral en salud** que comprenda el abordaje articulado e intersectorial y las características de territorialidad, la heterogeneidad, los recursos y capacidades diferenciadas; además, la adopción de la regionalización que debería inspirar esquemas de coordinación, apoyo técnico, y despliegue de acciones colectivas e individuales conjuntas por los diferentes actores, en todos los territorios.

Problematización definida desde la Mesa de Financiamiento

En cuanto a la Mesa de Financiamiento, se priorizaron los siguientes problemas con base en las fuentes y los usos:

7. Limitaciones de las fuentes de financiamiento del sistema de salud

A pesar de la importante **diversificación de las fuentes de financiamiento** del Sistema de salud colombiano, la mayor parte del gasto ha sido cubierto con recursos fiscales. Por tanto, para cubrir el creciente gasto se requieren de nuevas fuentes de financiamiento o mejorar el alcance de las actuales. La disminución de las cotizaciones para los empleadores de trabajadores con salarios menores a 10 salarios mínimos (SMLMV) del año 2014, tuvo como consecuencia una importante alza del gasto fiscal. La informalidad del empleo y la evasión a la contribución del Sistema representan una importante amenaza para su sostenibilidad. En la actualidad, aproximadamente la mitad de los usuarios pertenecen al régimen subsidiado, y por lo tanto no contribuyen al SGSSS.

El Sistema de seguridad social **no puede seguir dependiendo de la formalización del mercado de trabajo** y por esto tiene que buscar fuentes de financiamiento distintas a las cotizaciones sobre la nómina (Universidad de Antioquia, Grupo de Economía de la Salud, GES, 2017). Levy (2008) plantea que los sistemas de protección social construidos en torno a la relación laboral generan ineficiencias e inequidades en el funcionamiento y cobertura del sistema, y se convierten en un obstáculo para la formalidad y la productividad laboral. Por consiguiente, no se puede hablar de la universalización de un derecho, si no se habla al mismo tiempo de una fuente de financiamiento que no discrimine entre los que disfrutaban de ese derecho (Levy, S, 2011).

8. Ineficiencia en el uso de los recursos

La **eficiencia de los sistemas de salud** ha sido uno de los objetivos de políticas de reforma de los sistemas de salud en el mundo y en las Américas, siendo considerada una dimensión crítica y crucial en los marcos analíticos que describen el funcionamiento del sistema de salud (Cid, C; Báscolo E., & Morales, C, 2016) Controlar las ineficiencias en los sistemas de salud ayuda a una mejor atención a las poblaciones, garantizar una mejor utilización de los recursos disponibles y mejor manejo de los crecientes gastos en salud.

El **gasto inducido por tutelas y sentencias de revisión de la Corte Constitucional**, incentivos puestos en la prestación de servicios y no en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la tramitología, la inoportunidad en el giro de los recursos en el sistema, la inoportunidad en

Entre las ineficiencias identificadas en el sistema de salud se encuentra el **gasto inducido por tutelas**, los incentivos puestos en la prestación de servicios y no en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad

la atención de los usuarios, la corrupción y la falta de incentivos de las EPS para racionalizar el gasto financiado por recobros, fueron algunas ineficiencias identificadas dentro del Sistema de Salud.

9. *Sobrecosto de medicamentos*

El poder de mercado de las empresas farmacéuticas (manifestada en una dispersión en los precios de los medicamentos de un país a otro, aun cuando los costos de producción son los mismos) ha sido siempre una preocupación en el sector salud. Por ello **es necesario regular el precio de los medicamentos y establecer su costo-efectividad** para definir si deben ser cubiertos por el PBS.

La expiración más rápida de patentes y la introducción acelerada de medicamentos genéricos ayuda a disminuir el poder del mercado y por lo tanto a reducir los precios. Sin embargo, hay que tener presente que **el posicionamiento de marca hace que los pacientes muchas veces demanden medicamentos costosos** a pesar de la existencia de alternativas genéricas más económicas.

10. *Gasto creciente*

En los últimos 20 años, el gasto en salud de todos los países de la OCDE ha crecido de manera sostenida por encima del crecimiento del PIB (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, OCDE, 2015). Esto obedece a la **introducción de nuevas tecnologías en salud, la transición demográfica, prevalencia de enfermedades crónicas, autoinmunes y huérfanas**, entre otros. En el caso colombiano, cada afiliado tiene derecho a un Plan de Beneficios de Salud (PBS), el cual es un conjunto de servicios y tecnologías cuya financiación está a cargo de la UPC.

La financiación para garantizar las tecnologías y servicios no cubiertas por el PBS está a cargo de los recobros, los cuáles se prescriben según la necesidad en salud del paciente sin ser sujetos de gestión del riesgo por parte de la EPS, que realiza el recobro al Estado. Los recobros han crecido sostenidamente en los últimos años, pasando de 1,2 en 2008 a 3,1 billones en 2018 (ADRES), lo que pone en riesgo la sostenibilidad del SGSSS.

11. *UPC sin ajuste por riesgo*

El proceso de ajuste de riesgo de la UPC fue un tema reiterativo dentro de las mesas de discusión. En la actualidad, los **gastos derivados del PBS deben ser cubiertos por una UPC de bajo valor predictivo** (Alfonso, E.; Riascos, A. & Romero M., 2013). La UPC actual tiene un ajuste ex ante según la edad, sexo y localización del afiliado. Sin embargo, una mejor agrupación por riesgo es factible si se tienen en cuenta factores como las 17 características epidemiológicas de la población, mejorando las condiciones financieras del Sistema (Riascos, A.; Romero, M. & Serna, N, 2017)

12. Impacto de las tutelas en los gastos del sistema de salud (juez como ordenante del gasto)

La salud en Colombia es el **segundo derecho más invocado por medio de la tutela**, mecanismo usado para reclamar situaciones vinculadas directamente con la salud. Entre 1999 y 2019, este tipo de tutelas pasaron de 21.301 a 207.368 (Defensoría del pueblo, 2019).

La **sostenibilidad financiera se ve amenazada** como consecuencia de las acciones administrativas ordenadas por la Corte Constitucional, en opinión de algunos. La acción de tutela como mecanismo para materializar el derecho a la salud genera opiniones divididas. Para algunos, se debe procurar materializar el derecho a la salud por tratarse de un derecho humano; para otros, se debe poner límite a la intervención de la Corte Constitucional por sus implicaciones presupuestales (Plazas, C & Moreno D., 2017).

En el estudio de Ramírez, J., (2010), se destaca que el principal motivo de las tutelas obedecía a la **ambigüedad del Plan Obligatorio de Salud (POS)** -- predecesor del PBS-- En segundo lugar, a la obstrucción en los tratamientos y medicamentos incluidos en el POS. El comportamiento de las tutelas sigue siendo similar de acuerdo con la Defensoría del Pueblo. La desviación de recursos que se ordena desde una sentencia de tutela desnaturaliza el sistema de aseguramiento y en algunos casos representa excesivas implicaciones fiscales (Plazas, C & Moreno D., 2017).

Problematización definida desde la Mesa de Aseguramiento

Para la Mesa fue importante priorizar los siguientes problemas que hicieron parte de los roles y competencias en el Sistema de Salud:

13. Definición del rol y competencias del actor asegurador

En relación con el actor asegurador, el problema central fue la **definición de su rol y sus competencias**. Existe una tensión entre el rol que tienen y asumen las aseguradoras en la práctica y las funciones que le han sido asignadas normativamente. Se trata de reconocer que en la práctica las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) son aseguradoras, administradoras e intermediarias. La importancia de hacer una gestión articulada con los prestadores de servicios y un cálculo de la UPC, parte de que las EPS se estimen como aseguradoras.

En consecuencia, se planteó la pregunta: ¿cuál debería ser el rol central y principal que defina su naturaleza y función dentro del sistema? Y por ende ¿qué competencias y responsabilidades debería tener en el Sistema? Si el actor es un asegurador, ¿qué implicaciones tiene esto en su rol efectivo? Además, se planteó la discusión de si esta figura existe para **gestionar el riesgo o para asumirlo**.

14. Cálculo de UPC, reserva técnica y distribución del riesgo

El cálculo y suficiencia de la UPC fue central en la discusión. Tiene que ver probablemente con la estimación ex ante de lo que es ese valor de la UPC y con el esquema de compensación que ayuda la cuenta alto costo. Probablemente se tiene la necesidad de tener algún tipo de modelo para las pérdidas esperadas, pero también un modelo para las pérdidas no esperadas frente a coyunturas particulares (ej. pandemia de COVID-19).

Otro tema central enmarcado en este problema es la **reserva técnica y distribución del riesgo que realizan las EAPB frente a las posibles pérdidas**. Esto se refiere al manejo técnico y a las buenas prácticas en gran medida, pero también a las posibles pérdidas por vía de reclamación y fallo judicial. Este problema es tangencial a la discusión del rol de los actores de vigilancia y control, además de otros actores relevantes en el Sistema, que pueden comprometer, de alguna manera, a las EAPB y a los recursos del Estado.

Entre las preguntas sobre las que giró la discusión figuran: ¿Hasta qué punto el actor asegurador responde por el riesgo esperado y hasta qué punto por el inesperado? ¿Hasta qué punto debe y hasta qué punto puede responder por las pérdidas? Lo anterior implicó responder cuál es el tipo de reserva técnica deseada y qué parte de la pérdida no esperada debería ser asumida por el Estado como parte de su función de financiación.

Es preciso entonces, la creación de un modelo que procure la existencia efectiva de las reservas técnicas, que pueda colocar en igualdad de condiciones a todas las EAPB en términos de la operación del sistema, y les permita **abordar el aseguramiento frente a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad**. Por ejemplo, generar una serie de incentivos y de articulaciones entre el asegurador y el prestador para desarrollar un esquema que incluya actividades reales de promoción y prevención, y también trascender a un modelo probablemente de pagos sobre resultados.

15. Aseguramiento en zonas rurales y lugares dispersos

El funcionamiento y la operación del aseguramiento y de las EAPB **en zonas rurales y lugares dispersos**, fue una discusión relevante debido a las diversas particularidades geográficas y la gran heterogeneidad cultural y social del país. Hay territorios que representan un reto para la financiación y la prestación de servicios de salud y, por ende, para el adecuado funcionamiento de las EAPB.

Resulta vital el abordaje del aseguramiento frente a la **promoción de la salud y la prevención de la enfermedad**

Las **características particulares de ciertos territorios generan imperfecciones en el mercado de aseguramiento**, lo que lleva a que se dé una competencia desigual que desemboca en comportamientos monopolistas. Es fundamental dar respuestas resolutivas a este modelo de mercado para hacerlo competitivo a partir

del entendimiento de las diferentes dinámicas territoriales desde distintos puntos de vista: grandes ciudades, ciudades intermedias, territorios rurales y territorios rurales dispersos. Se debe dar respuesta a los problemas de gestión de riesgo en los diferentes ámbitos territoriales como parte de las funciones esenciales de estas EAPB.

16. Fragmentación del aseguramiento y heterogeneidad de las prestaciones de servicio de salud entre las diferentes EAPB

Actualmente existe una **fragmentación del aseguramiento en términos de una operación dividida en regímenes diferenciados**, e incluso en términos de enfermedad general, enfermedad laboral y accidentes de trabajo. Al respecto, la discusión giró alrededor de las tendencias mundiales a unir algunas operaciones y mantener separadas otras.

En relación con lo anterior, se generaron discusiones interesantes alrededor de cuestiones como el riesgo moral, la selección adversa y la aversión al riesgo de los actores; por ejemplo, el comportamiento de la demanda de incapacidades junto a la enfermedad general con la enfermedad laboral y los accidentes de trabajo, el comportamiento de los reconocimientos económicos, y el lugar que ocuparía la accidentalidad de tránsito.

Se concluye que existe la necesidad de mantener separados algunos modelos de seguros frente a la enfermedad general, la enfermedad laboral o a los accidentes de tránsito, pero sin generar convergencias entre ellos.

De la fragmentación de la operación en regímenes se desprendió la discusión de la **heterogeneidad de las prestaciones entre diferentes EAPB**. Se debe dar respuesta para un adecuado desempeño de las instituciones. Las entidades están en capacidad de generar reservas técnicas que les permita asumir pérdidas en un periodo de tiempo determinado. La ausencia de esta buena práctica lleva a que contraigan deudas enormes con los prestadores de servicios de salud.

Se propone la adopción de un modelo de reaseguro como parte de un **esquema de cobertura de segundo piso**

17. Cobertura del Plan de Beneficios

Fue importante entender y tener presente cuáles eran los **límites de cobertura en términos del Plan de Beneficios**. Hasta dónde se puede tener un esquema de exclusiones y cómo deben operar las aseguradoras frente a lo que se debe dar y lo que no. De aquí la importancia de definir con claridad las exclusiones y en prospectiva las modificaciones que se pueden dar por fallos judiciales según los cuales se estaría obligado a dar cubrimiento a ciertos servicios no contemplados en un inicio.

18. Modelo de reaseguro

La posibilidad de un **modelo de reaseguro como parte de un esquema de cobertura de segundo piso** es un tema que surgió en relación con su posibilidad y pertinencia. La discusión giró alrededor de qué debería existir: ¿un sistema de reaseguro a partir de unos valores de pérdida o un modelo de compensación frente a la selección adversa que se puede presentar en la operación del sistema?

Problematización definida desde la Mesa de Prestación de Servicios y Salud Pública

En cuanto a los problemas abordados en esta mesa, prevalecieron los relacionados con la articulación en las redes de prestación y las necesidades del talento humano en salud.

19. Modelo de Prestación de Servicios

Se evidencia una **desarticulación entre la Atención Primaria en Salud y la prestación de los servicios de salud**.

Existe una **fragmentación en la prestación de servicios de salud**

La Atención Primaria en Salud (APS) asociada al modelo de prestación de servicios es un concepto que se ha venido utilizando en diferentes escenarios; sin embargo, se requiere la unificación del concepto y una articulación de la teoría de Atención Primaria en Salud con la práctica clínica y las necesidades colectivas e individuales de la población.

20. Falta de continuidad en los procesos de atención

La fragmentación en la prestación de los servicios de salud está asociada estrechamente con la oferta o el mercado que hay en cada uno de los territorios y a los procesos administrativos, lo cual conlleva la falta de continuidad.

Los modelos de prestación de servicios se han construido desde el nivel central sin aterrizarlos a los territorios del país; esta vinculación de las necesidades de las regiones en los procesos se considera necesaria para garantizar una continuidad.

21. Modelo de atención no parte de una conceptualización de territorios

Se destaca la importancia de reconocer las necesidades de la población y la definición del rol de las direcciones territoriales, así como el entendimiento del territorio y el manejo del riesgo individual y comunitario.

22. Fragmentación de los Sistemas de Información

La fragmentación de los Sistemas de Información constituye una **barrera para la toma de decisiones**, dado que el abordaje depende del sistema de información que adopte el asegurador.

Al respecto, no existe una **política de alineación que permita compartir información importante para gestionar la salud de la población**.

Por lo tanto, la fragmentación de los Sistemas de Información es una dificultad que afecta tanto a los prestadores de servicios como a los usuarios: así por ejemplo no contar con una historia clínica única, aunado a las fallas en la conectividad impiden compartir información entre las entidades, lo cual se convierte en un factor que potencializa la fragmentación y la falta de continuidad en la atención de los pacientes.

23. Necesidad de implementación de la Gestión Integral del Riesgo de Salud

Aunque se tiene conocimiento del concepto relacionado con la Gestión del Riesgo en Salud, **se presenta dificultad al momento de ejecutarlo en la práctica de la prestación de servicios**. Se considera fundamental entonces, el reconocimiento de las **condiciones y determinantes** que inciden en la aparición y desarrollo de la enfermedad (individuales, colectivas y ambientales) y la necesidad de diseñar acciones dirigidas a eliminar, disminuir o mitigar esas circunstancias.

24. Desconocimiento de la planeación Talento Humano en Salud

Se reconoce como problema la **planeación inadecuada de la suficiencia de THS**, y se sigue pensando en un modelo de prestación basado en alta complejidad. Persiste el desconocimiento de las características y el perfil que requiere el país, su distribución, motivación, condiciones laborales, promoción, fortalecimiento, capacitación, entre otros. Allí podría existir oportunidad de mejora.

Existe fragmentación de los sistemas de información

25. Pertinencia y calidad en la formación del Talento Humano en Salud

La mesa en su análisis considera que la educación del talento humano en salud posiblemente no está alineada con las necesidades reales del país; adicionalmente, la normatividad se diseña centralizando la prestación de los servicios de salud en los médicos y no se reconoce el rol que deberían jugar otro tipo de profesionales de la salud dentro de la prestación de servicios.

Salud Pública

26. Ausencia de liderazgo en los territorios

Existe **desarticulación** entre las políticas de salud pública, el aseguramiento individual, las necesidades y la oferta de servicios

Se han establecido diferencias técnicas en los entes territoriales y cómo se abordan los problemas de salud pública; sin embargo, muchos de los entes territoriales no cuentan hoy con las capacidades humanas y técnicas para abordar esta problemática; la ausencia de liderazgo impide también realizar procesos de inspección, vigilancia y control. En este punto se cuestiona la implementación del MAITE por los entes territoriales, donde justamente se pueden observar las ausencias de estas capacidades.

27. Desarticulación entre la salud pública y el aseguramiento individual

En la actualidad existe desarticulación entre las políticas de salud pública, el aseguramiento individual, lo que necesitan realmente las comunidades y lo que se ofrece dentro del modelo de aseguramiento individual a nivel de los territorios. Es por esto por lo que se indicó la importancia del entendimiento del territorio y el manejo del riesgo individual y comunitario. Se recalca la necesidad de reconocer las necesidades de la población y la importancia del rol de las direcciones territoriales.

PROBLEMATIZACIÓN DEFINIDA DESDE LA MESA DE RIESGOS LABORALES

Para la Mesa fue importante priorizar los siguientes problemas presentes en el Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL) en Colombia:

Obstáculos y/o barreras de acceso a las coberturas de riesgos laborales

El actual SGRL se concentra principalmente en empleos formales mediados por contratos de trabajo lo que corresponde apenas alrededor del 50% de la población trabajadora que requiere cobertura frente a riesgos laborales.

Así mismo, las nuevas tecnologías, los emprendimientos y los sectores económicos a los que usualmente se les ha agrupado como “informales” y de los que hace parte, entre otros, el trabajo rural, los trabajadores por cuenta propia, ventas ambulantes presentan dificultades para acceder al SGRL.

28. Retos y dificultades de la prevención de riesgos laborales y de siniestros

El actual SGRL centra las actividades de prevención y promoción en **pequeñas, medianas y grandes empresas y en formas presenciales** que dificultan el acceso a otros sectores vinculados al sistema, así como aquellos que aún no logran ingresar. Sumado a esto, los sistemas de información son precarios y no permiten avanzar hacia enfoques predictivos que fortalezcan la prevención de la siniestralidad de riesgos laborales. En efecto, sobre sectores que aún no logran ingresar al SGRL se tiene poca información relacionada con los riesgos a los cuales se ven expuestos, y los que se enfrentan. Tampoco hay datos sobre la capacidad económica para atender situaciones de incapacidad, invalidez, entre otros.

29. Tensiones y desviaciones de la cobertura de los subsistemas de seguridad social (salud, riesgos laborales y pensiones)

Decisiones judiciales, desconocimiento de los actores, políticas públicas y medidas adoptadas desde las entidades de dirección del SGSSS **han venido desdibujando los límites, responsabilidades y competencias de cada uno de los subsistemas** generando incertidumbre, inestabilidad e impactos a la sostenibilidad financiera.

Un ejemplo de esto son las medidas adoptadas con ocasión de la COVID-19, dentro de las que se encuentra el Decreto 676 de 2020 a través del cual se determinó como enfermedad laboral para personal de la salud la COVID-19, sin importar si en la realidad ésta se padece con ocasión o a causa de sus actividades laborales. A esto se le suma el hecho de que las prestaciones económicas son más convenientes para los usuarios en el SGRL, lo que genera incentivos a que éstos busquen permanentemente que las ARL sean las encargadas del reconocimiento y pago de dichas prestaciones económicas cuando su cobertura corresponde en ocasiones a las EPS o fondos de pensiones.

30. Conflictos en la distribución de competencias de los actores del sistema de seguridad social

La falta de adecuada regulación de la **asignación de competencias en primera instancia frente a prolongadas incapacidades**, sumado a que constantemente se presentan tensiones entre fondos de pensiones, ARL y EPS sobre quién es el competente para asumir prestaciones económicas y asistenciales, conlleva a que en la actualidad, se presente una alta conflictividad de competencias que pone en riesgo la continuidad de los servicios que reciben los usuarios.

Riesgos de afectación de la sostenibilidad financiera del sistema

Los anteriores retos impactan la sostenibilidad financiera, a lo que se suma la posible insuficiencia de los recursos que son administrados por las ARL y las irregulares afiliaciones y situaciones de evasión en el pago de aportes.

31. Insuficiencia en la cobertura del Sistema General de Riesgos Laborales

De acuerdo con el DANE, en las 23 ciudades y áreas metropolitanas incluidas en la Gran Encuesta Integrada de Hogares (Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE, 2021), se estima que **el 49% de la población activa laboralmente en Colombia se encuentra en la informalidad**, lo que supone que no tienen un acceso integral a la seguridad social, tal y como se refleja en el siguiente gráfico:

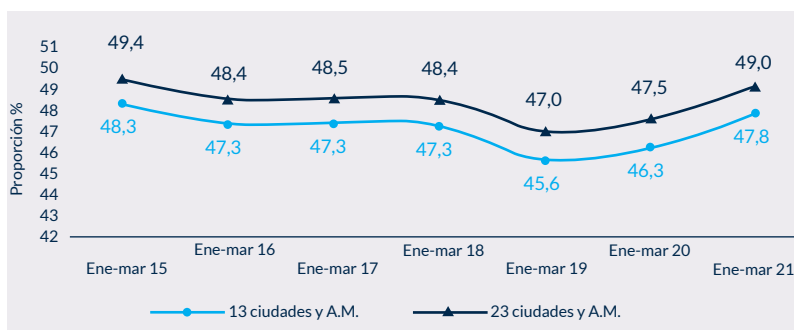


Gráfico 1. Proporción de población ocupada informal. Trimestre enero-marzo (2015-2021) Fuente: DANE, GEIH.

Por su o 0 y.

3. Se puede afirmar que Colombia tiene un Sistema General de Riesgos Laborales concentrado principalmente en trabajadores formales con contrato de trabajo.

Del universo de población activa laboralmente, el 49% no tendría acceso a cobertura en riesgos laborales; esta realidad es quizás uno de los principales retos que tiene el Sistema General de Riesgos Laborales.

En efecto, casi la mitad de la población activa laboralmente, que por tanto tiene exposición a riesgos laborales, **no cuenta con cobertura que los proteja frente a los riesgos:** enfermedades laborales accidentes laborales, incapacidades laborales, invalidez o muerte de origen laboral.

El hecho de que el 49% de la población activa laboralmente se encuentre expuesta a dichos riesgos y no tenga cobertura que lo proteja frente a los siniestros mencionados es una situación que expone al trabajador y a sus familias a situaciones de vulnerabilidad, verbigracia, una trabajadora independiente, madre cabeza de familia, de cuyos ingresos depende su núcleo familiar, en caso de sufrir un accidente laboral que le genere su invalidez, afectará el sustento económico de su núcleo familiar exponiéndolos a una situación de alta vulnerabilidad económica.

De allí que la cobertura al Sistema General de Riesgos Laborales deba ser comprendida como una cobertura que tiene impactos positivos no sólo en el trabajador directamente afiliado, sino también en su núcleo familiar.

A pesar de las bondades o ventajas que representa el Sistema General de Riesgos Laborales, se evidencia que hoy **existen importantes dificultades para el acceso de esta población activa laboralmente sin contrato de trabajo.** Algunas de estas dificultades se relacionan con lo siguiente:

1. El Sistema de Sistema General de Riesgos Laborales **solo admite vinculación mediante la contribución de sus afiliados.** En contraste, modelos como el Sistema de Salud de régimen subsidiado garantiza cobertura a personas sin ingresos y sin tener que contribuir.
2. El SGRL **exige contribución económica para acceder a los beneficios.** Esta situación representa un obstáculo para trabajadores cuyos ingresos son inferiores al salario mínimo legal mensual vigente, aunque dichos ingresos no sean suficientes o apenas alcancen para cubrir sus necesidades básicas.
3. En la actualidad, **las formas de trabajo se han venido transformando hacia esquemas que difieren del contrato de trabajo** y que, por el contrario, se caracterizan por su temporalidad corta, variación de servicios, independencia y en ocasiones hasta la ausencia de contacto o relacionamiento entre el demandante de un trabajo y quien lo presta.

La irrupción y cada vez mayor presencia de las tecnologías en la cotidianidad junto con crisis económicas, así como nuevos estilos de vida, hobbies y aspiraciones laborales, entre muchos otros factores,

han llevado a que cada vez sea más frecuente encontrar modalidades de trabajo por minutos, horas, días, semanas, servicios o productos concretos. A esta forma de trabajo, desde hace muchos años, se le conoce internacionalmente como “*gig economy*”: una economía de trabajo caracterizada por trabajos de corta duración y dinámicos.

Dentro de este amplio espectro de trabajos es posible encontrar servicios prestados a través de plataformas digitales, ventas por internet, comercio ambulante, servicios por demanda de horas, días o semanas, entre otros.

De manera ilustrativa, la OIT ha resaltado que entre el periodo comprendido entre el 2010 y el 2020 el número de plataformas en el mundo se incrementó de 142 a 777; esto es, se presentó un incremento de más del 500%.

Además, este tipo de plataformas no sólo resultan atractivas para quienes buscan prestar servicios o laborar de alguna manera a través de estas, sino que, de acuerdo con la OIT, “*Diversos tipos de empresas, desde las emergentes hasta las que figuran en la lista Fortune 500, confían cada vez más en las plataformas en línea basadas en la web.*” (Organización Internacional del Trabajo - OIT, 2021).

Esta misma tendencia de crecimiento se ve reflejada en el mercado o comercio por internet. En efecto, de acuerdo con un estudio de eCommerce realizado por Mercado Libre, en el periodo comprendido entre el 2013 al 2019, las ventas a través de comercio electrónico pasaron de 471 millones de pesos a 5207 millones (Asociación Colombiana de Ingenieros de Sistemas - ACIS, 2021).

Es previsible que **esta tendencia global continúe transformando el trabajo**, y en consecuencia el Sistema General de Riesgos Laborales, vigente en Colombia, también genere obstáculos para la vinculación de trabajadores de la *Gig Economy*, o trabajadores por cuenta propia. En la actualidad la afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales obliga a cotizar por periodos mensuales lo cual no se compadece con la realidad de corta temporalidad de este tipo de trabajos.

En el mismo sentido, la Ley 1562 de 2012, en su artículo 2, establece que son afiliados obligatorios al Sistema General de Riesgos Laborales los trabajadores independientes que tengan un contrato de prestación de servicios por escrito y con una duración igual o superior a un mes.

Asimismo, que los trabajadores independientes por cuenta propia o “informales” podrán afiliarse y cotizar a una ARL siempre y cuando coticen también al régimen contributivo de salud y cumplan con la reglamentación del Ministerio de Salud. De acuerdo con el Decreto 1563 de 2016, el periodo mínimo de afiliación es de un mes y “deberá estar previamente afiliado al sistema general de seguridad social en salud en el régimen contributivo y al sistema general de pensiones”.

Así las cosas, un trabajador que sea contratado por dos días, por ejemplo, para lograr tener cobertura integral en riesgos laborales deberá afiliarse y cotizar por un mes, aunque sus riesgos laborales correspondan a dos días, a pensión y salud. Por lo tanto, para lograr cobertura por dos días debe realizar trámites de afiliación y cotización a una EPS, un fondo de pensiones y una ARL; trámites que en definitiva le implicarán más de dos días. Sumado a esto, después, en caso de no percibir ingresos o tener incertidumbre de tenerlos, deberá solicitar su movilidad al régimen subsidiado en salud y la desvinculación al fondo de pensiones y de la ARL, todo lo cual representa una carga operacional, administrativa y económica tal que lleva a obviar la cobertura frente a riesgos laborales.

En este sentido, conviene resaltar que sobre este particular el Decreto 1174 del 27 de agosto de 2020, en virtud del cual se reglamentó el Piso de Protección Social para personas que devengan menos de un Salario Mínimo Legal Mensual Vigente, **representa un importante avance en la creación de un mecanismo que permita obtener cobertura en riesgos laborales para trabajadores de servicios con las características antes mencionadas.**

En efecto, dicho decreto permite tener una cobertura mínima en salud, pensiones y riesgos laborales mediante una cotización proporcional al ingreso de cada uno de los trabajadores que devenguen menos de un salario mínimo legal mensual vigente. Además, se habilita para que dicho mecanismo se active a través de las Planillas Integradas de Liquidación de Aportes (PILA) lo que supone un avance en flexibilizar trámites que faciliten el ingreso a la seguridad social de trabajadores por cuenta propia y bajos ingresos. Sin embargo, se considera que, a pesar de los indudables avances que logra los Pisos de Protección Social, aún el Sistema General de Riesgos Laborales requiere de mayores esfuerzos para su fortalecimiento.

Por su parte, **los Pisos de Protección Social aún cuando son un mecanismo para personas que devenguen menos de un salario mínimo**, no incluye a trabajadores independientes o por cuenta propia que devenguen un salario mínimo o más en periodos muy cortos como horas o días. Este mecanismo mantiene la cobertura mínima de un mes y si bien flexibiliza los procedimientos de vinculación, lo cierto es que la cobertura se genera o se otorga únicamente al día siguiente en el que se efectúa el pago de la contribución correspondiente.

En consecuencia, si un trabajador presta un servicio por 2 días, por ejemplo, recibe el pago a los 4 días después de prestar el servicio; la cobertura que le ofrece los Pisos de Protección Social comprenderá el mes inmediatamente siguiente al que efectúe la cotización, siendo ese periodo distinto al momento en el que prestó el servicio y estuvo expuesto a riesgos laborales.

Esta circunstancia llevaría a que los trabajadores realicen la cotización de manera previa a la prestación del servicio, aunque no por ello dejen de enfrentar dificultades. Es un hecho que factores como la ejecución de la labor, la cantidad de bienes o servicios prestados y, la duración, entre otros, **complejizan la protección social.**

Por ahora, la realidad impide al trabajador y/o a su contratante establecer de manera clara y anticipada el valor exacto por el cual deberá cotizar. Por lo general, es el trabajador independiente quien a medida que presta el servicio se va haciendo una idea de si los ingresos son inferiores, iguales o superiores a un salario mínimo legal mensual vigente. A un vendedor ambulante, por ejemplo, se le dificultaría estimar cotizaciones a pisos de protección social por cada unidad de producto vendido; tal vez sólo al finalizar el mes perciba y pueda totalizar sus ingresos para dicho periodo y establecer si éstos fueron inferiores, iguales o superiores al salario mínimo legal mensual vigente.

Corolario de lo anteriormente mencionado, los trabajadores independientes o por cuenta propia que devenguen un salario mínimo o superior, al no poder acceder a los Pisos de Protección Social se tendrían que afiliarse a una ARL. Sin embargo, **por el hecho de no contar con un contrato de prestación de servicios escrito igual o superior a un mes**, a la luz de la Ley 1562 de 2012, no están obligados a afiliarse a una ARL y solo lo podrán hacer previo el lleno de los requisitos, cargas operativas y trámites ya referidos.

Esto conduce a que no obstante estar expuesto a riesgos laborales, tener capacidad de pago para contribuir al Sistema General de Riesgos Laborales y acceder a los beneficios, el modelo de cotización por un periodo de un mes, los trámites y requisitos previos, y la falta de obligatoriedad legal, desincentivan su vinculación.

La imposibilidad de vinculación de un importante grupo de personas activas laboralmente implica para el SGRL el perder la oportunidad de fortalecerse económicamente percibiendo contribuciones que pueden contribuir a su sostenibilidad financiera.

Actualmente **no se cuenta con un sistema de información robusto** que permita identificar los riesgos laborales de las personas activas laboralmente. Desde esta perspectiva convendría, por ejemplo, crear sistemas de seguridad y salud para trabajos u oficios cotidianos.

Existen formas de trabajo cuyos ingresos no coinciden con la periodicidad requerida por el SGRL. Un ejemplo de ello son los trabajos agrícolas cuyos ingresos obedecen a los tiempos propios de las cosechas, pero las labores y, por tanto, la exposición a los riesgos laborales, son anteriores o concomitantes a las cosechas. La falta de flexibilidad del SGRL sobre periodos de pagos de cotizaciones en estos casos conlleva a que los trabajadores independientes o por cuenta propia, como son los trabajadores agrícolas, no puedan acceder a cobertura frente a los riesgos a los que sus actividades los exponen.

Adaptación y modernización del Sistema General de Riesgos Laborales

Entre los grandes problemas del Sistema General de Riesgos Laborales figuran la insuficiente cobertura, duplicidad de funciones, falta de unidad en la rectoría del sistema y problemas asociados a los procesos de calificación de pérdida de capacidad laboral. Esta situación se constituye a la vez en los grandes retos para su modernización y adaptabilidad.

En este sentido, para hablar de modernización y adaptabilidad se hacen las siguientes consideraciones:

32. Restricciones de acceso al sistema

Obedece, entre otros, a:

1. Las barreras de acceso que tiene la población rural y dispersa y sobre todo los trabajadores independientes o por cuenta propia e informales;
2. el concepto de riesgos laborales usualmente se reduce a empleos formales y;
3. los avances tecnológicos conllevan a nuevas formas de trabajo que retan los esquemas tradicionales y obligan a repensar el sistema.

Por ejemplo, los contratos como los de trabajadores por cuenta propia o independientes con desempeños inferiores a un mes, se convierten en afiliados voluntarios y para afiliarse como voluntarios deben estar previamente vinculados a los subsistemas de salud y pensiones.

Y a estos subsistemas se debe cotizar sobre un Ingreso Base de al menos un salario mínimo legal mensual vigente. Esto resulta muy costoso, sobre todo para los que ganan menos de un salario mínimo. Y si bien el piso de protección social ha atendido su cobertura, las ARL no se encuentran vinculadas al piso de protección social. Existen también otras **barreras geográficas que impiden una correcta actividad de prevención y promoción** por parte de las ARL.

33. Tensiones y desviaciones de la cobertura de riesgos laborales y salud

Se identifica una **falta de coordinación en la rectoría**, incluyendo administración, vigilancia y control, frente a la Seguridad Social, así como una dispersión de trámites y beneficios diferentes aun cuando tengan origen en causas similares. Por ejemplo, hay diferencias en torno a las prestaciones reconocidas por parte del Subsistema de Salud y el Subsistema de Riesgos Laborales, aun cuando ambas tengan origen en afectaciones a la salud en general.

De igual manera, existen falencias en el conocimiento y en la comprensión del SGRL por parte de sus actores incluyendo terceros como inspectores de trabajo, jueces y la UGPP. Esto impacta tanto al usuario como al mismo sistema. Así mismo, la falta de conocimiento técnico y especializado puede llevar a que se tomen decisiones injustas e insostenibles desde el punto de vista financiero. Por ejemplo, el desconocimiento de las normas del Sistema por parte de algunos jueces unido a la alta rotación en los inspectores de trabajo conlleva, en algunos casos, a que se tomen decisiones equivocadas y sin fundamento jurídico.

34. Distribución de competencias entre actores del SGSSS, SGRL y el SGP en procesos de determinación de PCL

La falta de coordinación afecta los procesos de calificación y estos a larga pueden generar problemas de sostenibilidad o de falta de cobertura. Esta falta de claridad en los procesos de calificación, sobre todo en primera oportunidad, genera una duplicidad de funciones, demoras en los trámites y desviación de recursos.

Sostenibilidad y solvencia financiera del Sistema General de Riesgos Laborales

Propender por un SGRL, con capacidad de modernizarse y adaptarse, para ampliar la cobertura a nuevas formas de trabajo, exige contar con un sistema financieramente sostenible y con solvencia para afrontar el traslado de riesgos dentro del modelo de aseguramiento.

Se evidencia que el Sistema, aunque a priori, se muestra como un Sistema solvente y financieramente sostenible, **asume cargas que, en el largo plazo, pueden ser demandantes** y, sobre todo, perjudiciales para un sistema que buscará ampliar su cobertura para disminuir la informalidad en las actividades de trabajo. Estos elementos suponen un reto para la sostenibilidad financiera y la solvencia del Sistema.

35. Riesgos asociados a la extralongevidad y a la composición del núcleo de beneficiarios

Al ser un sistema reconocedor de pensiones, se presentan inconvenientes financieros para determinar y calcular de manera adecuada las reservas de pensiones de invalidez y de sobrevivientes, en especial, por la falta de actualización de las tablas de mortalidad, que reflejan una realidad parcial de la expectativa de vida en el país y que no vinculan a todas las personas activas laboralmente, sino a las personas con participación en el Sistema financiero con vinculación laboral o contratos escritos de prestación de servicios iguales o superiores a un mes. Esto genera desviaciones en la información y falencias en los cálculos para el financiamiento de prestaciones a cargo del sistema.

De la misma manera, la determinación jurisprudencial de los beneficiarios provenientes del núcleo familiar para una pensión de sobrevivientes, **implican retos de cara a la solvencia del Sistema**. Por un lado, se permite la acción de un cónyuge o compañero permanente -desconocido al momento de la solicitud-, reclamar la pensión en cualquier momento a pesar de que la prestación ya se encuentre reconocida. Por otro lado la familia de crianza también podría ser sujeto de derechos en terminos de jurisprudencia.

Asimismo, la ausencia de reajustes en la prima, cuando se presenta alta siniestralidad, dificulta el cálculo de suficiencia de la prima para estas prestaciones, situación que se presentará más adelante como un problema independiente.

36. Deslizamiento del Salario Mínimo y fijación anual del salario mínimo en Colombia

De acuerdo con el artículo 8° de la Ley 278 de 1996, por parte de la Comisión Permanente de Concertación de Políticas Laborales, conformada por representantes de los trabajadores (representados por las confederaciones sindicales), de los empleadores (representados en las diferentes asociaciones de empresarios) y del Gobierno Nacional (representados por los Ministerios del Trabajo, de Hacienda, de Industria y Comercio, de Agricultura y por el Departamento Nacional de Planeación, contempla no solo la actualización del salario mínimo legal, sino también su incremento frente al costo de vida medido en la variación anual del índice de precios al consumidor, lo que además, al ser una definición de concertación política por consenso o eventualmente, por definición gubernamental, no permite tener parámetros fijos para la planeación.

Estos incrementos, generan un efecto de deslizamiento frente al cálculo de las reservas que se deben tener para **asumir obligaciones pensionales del SGRL**, pues con el cambio, automáticamente todas las mesadas pensionales iguales al salario mínimo deben actualizarse, lo mismo que aquellas que con el cambio esten por debajo del salario mínimo.

Esto, supone una afectación financiera para el SGRL, principalmente de cara a las pensiones, pero también frente a otras **prestaciones calculadas en salarios mínimos** como el auxilio funerario, por ejemplo. Lo anterior, representa un riesgo que se traduce en un impacto financiero, que proviene de un origen principalmente político frente a la discusión, en la que, además, no participan las entidades reconocedoras de pensiones, quienes deberán asumir las consecuencias financieras de dichas decisiones.

37. Respecto a los fraudes al Sistema

Si bien es un problema transversal del Sistema de Seguridad Social, en el SGRL se presenta de manera muy frecuente la evasión y elusión del aporte, principalmente por parte de los independientes, bien se trate de afiliados voluntarios u obligatorios, lo que afecta la integralidad del Sistema y su financiación.

De la misma manera, la presencia de afiliaciones irregulares, conocidas popularmente como “afiliadoras de poste” generan impactos negativos frente a la confianza en el Sistema y frente a su financiación.

También es posible identificar en el Sistema la simulación de accidentes, la falsificación de órdenes de medicamentos o el reclamo de medicamentos para su venta, así como la falta de cumplimiento de los afiliados en sus procesos de recuperación.

38. Costos asociados al Recaudo de la Cotización

Aunque en la actualidad, el recaudo de las cotizaciones al SGRL es a través de los operadores de PILA con apoyo de las entidades financieras, pago por el PSE o en n puntos de recaudo físicos, la no actualización inmediata de la información, es decir actualizar la información una vez se realiza el pago por parte del aportante. genera que, en muchos casos, el costo del recaudo por las tarifas que genera el sistema financiero sea más alto que el costo de la cotización recaudada.

De otro lado, **tampoco existe claridad, sobre la prescripción de las acciones judiciales y administrativas relacionadas con el recaudo de las cotizaciones**, pues bajo la teoría de la imprescriptibilidad, la fiscalización puede ocurrir en cualquier momento, aun cuando haya prescrito la posibilidad del cobro administrativo coactivo. De allí que, aun cuando las cotizaciones a seguridad social del SGRL son imprescriptibles, la posibilidad del cobro coactivo administrativo es restringido en el tiempo.

39. Variación de la tarifa en función de la Siniestralidad

Pese a que el SGRL contempla no solo ajustar tarifas según el nivel de riesgo por actividad económica, sino también actualizarlas en razón a la siniestralidad de los aportantes en tres rangos de cotización para cada uno de los cinco niveles de riesgos, esta actualización no se ha dado, ni tampoco se ha fiscalizado y exigido correctamente la clasificación de riesgos por centros de trabajo. Por ende, se generan asimetrías en las cotizaciones recaudadas y más aún, en las siniestralidades atendidas. Lo que se evidencia entonces es que se termina castigando a los aportantes que cumplen con las actividades de prevención de la accidentalidad y que tienen bajos índices de siniestralidad, en contraste con quienes no cumplen y tienen altos índices de siniestralidad. De ahí la importancia de actualizar la información más allá de que se muestre tan solo el registro inicial.

40. Actualización de Tablas de Enfermedades Laborales y Actividades Económicas

Otros retos del Sistema, en términos sostenibilidad financiera y solvencia, son la desactualización de los listados de actividades económicas y su compatibilidad con la calificación del régimen tributario, así como la de las tablas de enfermedades laborales.

En primer lugar, la **clasificación por actividad principal** puede quedar mal elaborada por la falta de entendimiento de los aportantes, al tiempo que, a pesar de tener varios centros de trabajo, muchas veces estos no se registran, lo que, sumado a la insuficiencia de la clasificación, motiva asimetrías en las cotizaciones realizadas por los aportantes, en comparación con los riesgos que se reportan y trasladan al sistema.

De la misma manera, las tablas de enfermedades laborales, que no son actualizadas en los tiempos legalmente exigidos, afectan el reconocimiento de las prestaciones económicas a cargo del Sistema e impiden los cálculos adecuados de la financiación requerida para atender la siniestralidad real que se presenta en materia de enfermedades.

41. Recobros entre Subsistemas de la Seguridad Social

La **ausencia de reglamentación para realizar recobros entre las ARL y las EPS** y viceversa, cuando se presentan cambios en la clasificación de origen de una enfermedad o un accidente, genera en la práctica, un gran desgaste administrativo cuando se hace el recobro entre entidades, particularmente ante la entidad receptora del recobro. A lo anterior habría que agregar un fenómeno que se viene presentando que se expresa en un superávit en los registros financieros respecto a dineros que deben ser pagados a las EPS o a otras ARL, es decir, aunque aparecen recursos financieros éstos no son reales ya que se trata de deudas pendientes por pagar a otras entidades.

Lo anterior genera asimetrías en la contabilidad y evidencia falta de claridad sobre la concurrencia de coberturas entre ARL. En otras palabras, aunque existe la proporcionalidad, no es claro si es por tiempos de cotización o por tiempos de exposición, entre otras.

Bibliografía

- Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES. (s.f.). *Base única de afiliados*. Obtenido de <https://www.adres.gov.co/BDUA/Consulta-Afiliados-BDUA>
- Alfonso, E.; Riascos, A. & Romero M. (2013). *The performance of risk adjustment models en Colombia competitive health insurance market. Working paper*. Obtenido de <http://alvaroriascos.com/research/DraftReportRA.pdf>
- Alvarez G, García M. & Londoño, M. (2016). *Crisis de la salud en Colombia: limitantes del acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v7n2/v7n2a09.pdf>
- Alzate, L. & Morales, V. (2018). *Judicialización del derecho a la salud vía tutela. Consecuencia de uno de los problemas del sistema de salud colombiano*. Obtenido de https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/13310/Laura_AlzateRomero_Valentina_MoralesOrtiz_2018.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Asamblea Nacional Constituyente. (1991). *Constitución Política de Colombia*.
- Asociación Colombiana de Ingenieros de Sistemas - ACIS. (2021). *Gig Economy, la tendencia mundial del trabajo que impulsa el consumo digital*. Obtenido de <https://www.acis.org.co/portal/content/Noticia-DelSector/gig-economy-la-tendencia-mundial-del-trab>
- Asociación Nacional de Instituciones Financieras - ANIF. (2016). *Costos de la salud en Colombia*. Obtenido de <https://www.consultorsalud.com/wp-content/uploads/2016/03/anif.pdf>
- Banco de la República. (2018). *Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia. Documentos de trabajo sobre Economía Regional. Centro de Estudios Económicos Banco de la República*. Obtenido de https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_218.pdf
- Banco Interamericano de Desarrollo - BID. (2018). *Eficiencia del gasto público en servicios de salud en América Latina y el Caribe: aspectos destacados de un taller del BID sobre eficiencia y resultados del gasto público*. Obtenido de <https://publications.iadb.org/en/public-expenditure-efficiency-health-care-latin-america-and-caribbean-highlights-idb-workshop>
- Bardey, D & Buitrago, G. (2016). *Integración vertical en el sector colombiano de la salud*. Obtenido de Revista desarrollo y sociedad No. 77: <https://doi.org/10.13043/dys.77.6>
- Bardey, D. (2013). *Competencia en el sector de la salud: énfasis en el caso colombiano*. Obtenido de https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/261/Co_Eco_Sem2_2013_Bardey.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Bardey, D. (2015). *Pagos por desempeño en el sistema de salud colombiano*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/pago-por-desempeno-sistema-salud.pdf>
- Bardey, D. (2017). *El sistema de salud colombiano: ¿bueno o malo?* Obtenido de <https://uniandes.edu.co/es/noticias/derecho/el-sistema-de-salud-colombiano-bueno-o-malo>
- Barry, M.; Popkin, K.D. (2009). *The public health and economic benefits of taxing sugar sweetened beverages*. Obtenido de The new england journal of medicine, 1599-1607.
- Bedoya, D. & White, D. (2012). *Aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud de personas pertenecientes a regímenes excepcionales por ingresos adicionales*. Obtenido de https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/717/DianaCarolina_BedoyaOspina_2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bello, L & Parada, A. (2017). *Caracterización de la mortalidad materna en comunidades indígenas colombianas, 2011 a 2013. Estudio de los registros de vigilancia epidemiológica*

- de casos centinela*. Obtenido de Obtenido de Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Volumen 68 No. 4: http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v68n4/es_0034-7434-rcog-68-04-00256.pdf
- Blanco, J. & Maya, J. (2014). *Administración de servicios de salud*. Obtenido de Medellín: CIB Fondo Editorial.
- Calderón, Agudelo; Botero, Cardona; Martínez, Ortega Bolaños & Robledo. (2011). *Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas*. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260192/WHA53-2000-REC1-spa.pdf>
- Cantor, N. (2014). *Numerus clausus en el mercado profesional de médicos especialistas*. Obtenido de <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/9639/CantorVargas-Natalia-2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Carnota, O. (2017). *El crecimiento de los costos en salud visto desde la ineficiencia*. Obtenido de Revista Cubana de la Salud Pública: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000400008&lng=es&tlng=es.
- Cassels. (1995). *Health sector reform: key issues in less developed countries*.
- Cid, C; Báscolo E., & Morales, C. (2016). *La eficiencia en la agenda de la estrategia de acceso y cobertura universales en salud en las Américas*. Obtenido de Salud pública de México: <https://doi.org/10.21149/spm.v58i5.8182>
- Clements, B.; Gupta, S. & Shang, B. (diciembre de 2014). *El gasto en salud. No es probable que dure la reciente desaceleración en el aumento del gasto público en salud en las economías avanzadas*. Obtenido de Finanzas y Desarrollo: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2014/12/pdf/clements.pdf>
- Congreso de la República. (1996). Ley 270. *Ley Estatutaria de Administración de Justicia*. Bogotá D.C., Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. (23 de diciembre de 1993). Ley 100 “por medio de la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”.
- Congreso de la República de Colombia. (17 de diciembre de 2002). Ley 776 “por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales”.
- Congreso de la República de Colombia. (15 de julio de 2009). Ley 1328 “por la cual se dictan normas en materia financiera, de seguros, del mercado de valores y otras disposiciones”.
- Congreso de la República de Colombia. (19 de enero de 2011). Ley 1438 “por la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones”.
- Congreso de la República de Colombia. (11 de julio de 2012). Ley 1562 “por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional”.
- Congreso de la República de Colombia. (26 de diciembre de 2012). Ley 1607 “por la cual se expiden normas en materia tributaria”.
- Congreso de la República de Colombia. (16 de febrero de 2015). Ley 1751 “por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”.
- Congreso de la República de Colombia. (31 de enero de 2020). Ley 2015 “por la cual se crea la historia clínica electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones”.
- Consejo Privado de la Competitividad. (2020). *Informe nacional de competitividad*. Obtenido de <https://compite.com.co/informe/informe-nacional-de-competitividad-2020-2021/>
- Corte Constitucional. (2008). *Sentencia T 760*.
- Defensoría del pueblo. (2018). *Defensoría del pueblo: la tutela y el derecho a la salud*.
- Defensoría del pueblo. (2019). *La tutela y los derechos a la salud y la seguridad social*. Obtenido de <https://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Estudio-La-Tutela-Derechos-Salud-Seguridad-Social-2019.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. (2018). *Censo Nacional de Población y Vivienda*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivienda-2018/donde-estamos>

- Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. (2021). *Boletín Técnico de la Gran Encuesta Integrada de Hogares. Trimestre enero a marzo de 2021*.
- Ellis. (2008). *Risk adjustment in health care markets: concepts and applications*. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/227990951_Risk_Adjustment_in_Health_Care_Markets_Concepts_and_Applications
- Escobar-Díaz, F & Agudelo-Calderón, F. (2015). *Investigación en salud como política pública en Colombia: balance y perspectivas*. Obtenido de <https://scielosp.org/pdf/rsap/2016.v18n3/484-494/es>
- Federación de Aseguradores Colombianos - FASECOLDA. (2021). *Datos de información del sistema de riesgos laborales*. Obtenido de <https://sistemas.fasecolda.com/rldatos/Reportes/xClaseGrupoActividad.aspx>
- FEDESARROLLO. (2013). *Tributación y equidad en Colombia*. Obtenido de <https://www.fedesarrollo.org.co/sites/default/files/trubuequidad.pdf>
- FEDESARROLLO. (2021). *Reformas para una Colombia post-COVID 19: hacia un nuevo contrato social*. Obtenido de <https://www.fedesarrollo.org.co/es/content/reformas-para-una-colombia-post-covid-19-hacia-un-nuevo-contrato-social>
- Fleury, S. (2012). *Participación, democracia y salud*.
- Flórez, K. (2010). *Tensiones institucionales en el sistema de salud colombiano*. Obtenido de [lustinia](#).
- Glassman, A., Escobar, M., Giuffrida, A., & Gedión, U. (2010). *Salud al alcance de todos: una década de expansión del seguro médico en Colombia*. Obtenido de [Obtenido de Washington D.C.: Interamerican Development Bank and Brookings Institution](#).
- González, J. (2017). "Solo es posible financiar la salud mediante impuestos". Obtenido de <https://www.semana.com/vida-moderna/articulo/solo-es-posible-financiar-la-salud-con-impuestos/533181/>
- González, M. (2016). *Enseñanzas del efecto sobre la salud del consumo de bebidas azucaradas*. Obtenido de [Universidad Nacional de Colombia](#).
- Guerrero, R; Gallego, A; Becerril-Montekio, V & Vásquez, J. (2011). *Sistema de salud de Colombia. Salud Pública México*, vol. 53. núm. 2. Obtenido de [Instituto Nacional de Salud Pública de Cuernavaca, México](#).
- Levy, S. (2011). *¿Universalización de la salud o de la seguridad social?* Obtenido de [Gaceta Médica de México](#).
- Levy, S. (2008). *Good intentions, bad outcomes. Social policy, informality and economic growth in México*. Obtenido de [Washington D.C.](#)
- Maldonado, R & Monsalve A. (2016). *Derecho a la salud: más allá del papel*. Obtenido de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/21038/MaldonadoDiazReinaJanitzie2016.pdf?isAllowed=y&sequence=1>
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público de Colombia. (14 de enero de 2015). *Decreto 036 "por el cual se reglamenta el artículo 14 de la Ley 100 de 1993"*.
- Ministerio de Salud de Chile. (2017). *Resumen de evidencia para la política de regulación de precios de medicamentos para apoyar la toma de decisiones en políticas de salud*. Obtenido de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/EBP-Regulaci%C3%B3n-de-precio-de-medicamentos.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (27 de julio de 2018). *Decreto 1333 "por el cual se sustituye el Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se reglamenta las incapacidades superiores a 540 días y se dictan otras disposiciones"*.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2013). *Plan decenal de salud pública 2012-2021*.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2016). *Impuesto a las bebidas azucaradas*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/AS/papeles-salud-n5.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (diciembre de 2016). *Incentivos al talento humano en salud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/1.estrategia-tarea-todos-incentivos-minsalud.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2017). *Boletín del aseguramiento en salud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubdiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2019). *Informe al Congreso de la República 2018-2019*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-congreso-minsalud-20018-2019.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (13 de Noviembre de 2020). *Desde la salud también hay protección financiera para los colombianos*.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (24 de Agosto de 2021). *Colombia sigue avanzando en la cobertura universal en salud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-sigue-avanzando-en-la-cobertura-universal-en-salud.aspx>
- Misión del Mercado de Capitales. (04 de diciembre de 2019). *Informe final*. Obtenido de https://www.urf.gov.co/webcenter/portal/urf/pages_c/misinmercadodecapitales
- Molina-Marín, G; Álvarez-Ochoa, P. & Oquendo-Lozano, T. (2014). *La salud pública en la agenda de los gobiernos municipales de seis ciudades colombianas, períodos 2008-2011 y 2012-2015*. Obtenido de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11960>
- Molina-Marín, G; Ramírez-Gómez, A. & Oquendo-Lozano, T. (2016). *Cooperación y articulación sectorial e interinstitucional en salud pública en el modelo de mercado del sistema de salud colombiano, 2012-2016*. Obtenido de Revista de Salud Pública: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-00642018000300286&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
- Moreno, R. (2014). *The impact of cost-containment policies on health expenditure: evidence from recent OECD experiences*. Obtenido de OECD Journal on Budgeting, vol. 13/3: <https://doi.org/10.1787/budget-13-5jxx2wl6lp9p>
- Organización Internacional del Trabajo - OIT. (2021). *Perspectivas Sociales y del Empleo en el Mundo: El papel de las plataformas digitales en la transformación del mundo del trabajo*. Obtenido de <https://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/2021/lang-es/index.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *¿Cómo se protege el interés público?* Obtenido de Informe de la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistema de salud (págs. 135-163).
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Asamblea Mundial de la Salud - Ginebra*. Obtenido de No. 53: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260192/WHA53-2000-REC1-spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Addressing financial sustainability in health systems*. Obtenido de https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/64949/E93058.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Paying for Performance in Health Care Implications for Health System Performance and Accountability: Implications for Health System Performance and Accountability*. Obtenido de OECD Publishing. .
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Enfoque de la salud basado en los derechos humanos*. Obtenido de https://www.who.int/hhr/news/hrba_to_health_spanish.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*.
- Organización para Cooperación y el Desarrollo Económico - OCDE. (2010). *Health care systems: getting more value for money*. Obtenido de OECD Economics Department Policy Notes.
- Organización para Cooperación y el Desarrollo Económico - OCDE. (2017). *OECD reviews of health systems: Colombia 2016*.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, OCDE. (2015). *Sostenibilidad fiscal de los sistemas de salud*.
- Ortiz, G. (29 de septiembre de 2020). *Diálogos en salud*. Obtenido de Pontificia Universidad Javeriana.

- Ortiz, G. S. (29 de Septiembre de 2020). *Diálogos en Salud*, Universidad Javeriana. (C. Olarte, Entrevistador)
- Páez, G.; Jaramillo, L. & Franco, C. (2014). *Estudio sobre la geografía sanitaria de Colombia*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Estudio%20sobre%20la%20geograf%C3%ADa%20sanitaria%20de%20Colombia.pdf>
- Pérez, J. (2018). *La eliminación de las EPS en Colombia, una utopía sin perspectiva de cambio*. Obtenido de Biosalud, 17: <https://doi.org/10.17151/biosa.2018.17.1.1>
- Plazas, C & Moreno D. (2017). *Impacto económico de las acciones de tutela de salud en Colombia*. Obtenido de 135 Vniversitas, 325-376: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.vj135.ieat>
- Presidencia de la República de Colombia. (1994). *Decreto Ley 1295*. Obtenido de Artículo 15.
- Presidencia de la República de Colombia. (2005). *Decreto 2200*. Obtenido de "por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico".
- Ramírez, J. (2010). *La Emergencia Social en Salud: de las contingencias regulatorias a la desilusión ciudadana*. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), Sup. 9 (18): 124-143, enero-junio de 2010*.
- Riascos, A. & Vargas, J. (2014). *The performance of risk adjustment models in Colombian competitive health insurance market*. Obtenido de Serie documentos CEDE (1657-7191),76: <https://doi.org/10.2202/1538-0645.1460>
- Riascos, A.; Romero, M. & Serna, N. (2017). *Risk adjustment revisited using machine learning techniques*. Obtenido de Documentos CEDE, 27, 23.
- Rivera, A. F. (2013). Coyuntura del sistema de salud en Colombia: caracterización de una crisis, desde las particularidades financieras de las EPS. *Gestión & Desarrollo*. 10 (1), pp. 103-116.
- Rivero, E. & Amado, L. (2012). *Modelo de salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos?* Obtenido de Revista Gerencia Política de Salud, 11 (23); 111-120.
- Roa, R. (2009). *Gestión del aseguramiento en salud*. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-81602009000300003#:~:text=En%20Colombia%2C%20el%20aseguramiento%20en,de%20la%20calidad%20en%20la
- Senado de la República de Colombia. (2020). *Déficit de entidades del sector social para el 2021 será de \$1 billón*. Obtenido de <https://senado.gov.co/index.php/prensa/lista-de-noticias/1632-deficit-de-entidades-del-sector-social-para-el-2021-sera-de-19-billones>
- Senado de la República de Colombia. (2020). *Proponen que dueños y responsables de EPS deben responder con su patrimonio cuando la entidad quiebre*. Obtenido de <https://www.senado.gov.co/index.php/component/content/category/18-noticias-actualidad>
- Suárez-Rozo, L; Puerto-García, S.; Rodríguez-Moreno, L.M. & Ramírez Moreno, J. (2017). *La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación*. Obtenido de <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.cssc>.
- Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios de Colombia. (2019). *Estudio sectorial de los servicios públicos domiciliarios de acueducto y alcantarillado*. Obtenido de https://www.superservicios.gov.co/sites/default/archivos/Publicaciones/Publicaciones/2020/Dic/estudio_sectorial_de_los_servicios_publicos_domiciliarios_de_acueducto_y_alcantarillado_28_dic_rev_1.pdf
- Superintendencia Nacional de Salud de Colombia. (2019). Obtenido de https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/planeacion/OtrosDocumentosPlaneacin/Bolet%C3%ADn%20estadistico_2019_VF.pdf
- Superintendencia Nacional de Salud de Colombia. (2020). *Resolución 2246 "por la cual se adopta la estrategia de red de controladores del sector salud para el fortalecimiento dle sistema de inspección, vigilancia y control del SGSSS"*.
- Torres S, García, R. & Quintero, J. (2007). *Costos de transacción y formas de gobernación de los servicios de consulta en Colombia*.

Obtenido de Cuadernos de economía, 44: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-68212007000200005>

Unidad de Gestión Pensional y Parafiscal - UGPP. (2018). *Presentación independientes con oficios persuasivos*. Obtenido de <https://www.ugpp.gov.co/Material-complementario-trabajador-independiente>

Universidad de Antioquia, Grupo de Economía de la Salud, GES. (2017). *Sostenibilidad financiera de los sistemas de salud: alternativas y lecciones para Colombia*. Obtenido de Observatorio de la seguridad social.

Universidad ICESI, PROESA. (2018). *Estadísticas del sistema de salud: Colombia frente a OCDE*. Obtenido de Documentos PROESA No. 10: https://www.icesi.edu.co/proesa/images/docs/Doc_de_Trabajo/Documentos-Trabajo-10.pdf

Yamin, A.; Frisancho, A. (2014). *Enfoques basados en los derechos humanos para la salud en América Latina*. Obtenido de Medicreview: https://medicreview.medicc.org/articles/mr_437_es.pdf

Yepes, C. & Marín, Y. (2018). *Desafíos del análisis de la situación de salud en Colombia*. Obtenido de Biomédica: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v38n2/0120-4157-bio-38-02-00162.pdf>

DISEÑUM

Diseño e impresión

Esperanza Martínez González

Corrección de estilo

Jorge Eduardo Calderón

Ilustraciones

Este documento responde a un ejercicio académico orientado a presentar recomendaciones respecto a los principales retos de los sistemas de salud y riesgos laborales en Colombia, desde los ámbitos de la rectoría, el financiamiento, el aseguramiento, la prestación de servicios y la salud pública.