

**PAPELES EN SALUD**

**Edición No. 12**

Mayo de 2017

Bogotá D.C.



# **Informe de Implementación de la Ley Estatutaria de Salud de Colombia**



**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**  
**Ministro de Salud y Protección Social**

**LUIS FERNANDO CORREA SERNA**  
**Viceministro de Salud Pública y**  
**Prestación de Servicios (e)**

**CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO**  
**Viceministra de Protección Social**

**GERARDO BURGOS BERNAL**  
**Secretario General**

**MARIO FERNANDO CRUZ VARGAS**  
**Jefe Oficina Asesora de Planeación y**  
**Estudios Sectoriales**

Informe de Implementación de la  
Ley Estatutaria de Salud de Colombia  
© Ministerio de Salud y Protección Social

**Documento elaborado por**  
**MERY CONCEPCIÓN BOLÍVAR VARGAS**  
Despacho del Ministro de Salud y Protección Social

**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**  
Despacho del Ministro de Salud y Protección Social

**OFICINA ASESORA DE PLANEACION Y ESTUDIOS SECTORIALES**  
**GRUPO DE ESTUDIOS SECTORIALES Y EVALUACIÓN PÚBLICA**  
**GRUPO DE COMUNICACIONES**

La serie PAPELES EN SALUD es un medio de divulgación y discusión del Ministerio de Salud y Protección Social. Los artículos no han sido evaluados por pares ni sujetos a ningún tipo de evaluación formal por parte del Ministerio de Salud y Protección Social. Estos documentos son de carácter provisional, de responsabilidad exclusiva de sus autores y sus contenidos no comprometen a la institución.

ISSN: 2500-8366 (En línea)  
Documento de trabajo No: 12

# Contenido

<b>RESUMEN .....</b>	<b>6</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>7</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>8</b>
<b>Prestaciones de salud .....</b>	<b>13</b>
1. Cobertura y acceso a las prestaciones de salud que garantizan el derecho a la salud .....	14
1.1. Cobertura y acceso a las prestaciones de salud en la protección colectiva .....	18
1.2. Cobertura y acceso a las prestaciones de salud en la protección individual .....	22
2. Procedimientos de ampliación progresiva y exclusión de los beneficios que garantizan el derecho a la salud .....	27
2.1. Procedimiento de actualización del Plan de Beneficios	31
2.2. Procedimiento técnico - científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías que no podrán ser financiados con recursos públicos asignados a la salud.	34
2.3. Procedimiento de ingreso de medicamentos y dispositivos por medio del artículo 72 del PND .....	36

3.	Políticas públicas en salud.....	38
3.1.	Política Pública de Salud – Política de Atención Integral en Salud .....	38
3.2.	Política Pública de Salud – Política de Atención Integral en Salud .....	39
3.3.	Unificación de las reglas de afiliación del aseguramiento en salud .....	39
	<b>Conclusiones.....</b>	<b>40</b>
	<b>Bibliografía .....</b>	<b>42</b>

#### **FIGURAS**

Figura 1.	Prestaciones de salud en el Sistema de Seguridad Social Integral.....	15
Figura 2.	Garantía y acceso a las prestaciones de salud.....	16
Figura 3.	Coberturas de protección y procedimientos de ampliación progresiva y exclusiones de los beneficios que garantizan el derecho a la salud .....	17

## RESUMEN

El derecho a la salud y su garantía efectiva es un reto para cualquier Estado. Es un derecho complejo por la correlación con otros derechos como precondiciones de la salud y los diferentes alcances de los elementos que lo constituyen. Adicionalmente, contempla una dimensión subjetiva, en la que el titular es un sujeto de derecho exigible frente al Estado, y otra objetiva, en la que el Estado tiene la obligación de una actuación positiva para su realización. En Colombia, la Ley Estatutaria de Salud consagró la salud como un derecho fundamental, en el 2015. Sin embargo, se afirmó previamente su fundamentabilidad a través de la jurisprudencia de la Corte Constitucional. Por tanto, la Ley es un hito, sin haber agotado todos y cada uno de los elementos del derecho y un ejercicio de coherencia, que recoge los instrumentos internacionales y nacionales, como la jurisprudencia del máximo Tribunal Constitucional y la legislación vigente.

Este informe presenta los avances y las perspectivas de mayor relevancia en los dos primeros años de implementación de la Ley Estatutaria de Salud. El alcance del informe es la faceta prestacional como garantía y mecanismo de protección del derecho, y la política pública de salud que garantiza los componentes esenciales, y, algunas de las políticas públicas que coadyuvan a la consolidación y materialización del derecho. En la implementación se hace énfasis en las dos dimensiones de la protección del derecho a la salud: en la colectiva con un enfoque utilitarista y en busca del mayor beneficio posible para la población en su conjunto, a través del Plan de Beneficios y en la individual, centrada en las necesidades particulares, con MIPRES. Estas se complementan con los procedimientos de ampliación progresiva y exclusión de los beneficios que garantizan el derecho a la salud y las políticas públicas de mayor relevancia para la efectividad del derecho a la salud en Colombia.

**Palabras clave:** Derecho a la salud, Ley Estatutaria de Salud, Plan de Beneficios.

**Códigos JEL:** I18

## ABSTRACT

The right to health and its effective guarantee is a challenge for any State. It is a complex right because it is correlated with other rights as preconditions of health and the different reaches of the constituent elements. In addition, it contemplates a subjective dimension, in which the owner is a subject of rights enforceable vis-à-vis the State, and an objective one, in which the State has the obligation of a positive action for its realization. In Colombia, the Statutory Health Law enshrined health as a fundamental right, in 2015. However, its substantiality was previously affirmed through the jurisprudence of the Constitutional Court. Therefore, the Law is a milestone, without having exhausted each and every element of the right and an exercise of coherence, which includes international and national instruments, such as the jurisprudence of the highest Constitutional Court and current legislation.

This report presents the most relevant advances and perspectives in the first two years of implementation of the Statutory Health Law. The scope is the benefit aspect as a guarantee and mechanism of protection of the right, the public health policy that guarantees the essential components, and some of the public policies that contribute to the consolidation and materialization of the law. The emphasis is placed on the two dimensions of protection of the right to health: in the collective with a utilitarian approach and in search of the greatest possible benefit for the population as a whole, through the Benefit Plan and in the individual, centred on the particular needs, with MIPRES. These are complemented by the processes of progressive expansion and exclusion of the benefits that guarantee the right to health and the public policies of greater relevance for the effectiveness of the right to health in Colombia.

**Keywords:** Right to health, Statutory health law and Benefit Package.

**JEL codes:** I18

## Introducción

Colombia consagró en la Constitución Política de 1991 la salud como un derecho social, económico y cultura (Const., 1991, cap. II), en el caso de los niños como derecho fundamental (Const., 1991, art. 44) y como un servicio público obligatorio (Const., 1991, art. 48,49 y 53). A través de la jurisprudencia de la Corte Constitucional se amparó el derecho por su conexidad con otros derechos fundamentales, se reconoció su naturaleza fundamental cuando el tutelante es un sujeto de especial protección como el caso de los niños y se afirmó su fundamentabilidad, en lo que respecta a un ámbito básico. A partir de la Sentencia T-859 de 2003 se declara la fundamentabilidad del derecho a la salud per se, y se reitera entre otras, en las Sentencias T-060 y T-148 de 2007, pero es a través de las Sentencias C-463 y T-760 de 2008 (Palacio, 2015) en las que se declara de manera indiscutible el carácter fundamental del derecho a la salud. Finalmente, este derecho es consagrado como derecho fundamental en la Ley Estatutaria de Salud, previo examen de constitucionalidad de la Corte Constitucional en la Sentencia C-313 de 2014. (Corte Constitucional, 2003, 2007, 2008 y 2014)

La garantía efectiva del derecho a la salud (Const., 1991, art. 2) se debe al cumplimiento de uno de los fines esenciales del Estado a través de sus tres ramas en conjunto, pero que han mantenido su independencia, así:

- i. La rama legislativa en dos aspectos, primero, en el diseño del sistema a través de diferentes disposiciones legales que iniciaron con las Leyes 60 y 100 de 1993 y las leyes modificatorias posteriores. Segundo, en su función de regulación de los derechos y deberes fundamentales de las personas y los procedimientos y recursos para su protección a través de leyes estatutarias (Const., 1991, art. 152). Para el caso en concreto, con la aprobación de la Ley 1751 de 2015.
- ii. La rama ejecutiva tiene a su cargo la dirección, reglamentación, formulación de políticas, inspección, vigilancia, control y concurrencia en la financiación de la prestación de los servicios de salud y adicionalmente, cuenta con iniciativa legislativa. En estos más de 20 años se ha consolidado la universalización del aseguramiento, la unificación de los planes de beneficios para los regímenes subsidiado y contributivo y la protección financiera a través de un gasto bajo de bolsillo.
- iii. La rama judicial ha protegido el derecho por medio de la acción de tutela (Const., 1991, art. 86) en el día a día y la Corte



Constitucional a través de su jurisprudencia, en sede de revisión de la tutela y el control constitucional no solo ha sido una suerte de oráculo de la ley (Blackstone, 1765) sino un actor en las políticas públicas <sup>1</sup> <sup>2</sup> lo que se denomina “neoconstitucionalismo”, bajo el supuesto de proteger los derechos fundamentales y garantizar que el poder se encuentre real y efectivamente dividido dentro de la sociedad”(Sierra, 2009), dado que “–en razón del ejercicio de acciones judiciales– evidencia situaciones socialmente relevantes, formula posibles soluciones, ordena su implementación y evalúa todo el proceso.” (Henao, 2013)

La Ley Estatutaria de Salud de Colombia es un hito sin haber agotado todos y cada uno de los elementos del derecho a la salud<sup>3</sup>, dado que éste es un derecho complejo en la medida que se correlaciona con otros derechos como precondiciones de la salud y se refleja en elementos de diferentes alcances (Lema, 2009). Estas complejidades se manifiestan en:

- i. Aspectos científicos en el sujeto de derechos. El ser humano es considerado un sistema abierto en el que las células conforman órganos y estos a su vez sistemas complejos que funcionan de manera integrada, donde existen, por ejemplo, incertidumbres en la eficacia y efectividad de algunas prestaciones de salud.
- ii. Aspectos administrativos en uno de los objetos del derecho. El sistema de salud debe garantizar el acceso y la protección financiera a la vez, es decir, que la capacidad de pago no sea una barrera en acceso y el acceso una causa de empobrecimiento, lo que lleva a un tercer pagador con los problemas inherentes a este, como sobre-diagnóstico, sobre-tratamiento, divorcio entre valor terapéutico y precio, costos de transacción, etc.
- iii. Aspectos filosóficos en el financiamiento del derecho. Los recursos deben asignarse con justicia y a la fecha no se conoce

---

<sup>1</sup> Los Jueces de la Corte Suprema, cuando deciden casos constitucionales, son como legisladores en un sistema en el cual no hay poder judicial que invalide estatutos. Capítulo X. (Posner, 2011).

<sup>2</sup> La intervención de nuevos actores en el desarrollo de políticas públicas, como es el caso del juez constitucional cuando los derechos sociales se vuelven mandatos objetivos y exigibles. Pág. 131, (Bernal, 2006).

<sup>3</sup> “Si bien se plantea dentro de la definición del derecho individual y colectivo, en la Ley solamente se desarrolló el tema en relación con lo individual.” Pág 24. (Arias et al., 2014).

de alguna sociedad democrática, incluyendo la nuestra, que haya logrado consenso sobre los principios distributivos en salud.

- iv. Aspectos éticos en la conexidad de la dignidad humana con otros derechos que involucra, por ejemplo, la provisión de pañales o al momento de la muerte garantizar la eutanasia cuando se debate entre la tiranía de la esperanza y las distorsiones cada vez mayores de la tecnología (Gaviria, 2017).

La Ley Estatutaria de Salud también es un ejercicio de coherencia que recoge los instrumentos internacionales como la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000) en desarrollo del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) (Naciones Unidas, 2015) y los instrumentos nacionales que inician por la Constitución Política de 1991, pasan por la jurisprudencia del máximo Tribunal Constitucional y retoman parte de la legislación vigente.

Este ejercicio hace que la Ley, sin ser exhaustiva, haya tomado los elementos principales del derecho y se organice en cuatro capítulos. El primero presenta el objeto, elementos esenciales, principios, derechos y deberes. En este apartado se retoman los contenidos, obligaciones del Estado, elementos, determinantes y sujetos de especial protección de la Observación General 14, la carta constitucional y la jurisprudencia, y los principios, evaluación y el sistema de salud de la legislación vigente. El segundo capítulo trata de la garantía y los mecanismos de protección del derecho. Se retoman de la Observación General 14, la carta constitucional, la jurisprudencia y la legislación vigente con prestaciones de salud bajo un régimen taxativo de exclusiones. El tercer capítulo versa sobre los profesionales y trabajadores de la salud. Observa instrumentos internacionales, la jurisprudencia y la legislación vigente. El cuarto, aborda otras disposiciones y recoge los instrumentos antes mencionados.

Es importante notar que el derecho a la salud contempla una dimensión subjetiva y otra objetiva. La subjetiva garantiza al titular (sujeto activo) un status jurídico – constitucional frente al derecho, es decir, un sujeto tiene derecho a una prestación (objeto), la cual es exigible frente al Estado (sujeto pasivo) y consecuentemente, satisfecha por este. La dimensión objetiva consiste en la promoción de las condiciones para que el derecho sea real y efectivo e implica una actuación positiva por parte del Estado, lo que lo obliga a formular políticas públicas para la garantía del derecho (Lema, 2009; Corte Constitucional, 2003 y 2012).

Esto significa que el derecho a la salud tiene una faceta prestacional progresiva y no regresiva (Corte Constitucional, 1992, 2003 y 2004), la cual corresponde a la dimensión objetiva del derecho que incluye la organización del sistema de salud configurado por la ley ordinaria y el desarrollo legislativo con lineamientos de política pública que deben cumplir tres condiciones básicas:

- i. La existencia de un programa de acción estructurado que permita adoptar las medidas adecuadas y necesarias por parte de la autoridad responsable de la política;
- ii. La prioridad de la garantía del goce efectivo del derecho, con acciones reales que den respuesta a las necesidades de los titulares del derecho y ejecutables en tiempos oportunos; y
- iii. La efectiva participación democrática en todas las etapas del ciclo de la política (Corte Constitucional, 2013).

Así las cosas, luego de la aprobación de la Ley Estatutaria de Salud por parte del Congreso y de declararse exequible por parte de la Corte Constitucional, el gran reto es la implementación. Es decir, lograr de manera progresiva y efectiva la garantía del derecho fundamental en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de la articulación de leyes y políticas públicas vigentes y la adopción de nuevas que den prioridad al respeto, la protección y la garantía del derecho a la salud y que se traduzcan en un acceso equitativo, oportuno, eficaz, integral y con calidad a las prestaciones de salud en las fases de promoción de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y paliación de la enfermedad; y rehabilitación de las secuelas.

Este informe presenta los avances y las perspectivas de mayor relevancia en la implementación de la Ley Estatutaria de Salud de Colombia, en los dos primeros años de existencia dado que si se abarcara la totalidad de los aspectos se correría el riesgo de estar ante un informe del sistema de salud, pues si bien es cierto los derechos pueden existir si hay una estructura subyacente que los garantice (Holmes, 2011) y que éste es el instrumento articulador de la garantía de la faceta prestacional del derecho, el sistema no es el objetivo de la implementación.

Por otro lado, tampoco se abordarán los temas relacionados con los determinantes sociales de salud (Ley 1751, 2015, art. 9) que tienen como objetivo principal la equidad en salud, es decir, la reducción de las desigualdades y de la injusticia social evitable porque este tema fue abordado por una política pública previa a la entrada en vigencia de la Ley como fue el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) (Ley 1438,

2012, art. 6) dirigido al avance en la garantía del derecho a la salud con un énfasis en la equidad y la mejora de las condiciones de vida y de salud de la población.

Por lo anterior, se precisa que el alcance de este ejercicio comprende a los temas relacionados con las prestaciones de salud (Ley 1751, 2015, art. 2, 6, 8, 10, 12, 14, 15, 16 y 17) como garantía y mecanismo de protección del derecho, la política pública de salud Ley 1751, 2015, art. 2, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 20 y 24) que garantiza los componentes esenciales del derecho, y, algunas de las políticas públicas Ley 1751, 2015, art. 23) que coadyuvan a la consolidación y materialización del derecho.

## Prestaciones de salud

Uno de los logros más relevantes del sistema de salud colombiano tiene que ver con el aumento de la cobertura en tres dimensiones: la universalidad del derecho a la salud en términos poblacionales, la integralidad en las prestaciones de salud con uno de los planes de beneficios más comprehensivos de Latinoamérica y la protección financiera que se refleja en el gasto de bolsillo (como porcentaje del gasto total en salud) más bajo de la región. Una vez alcanzado este logro, surgen otros desafíos. Entre ellos, el más relevante es el acceso integral y efectivo a las prestaciones de salud. Este capítulo presenta las coberturas relacionadas con las prestaciones de salud como garantía y mecanismo de protección del derecho.

La garantía de las prestaciones de salud hace parte del disfrute del más alto nivel posible de salud. Para este fin, la Ley Estatutaria de Salud estableció que el sistema de salud debe garantizar la prestación integral de los servicios en todas las fases de atención. La Ley estableció, en particular, un régimen taxativo de exclusiones o prestaciones que no deben ser cubiertas por el sistema, con la excepción explícita del acceso a tratamiento de las personas que sufren enfermedades raras o huérfanas. Para la determinación de las exclusiones, la Ley exige un mecanismo técnico – científico de carácter público, colectivo, participativo y transparente previo a la posterior exclusión explícita por autoridad competente. También contempla otro mecanismo técnico – científico y participativo con las mismas características que el de las exclusiones para la ampliación progresiva de los beneficios (Ley 1751, 2015, art. 15).

En esta discusión es importante resaltar las dos dimensiones de la protección del derecho a la salud: la protección colectiva y la individual. La dimensión colectiva tiene un énfasis utilitarista, pues está basada en el mayor beneficio posible para la población en su conjunto o para un grupo de pacientes o personas especificado de antemano. Esta dimensión tiene en cuenta los datos epidemiológicos y las características de la población, fundamentadas en un examen a priori de las necesidades de la población. La dimensión individual se centra, por el contrario, en las necesidades de un individuo particular, no en las necesidades *previstas* de la población, sino en las carencias *observadas* de una persona en concreto (Salazar, 2009; Consejo de Europa, 1997; Brena, 2007; y Mittelmark, 2001). Las dos dimensiones de la protección, colectiva e individual, pueden entrar en tensión cuando existen recursos escasos. Un sistema centrado meramente en la protección individual de los derechos corre el riesgo de entregarle todo a muy pocos y muy poco a casi todos (algo similar ha ocurrido con el sistema pensional en Colombia).

No obstante los enfoques, protección colectiva e individual, también pueden complementarse. Para las enfermedades crónicas no transmisibles de alta prevalencia tiene más sentido la protección colectiva, basada en el aseguramiento, esto es, en la estimación *ex - ante* de las necesidades poblaciones y los costos. Para las enfermedades raras o de baja frecuencia, por el contrario, el aseguramiento (tal como existe en Colombia) tienen menos sentido y resulta, por lo tanto, más conveniente centralizar la protección y el pago por los servicios a los pacientes. Para los medicamentos ya probados, para los cuales existe información de muchos años sobre su seguridad y efectividad, tienen más sentido la protección colectiva. Para los nuevos medicamentos, para los cuales existe mayor incertidumbre clínica, la protección individual, es decir, el cubrimiento enfocado en un paciente particular para quien las otras alternativas terapéuticas se han agotado, tiene más sentido.

Colombia está inmersa en estos retos, dilemas y contradicciones con la implementación de la Ley Estatutaria de Salud. A continuación se presentan los avances concretos en esta materia.

## **1. Cobertura y acceso a las prestaciones de salud que garantizan el derecho a la salud**

El sistema de salud de Colombia garantiza, para todas las patologías, un conjunto de servicios y tecnologías que incluyen actividades, intervenciones, procedimientos, insumos, medicamentos, dispositivos, servicios, sistemas organizativos y de soporte, con excepción de lo previsto en el régimen taxativo de exclusiones. El derecho se garantiza a través de los planes de beneficios organizados según el origen de la enfermedad. Los planes del Sistema General de Seguridad Social en Salud están dirigidos a la población general y los del Sistema General de Riesgos Laborales a los trabajadores, ambos Sistemas pertenecen al Sistema de Seguridad Social Integral. (Ley 100, 1993)

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud, tiene varios componentes:

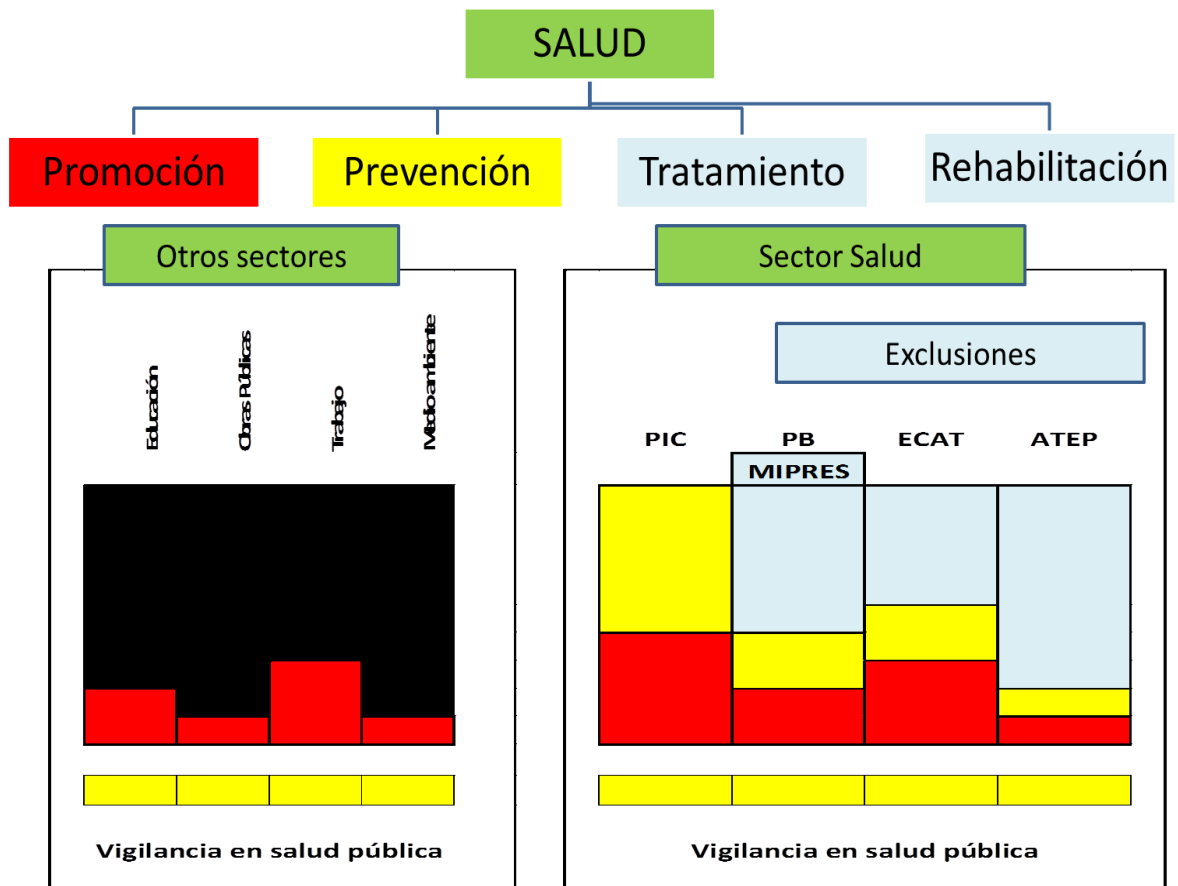
1. El Plan de salud pública de intervenciones colectivas (PIC) que busca incidir positivamente sobre los determinantes sociales de la salud y los resultados en salud. (Resolución 518, 2015)
2. La atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos (ECAT) garantiza los servicios médico-quirúrgicos y gastos de

transporte al centro asistencial hasta los 800 salarios mínimos diarios legales vigentes.

3. El Plan de Beneficios (PB), antes denominado Plan Obligatorio de Salud (POS), garantiza la protección integral de las familias para la maternidad y enfermedad general.

Por su parte, en el Sistema General de Riesgos Laborales, se garantizan las prestaciones médico asistenciales (Ley 776, 2002) derivadas de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales (ATEP) y se cubren los servicios médico-quirúrgicos y gastos de traslado. Ver Figura 1.

**Figura 1. Prestaciones de salud en el Sistema de Seguridad Social Integral**



Fuente: Los autores 2017

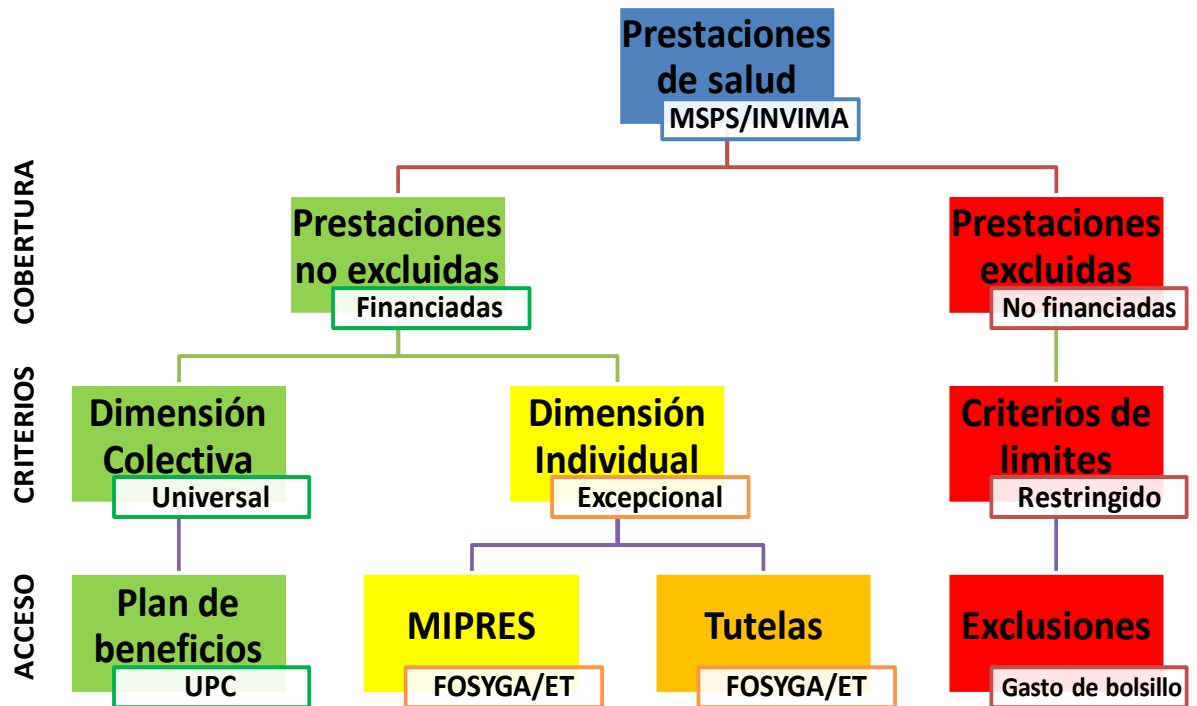


Con la Ley Estatutaria, las prestaciones de salud se dividieron en dos grupos.

1. En un primer grupo están las prestaciones con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que protegen el derecho colectivo a la salud en el sentido señalado anteriormente.
2. En un segundo grupo, las prestaciones excepcionales, las enfermedades raras, los nuevos medicamentos y algunos servicios sociales complementarios, entre otros, que protegen el derecho individual. En este grupo, los medicamentos, dispositivos y procedimientos son ordenados y autorizados directamente mediante el aplicativo Mipres.

El primer grupo se remunera *ex - ante* mediante la UPC. El segundo *ex - post* desde un fondo centralizado. Este esquema se usa en otros países. En Inglaterra, por ejemplo, se creó un fondo especial, complementario al sistema nacional de salud, para pagar por los nuevos medicamentos oncológicos. (Horis Del Prete, 2016).

**Figura 2. Garantía y acceso a las prestaciones de salud**

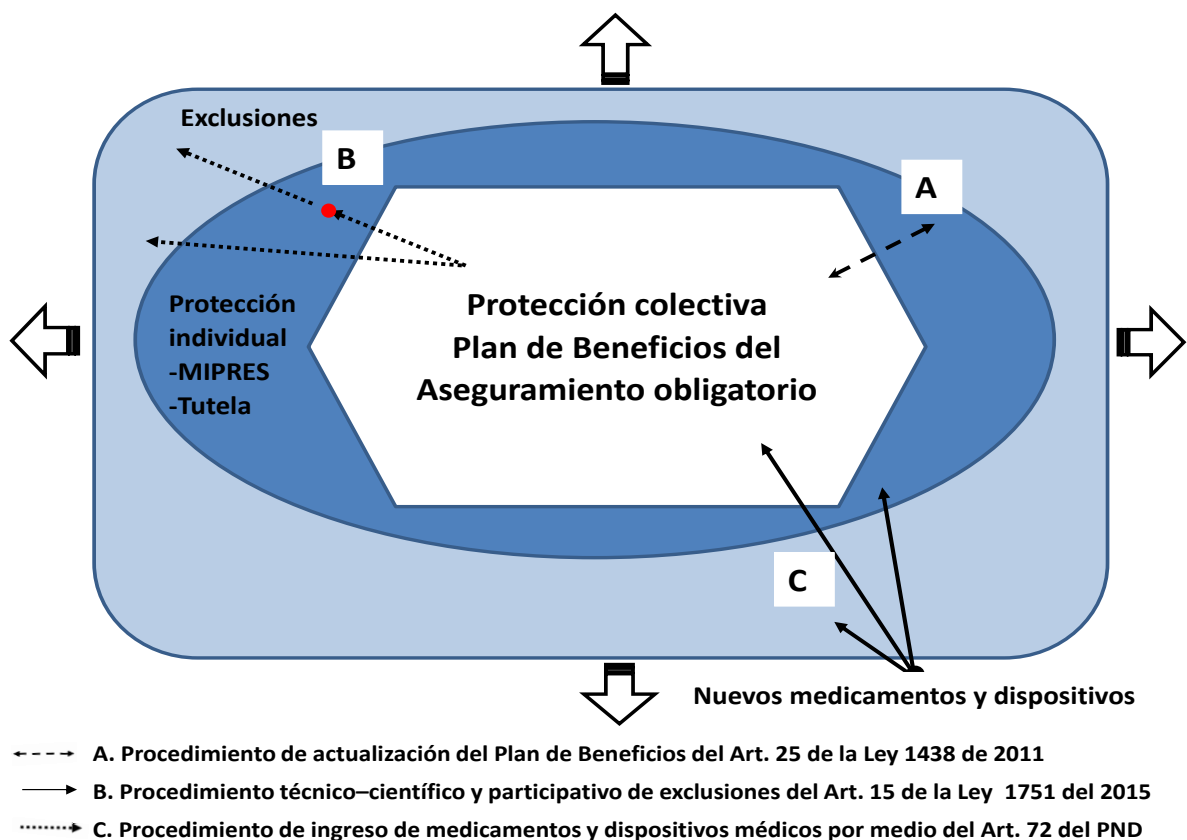


Fuente: Los autores 2017



Por supuesto, algunas tecnologías pueden pasar de la protección individual a la colectiva o viceversa como lo sugiere el diagrama de la Figura 3 (ver A.). Para cumplir con la Ley Estatutaria, este esquema debe complementarse con un mecanismo técnico-científico y participativo que permita determinar las exclusiones o prestaciones de salud no cubiertas. Las exclusiones deben obedecer a los criterios establecidos en la ley y seguir el procedimiento determinado por la Resolución 330 de febrero 14 de 2017 (ver B.). Finalmente, como el universo de prestaciones y tecnologías es dinámico, crece todos los años, el esquema propuesto necesita un mecanismo ordenado de evaluación e incorporación de las nuevas tecnologías. Este mecanismo está dado por el artículo 72 de la Ley 1753 de 2015 (ver C.).

**Figura 3. Coberturas de protección y procedimientos de ampliación progresiva y exclusiones de los beneficios que garantizan el derecho a la salud**



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2017)

A continuación se detallan las prestaciones de salud para la atención de la enfermedad general y la maternidad en desarrollo de la Ley Estatutaria de Salud.

### 1.1. Cobertura y acceso a las prestaciones de salud en la protección colectiva

La cobertura y el acceso a las prestaciones de salud en la dimensión colectiva en el sistema de salud colombiano se concretan en la protección de todas las patologías. En las tecnologías y servicios se hace la distinción entre dos cubrimientos: el núcleo que está priorizado con criterios utilitaristas y que hace parte del aseguramiento obligatorio en salud, por lo que hay una definición de coberturas en salud y un promedio establecido de atenciones en un Plan de Beneficios, las cuales son reconocidas a través de un pago ex - *ante*, en un valor per cápita.

En el aseguramiento la protección es universal, colectiva y se transfieren los recursos a un tercer pagador con el objeto de que garantice las atenciones integrales de las coberturas incluidas. Por fuera del núcleo está el cubrimiento individual que será desarrollado en el acápite 2.1.2.

La universalización se alcanzó en el 2010<sup>4</sup> y se ha venido consolidando a la fecha. La unificación de los planes de beneficios<sup>5</sup> se realizó por el ciclo de vida del individuo obedeciendo a criterios de vulnerabilidad. Se inició con los menores de 1 año y embarazadas en 1995, los niños de 1 a 12 años en el 2009 (Comisión de Regulación en Salud, Acuerdo 4, 2009), continuó con los adolescentes de 13 a 17 años en 2010 (Comisión de Regulación en Salud, Acuerdo 11, 2010) y los adultos mayores de 60 años en 2011 (Comisión de Regulación en Salud, Acuerdo 27, 2011) y se complementó con los adultos entre los 18 y 59 años en 2012 (Comisión de Regulación en Salud, Acuerdo 32, 2012).

Lo anterior ha tenido impacto en equidad, integralidad y protección financiera. En equidad debido a que toda la población tiene acceso al mismo plan, en especial la de menores recursos. En integralidad dado que se cuenta con un conjunto de servicios en todas las fases de la atención y en todos los niveles de complejidad. En la protección financiera porque las personas no tienen gasto de bolsillo, si se trata de poblaciones especiales e identificadas en el nivel 1 del SISBEN, y un copago bajo para las personas ubicadas en el nivel 2 del SISBEN.

La integralidad se ha venido garantizando a través del conjunto de prestaciones pertenecientes al plan de beneficios, en el marco del

---

<sup>4</sup> Orden vigésimo novena, Corte Constitucional (2008) Sentencia T-760 de 2008

<sup>5</sup> Órdenes vigésimo primera y vigésimo segunda, Corte Constitucional (2008) Sentencia T-760 de 2008

aseguramiento en salud, que incluye las fases de promoción de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y paliación de la enfermedad; y rehabilitación de las secuelas. Estas prestaciones se han incrementado progresivamente<sup>6</sup> con criterios de la dimensión colectiva como cambios en la estructura demográfica, el perfil epidemiológico y la carga de enfermedad de la población, la tecnología apropiada disponible en el país, las condiciones financieras del sistema y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios (Leyes 100, 1993 y 1438, 2011).

Adicionalmente, para garantizar la integralidad se ha venido avanzando en un plan de beneficios cada vez más implícito. En el 2013, se expidió la Resolución 5521 de 2013 con la que se inició este proceso a través de los procedimientos en salud, agrupándolos en 2407 categorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), con excepción de los laboratorios clínicos que mantienen las 816 subcategorías.

En cumplimiento de los artículos 2, 5 y 15 de la Ley Estatutaria de salud, se expidió la Resolución 5592 de 2015 que inició el proceso de un plan de beneficios más implícito frente a los 647 medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios, 581 pertenecientes al listado general, 54 a salud pública y 12 agrupaciones. Esto es resultados de dos estudios, el de concentraciones y/o formas farmacéuticas de medicamentos incluidos en el POS y definición de subgrupos de medicamentos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Los ajustes realizados fueron los siguientes:

- i. Se amplió el tiempo de cobertura de la fórmula láctea para hijos de madres infectadas por VIH de 6 a 12 meses según la guía de práctica clínica.
- ii. Se incluyeron 268 aclaraciones de concentración de formas farmacéuticas líquidas o sólidas estériles de administración parenteral con 74 concentraciones nuevas y 27 aclaraciones de cobertura por el Artículo 132 de la Resolución 5521 de 2013. Esto significa que el 40% de los medicamentos están disponibles en todas las concentraciones.
- iii. Se establecieron 12 coberturas por subgrupos de medicamentos, 6 de ellos sin Valor Máximo de Reconocimiento

---

<sup>6</sup> Ver Anexo 1 Inclusiones y aclaraciones al POS-S y POS-C. 1994-2008. Ministerio de Salud y Protección Social (2009) Documento para la garantía y protección del derecho a la salud de los colombianos - Actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud. sobre la Orden 17 de la Sentencia T-760 de 2008

(VMR)<sup>7</sup>: los concentrados para hemodiálisis, corticosteroides, monofármacos, grupo de las heparinas, insulinas y análogos, sales de rehidratación oral formulaciones y soluciones isotónicas; y las otras 6: con valor máximo de reconocimiento: agentes beta bloqueantes no selectivos, antagonistas del receptor h2, bloqueantes selectivos de canales de calcio con efectos principalmente vasculares, inhibidores de bomba de protones, Inhibidores de la ECA, monofármacos e Inhibidores de la HMG CoA reductasa. (Resolución 5592, 2015, anexo)

- iv. Se incluyeron los estereoisómeros de principios activos contemplados en el plan siempre que compartan el mismo efecto farmacológico de la mezcla racémica del principio activo del cual se extraen con un VMR. (Resolución 5592, 2015, art. 39)

En el 2016 con la Resolución 6408 de 2016, se profundizó en el plan implícito para los medicamentos con la eliminación de la forma farmacéutica y la concentración. Se dejaron 470 ítems de medicamentos distribuidos así: 420 del listado general, 38 de salud pública y 12 agrupaciones. Los avances fueron:

- i. Se amplió el suministro de tirillas y lancetas de conformidad con el criterio del médico tratante y las guías de práctica clínica.
- ii. Se aclararon 135 coberturas de otras formas farmacéuticas (cremas, ungüentos, jarabes, suspensión, gotas, entre otros), con 66 concentraciones y/o formas farmacéuticas nuevas y 6 aclaraciones de cobertura por el Artículo 134 de la Resolución 5592 de 2015;
- iii. Se realizaron 9 agrupaciones de medicamentos con VRM, estas son: -corticosteroides, monofármacos, insulinas y análogos, sales de rehidratación oral, agentes beta bloqueantes no selectivos, antagonistas del receptor h2, bloqueantes selectivos de canales de calcio con efectos principalmente vasculares, inhibidores de bomba de protones, monofármacos, inhibidores

---

<sup>7</sup> El VMR es el valor máximo que sirve para definir la orientación de la financiación pública hacia un valor de referencia a reconocer por cualquier medicamento del grupo que se conforme. El valor máximo de reconocimiento se calcula considerando el valor promedio ponderado anual, estadísticas de posición de los valores y frecuencias reportadas en el Sistema de Información de Precios de Medicamentos-SISMED; dicho valor se ajusta teniendo en cuenta, de ser necesario, por dosis promedio de prescripción y manteniendo las frecuencias reportadas en la base de prestación de servicios de salud que se utiliza para el cálculo de la UPC. La expresión del valor puede establecerse bien sea como un total o una expresión per cápita según el número de expuestos." (Resolución 6408 de 2016, art. 8, num. 40)

de la ECA, monofármacos. E inhibidores de la HMG CoA reductasa; y 3 agrupaciones de medicamentos sin VMR, estas son: soluciones para hemodiálisis, soluciones para diálisis peritoneal y grupo de las heparinas, monofármacos<sup>8</sup>. (Resolución 6408, 2016, anexo; y Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

- iv. Se incluyeron los estereoisómeros de principios activos contemplados en el plan siempre que compartan el mismo efecto farmacológico de la mezcla racémica del principio activo del cual se extraen con un VMR para cálculo en la prima establecido para el principio activo de origen (Resolución 6408, 2016, art. 38).

Como se puede observar, gracias a estos avances y ajustes se ha garantizado el derecho en la dimensión colectiva. Las coberturas del Plan de Beneficios para el 2017 incluyen:

- i. El 85% de los procedimientos realizados en el país;
- ii. El 50% de los medicamentos disponibles en Colombia y
- iii. El 100% de los medicamentos esenciales fijados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de acuerdo con el perfil epidemiológico de la población y la carga de enfermedad, excepto aquellos que están asociados a enfermedades no existentes en el país, y
- iv. El 100% de los dispositivos e insumos que son necesarios e insustituibles para la realización de algún procedimiento.

---

<sup>8</sup> Con cobertura por subgrupo sin valor máximo de reconocimiento: atc b05za soluciones para hemodiálisis, b05d soluciones para diálisis peritoneal y atc b01ab - grupo de las heparinas, monofármacos (no se cubren combinaciones con medicamentos no pos). Anexo de la Resolución 6408 de 2016.

## 1.2. Cobertura y acceso a las prestaciones de salud en la protección individual

En la dimensión individual, la cobertura y acceso a las prestaciones se garantiza por fuera del aseguramiento colectivo, conformado por nuevas tecnologías, algunas prestaciones de salud que no se han podido incluir dada la limitación y sostenibilidad de los recursos, otras tecnologías y servicios que no son óptimas para reconocer a través del aseguramiento sino de otras formas de pago, como es el caso de los tratamientos de enfermedades de baja frecuencia y alto costo, entre otras. La protección es individual y se garantiza cuando la necesidad se hace evidente y se paga *ex – post*.

En el régimen Contributivo se financia a través del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y en el régimen Subsidiado con los recursos propios de la entidad territorial donde se presentan problemas en la capacidad operativa y falta de recursos en algunos departamentos y distritos.

A pesar de los importante avances en las coberturas integrales hacia un plan implícito y las actualizaciones integrales bienales del plan de beneficios en la dimensión colectiva, persiste un remanente de tecnologías estimado para procedimientos de 15% y para medicamentos de 50% que es demandado por los profesionales de la salud y que es garantizado a los pacientes en la dimensión individual.

Este escenario es producto de múltiples situaciones complejas como son:

- i. La presión tecnológica que se traduce en la entrada de tecnologías no cubiertas por el Plan de manera abrupta, desordenada, con una disminución de su valor social y costosas para el Estado.
- ii. La autonomía médica y autorregulación que demanda el uso de la mejor evidencia clínica, transparencia y revelación de conflictos de intereses;
- iii. La ausencia de incentivos a la calidad y resultados en salud;
- iv. La desalineación de los incentivos entre los diferentes actores frente a un recobro o cobro por evento de los servicios no incluidos en el Plan y financiado por el Estado con riesgos de corrupción;

- v. La presión demográfica por envejecimiento y epidemiológica por mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles;
- vi. La multi-morbilidad y mayor severidad de los pacientes lo que conlleva a la búsqueda concomitante de innovaciones tecnológicas y modelos de atención integrales; y
- vii. El incremento de expectativas sociales de la población, entre otras.

Adicionalmente, en este contexto, las nuevas prestaciones de salud deben mostrar ser más efectivas y aumentar el nivel de salud de la población, pues las menos efectivas pueden aumentar el gasto en salud sin tener valores terapéuticos relevantes en relación con las tecnologías y servicios disponibles en el país.

Es por ello, que este conjunto de tecnologías debe tener evidencia científica de su seguridad, eficacia, efectividad y no encontrarse en fase de experimentación, a la luz de los criterios de exclusión de la Ley Estatutaria de Salud. Adicionalmente, debe haber sido autorizado su uso por autoridad competente y estar disponible en el país.

Lo anterior significa que las actualizaciones del plan de beneficios son un proceso dinámico, tanto por factores de oferta como de demanda, constante que de manera fáctica y concreta, en ningún momento podrían clasificarse todas las tecnologías disponibles en incluidas o excluidas del Plan de Beneficios, por más esfuerzos que se hicieran desde el sector para responder a este requerimiento. De hecho, "Ningún país del mundo tiene los recursos suficientes para proveer a todos sus ciudadanos la totalidad de los servicios con los máximos estándares de calidad posibles; cualquiera que crea lo contrario vive en un mundo de fantasía", dice Sir Michael Rawlins, expresidente del National Institute for Clinical Excellence (Giedion, 2014).

Así las cosas y con el objeto de garantizar la dimensión individual que responde a las necesidades básicas en temas de salud, el Gobierno ha venido garantizando el acceso a las prestaciones de salud no contenidas en el Plan de Beneficios a través de los Comité Técnico Científicos y la tutela. El Comité es el mecanismo administrativo a través del cual un usuario solicita un servicio por fuera del Plan a su EPS y el Comité lo estudia y lo puede autorizar o negar y la tutela es el mecanismo judicial mediante el que un usuario solicita se le otorgue un servicio a través de los jueces.



Con la entrada en vigencia de la Ley Estatutaria y en aras de garantizar un mejor acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad y teniendo en cuenta la autonomía de los profesionales para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo, se eliminó el CTC y se adoptó en su reemplazo un procedimiento denominado Mi Prescripción (MIPRES) (Resoluciones 1328, 2158, 3951 y 5584, 2016) y se mantiene la posibilidad de acceder a través de la acción de tutela.

Por un tiempo, el procedimiento o aplicativo MIPRES estará circunscrito al régimen Contributivo. El Ministerio de Salud adelantará un trabajo con las entidades territoriales para su adopción gradual en el régimen Subsidiado. Cabe reconocer, que en el régimen Subsidiado, los servicios transferidos a las Entidades Territoriales para la protección del derecho individual a la salud, esto es, para lo no cubierto por el aseguramiento, son insuficientes en al menos siete departamentos. La Ley 1797 de 2016 permite los aportes de la Nación y otras fuentes, pero las dificultades fiscales los han impedido inicialmente.

### **Acceso a las prestaciones de salud a través de MIPRES**

Con fundamento en los artículos 6, 15, 17 y 19 de la Ley Estatutaria de Salud, se expidió la Resolución 3951 de 2016 que establece MIPRES como un procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud.

El objetivo es garantizar el acceso a los servicios y tecnologías en salud no incluidas en el Plan de beneficios y de las tecnologías o servicios complementarios que inciden en el goce efectivo del derecho a la salud aunque no pertenezcan al ámbito de la salud. El reporte de prescripción lo hace el profesional tratante, perteneciente a la red de servicios de la EPS por medio de una plataforma tecnológica.

La tecnología o servicio no cubierto debe estar contemplado en CUPS o tener registro sanitario del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), según sea el caso, haber agotado las posibilidades técnicas y científicas disponibles en el Plan, no tener respuesta satisfactoria en el paciente, tener evidencia de efectividad, y no pertenecer al conjunto de exclusiones.<sup>9</sup> En todos los casos la justificación técnica de las decisiones adoptadas, los resultados esperados y posibles efectos adversos y complicaciones

---

<sup>9</sup> En los casos de prescripción de medicamentos de la lista UNIRS es responsabilidad del médico tratante y de manera solidaria la IPS. En todo caso deberá mediar el respectivo consentimiento informado por parte del paciente o su representante



deben comunicarse al paciente y registrarse en la historia clínica y en MIPRES.

En este proceso es clave la autorregulación de los profesionales, quienes tienen una doble responsabilidad con el paciente y los recursos del sistema. La garantía del suministro está a cargo de la EPS con unos tiempos de suministros fijados, sin previas autorizaciones administrativas o de pertinencia médica de terceros, excepto la de los casos contemplados para análisis de las Juntas de Profesionales de la Salud.

Los avances de MIPRES son: i) La definición de mecanismos de acceso para uso excepcional de medicamentos vitales no disponibles o de aquellos que requieren ser empleados en indicaciones y/o grupos de pacientes diferentes a lo consignado en el registro sanitario otorgado por el INVIMA, soporte nutricional ambulatorio y servicios complementarios. ii) La disminución de barreras de acceso administrativas porque el criterio para el acceso es la pertinencia médica y no median requisitos administrativos. iii) La precisión del universo de tecnologías y servicios en salud y complementarios, financiados por recursos públicos. iv) El fortalecimiento de la autonomía profesional y la prescripción de medicamentos por Denominación Común Internacional, entre otras.

La limitación que tiene el MIPRES subyace en que en el caso del régimen subsidiado estas prestaciones de salud están financiadas por recursos públicos del ente territorial por la asunción competencias derivadas de la descentralización y, en algunos casos, hay restricciones económicas para el financiamiento.

En atención a lo descrito, a partir del 01 de diciembre de 2016 se ha implementado la citada Resolución y el aplicativo MIPRES de forma gradual, obteniendo a la fecha los siguientes resultados: 48.806 prescripciones efectuadas en el aplicativo para 40.427 pacientes, 2.838 Profesionales de Salud prescriben en el aplicativo, 278 sedes de IPS activas en el proceso con 21 EPS y prescripciones efectuadas en 81 municipios de 23 departamentos.

Con el fin de garantizar el acceso, la pertinencia y la necesidad del usuario a servicios o tecnologías en salud relacionadas con soporte nutricional<sup>10</sup> del ámbito ambulatorio y medicamentos del listado con

---

<sup>10</sup> "Soporte Nutricional: Corresponde al aporte de nutrientes necesarios, bien sea con nutrición parenteral o enteral, o ambas, en los casos en los cuales no sea posible mantener la alimentación convencional." (Resolución 3951, 2016, art. 3, literal 11)

usos no incluidos en el registro sanitario (UNIRS)<sup>11</sup> y servicios o tecnologías complementarias<sup>12</sup>, se crean las Juntas de Profesionales de la Salud que se conforman en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) habilitadas, que presten servicios o tecnologías en salud no cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud. Se integran por al menos tres profesionales de la salud y uno debe ser profesional par del prescriptor. Estas tienen, a partir de la solicitud del profesional tratante, cinco días hábiles para pronunciarse y la IPS deben comunicar y reportar dentro de las 24 horas siguientes a la entidad aseguradora a la que está afiliado el paciente. En los casos de fallo de tutela no se requiere análisis de la Junta, solo la transcripción por parte del profesional de la salud de la entidad de aseguramiento en salud.

### **Acceso a tratamiento de personas con enfermedades huérfanas y raras**

En el caso de personas con enfermedades huérfanas y raras hay varios elementos que son relevantes tener en cuenta al garantizar el derecho a la salud en su tratamiento:

- i. La ley estatutaria de Salud en los artículos 11 y 15 previó que las personas diagnosticadas con enfermedades raras o huérfanas hacen parte de los sujetos de especial protección y los tratamientos dirigidos a estas personas no son afectados por los criterios de exclusión.
- ii. Los criterios de la dimensión colectiva como las enfermedades de mayor prevalencia o frecuencia o que representen una mayor pérdida de años de vida saludables para la población; las prestaciones de salud seguras, eficaces, efectivas; las tecnologías y servicios que generen externalidades positivas o alto beneficio social, entre otras, pueden no ser sensibles a enfermedades de baja frecuencia o enfermedades raras o huérfanas.
- iii. Las patologías huérfanas o raras cumplen los criterios de una enfermedad ruinosa o catastrófica, es decir, “representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja

---

<sup>11</sup> “Usos no incluidos en el registro sanitario (UNIRS). Es entendido como el uso o prescripción excepcional de medicamentos que requieren ser empleados en indicaciones y/o grupos de pacientes diferentes a lo consignado en el registro sanitario otorgado por el INVIMA.” (Resolución 3951, 2016, art. 3, literal 14)

<sup>12</sup> “Servicios o tecnologías complementarias: Corresponde a un servicio que si bien no pertenece al ámbito de la salud, su uso incide en el goce efectivo del derecho a la salud, a promover su mejoramiento o a prevenir la enfermedad.” (Resolución 3951, 2016, art. 3, literal 8)

ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento” (Resolución 5261, 1994, art. 16), por lo que en los esquemas de aseguramiento en salud se prevén mecanismos como el reaseguro, la definición de precios de referencia, la gestión centralizada por parte del rector, etc., para evitar la selección de riesgo de estos pacientes o prevenir barreras de acceso a los tratamientos y garantizar el acceso real y efectivo a los mismos.

Por lo anterior, se han adelantado estrategias para mejorar la garantía del derecho a este grupo poblacional sin descuidar la responsabilidad que se tiene con los demás usuarios y con el sistema frente al uso eficiente de los recursos. Es por ello que, además de garantizar el financiamiento de estas prestaciones, también se busca mejorar la calidad de la atención y administrar de la mejor manera los recursos existentes. En relación con la primera, la legislación (Ley 1392, 2010) previó la conformación de una red de centros de referencia integrada por la red de Centros de Diagnóstico, la red de Centros de Tratamiento y la Red de Farmacias para el suministro y seguimiento a tratamientos farmacológicos.

En relación con la segunda, la legislación vigente (Leyes 1438, 2011 y 1753, 2015) ha previsto dos vías para afrontar esta problemática: la negociación centralizada de medicamentos, insumos y dispositivos, que incluye la obtención de precios de referencia como tope máximo de negociación para todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la compra directa por parte del Gobierno Nacional. En este sentido, se está adelantando la negociación centralizada para medicamentos incluidos en los tratamientos de enfermedades huérfanas o raras con Colombia Compra Eficiente.

## **2. Procedimientos de ampliación progresiva y exclusión de los beneficios que garantizan el derecho a la salud**

Dadas las dimensiones del derecho y las brechas existentes entre necesidades, expectativas y recursos es un imperativo colocar límites legítimos porque si bien es cierto que el individuo tiene *prima facie* a un derecho y no a un mínimo, sino a todos los medios materiales necesarios para el ejercicio del derecho y para el cubrimiento de sus necesidades básicas, este máximo no es exigible al Estado de manera definitiva, si existen otros principios constitucionales o limitaciones materiales que lo impidan.

*“Así, por ejemplo, en el caso del derecho a la salud, el individuo tiene un derecho prima facie a la obtención por parte del Estado de todos los medicamentos y procedimientos que le garanticen el cubrimiento de sus necesidades básicas de salud, para la conservación de una vida digna y de su integridad física y psicológica.*

*Sin embargo, este derecho puede ser restringido y no valer con tanta amplitud de manera definitiva, si existen otros principios constitucionales o limitaciones materiales que lo justifiquen. Piénsese, por ejemplo, que se demuestra que la seguridad social no puede hacerse cargo de las operaciones estéticas, pues la subvención de estos procedimientos implicaría la inversión de recursos destinados a la atención de urgencias o a la provisión de medicamentos básicos para enfermedades que tengan que ver con la supervivencia.” (Bernal, 2016)*

Por tanto, en todos los sistemas es importante colocar límites, aun en los que se ofrece cobertura universal poblacional e integral de los servicios porque al evitarlos se corre el riesgo, en la práctica de añadir límites injustos a un sistema que ya es injusto en otros aspectos.

Aun cuando la universalidad ha sido declarada para ciertos derechos humanos, en la práctica, el contenido de cada uno de los derechos es relativizado a las condiciones de cada Estado. Por lo que los gobiernos con diferentes niveles de recursos son requeridos para establecer puntos de referencia y objetivos para la medición del progreso de la realización del derecho. (Daniels, 2002)

Es así como en sistemas públicos como el inglés, existen límites definidos centralizadamente sobre lo que se cubre y no se cubre. No todos los medicamentos están cubiertos. Para soportar estos límites, en la segunda reforma del Servicio Nacional de Salud en 1977, se creó el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica con sus guías de práctica clínica y evaluaciones de costo-efectividad y los estándares del Marco Nacional de Servicios. En los sistemas mixtos como en Chile, el Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) estableció sólidos argumentos legales para elegir un grupo de enfermedades para proveer coberturas universales e integrales a partir de un listado de servicios con tiempos máximos de espera y sin restricciones, las demás están sujetas a listas de espera.

En los sistemas que tienen planes de beneficios segmentados por población, por ejemplo México y Perú, el Seguro Popular de México definió para las personas sin seguro social tradicional un grupo de enfermedades y un listado de 260 intervenciones y medicamentos en un Catálogo Esencial de Servicios de Salud (CAUSE). El Plan Esencial

de Aseguramiento (PEAS) de Perú ofrece un paquete integral de prestaciones para 140 condiciones asegurables en todo el ciclo de vida (Horis Del Prete, 2016). En los sistemas de mercado como el estadounidense, no existen límites fijados por una autoridad central, pero los ciudadanos pagan una parte del cuidado médico de su propio bolsillo, con el empleador o a través de los programas Medicaid o Medicare (Steiner, 2014; y Gaviria, 2017).

Luego de aceptar que los límites son necesarios, el paso a seguir es la priorización, es decir, determinar con qué criterios y cómo se definen y se asignan los recursos con justicia. A la fecha no se conoce de ninguna sociedad democrática que haya logrado consenso sobre los principios distributivos en salud (Daniels, 2008).

La priorización tiene dos elementos: el racionamiento explícito e implícito. En el explícito se define un conjunto mínimo de garantías explícitas definidos por servicios o enfermedades vinculadas con las necesidades o preferencias de la población a cubrir, resultado de un proceso que busca lograr objetivos técnicos y sociales. Ventajas: se concreta el derecho a la salud, se mejora la equidad, se alinean las metas sanitarias y la asignación de los recursos, se aumenta la legitimidad social, se mejora la gestión de la planeación, financiamiento y entrega de servicios y se promueve la atención integral y con calidad.

En el racionamiento implícito no se define ni priorizan un conjunto de servicios, ni se adopta una lista negativa bajo el supuesto de que el sistema de salud estaría obligado a proveer todo lo que el ciudadano necesite y en el momento que lo necesite, pero en la medida de que escaseen los recursos, se generan listas de esperas y negación de servicios, por lo que se sugiere evaluación de tecnologías, incentivos para la provisión de servicios de salud con mayor valor terapéutico y divulgación sobre los beneficios y costos de las tecnologías adoptadas. Ventajas: se garantiza el derecho a la salud a través de cobertura de todos los servicios, se mejora la equidad dado que la única limitante del acceso es el juicio médico, no se restringe la autonomía médica, y se elimina la presión política para el incremento del contenido del plan (Giedion et, al, 2014).

Los criterios de priorización utilizados son múltiples y varían según el país, sin embargo, los más utilizados son efectividad y seguridad de la intervención, severidad de la enfermedad, costo efectividad de la intervención, calidad de los datos, prioridades nacionales e internacionales, entre otros. (Yamin & Gloppen, 2013; y Giedion et, al, 2014) Otro elemento trascendental es la deliberación frente a la lista, sea positiva o negativa, por el valor que se le otorga a la participación en el marco de los derechos. En relación con la

razonabilidad se han propuesto cuatro condiciones para la rendición de cuentas: publicidad de las decisiones y los motivos de los límites directos e indirectos; pertinencia o razonabilidad de las explicaciones del modo en que los criterios ayudaron a satisfacer las necesidades frente a la limitación de recursos; revisión/apelación de las decisiones a través de mecanismos de impugnación en casos atípicos y a la luz de nuevos argumentos o evidencia, y regulación voluntaria o pública del proceso con el fin de garantizar las tres primeras condiciones (Daniels, 2008). Estos criterios conectan las decisiones con un proceso educativo, deliberativo y democrático y evitan procesos con criterios eminentemente técnicos, pero ilegítimos social y políticamente.

Los procedimientos de ampliación progresiva y exclusión de los beneficios que garantizan el derecho a la salud son dinámicos y cuentan con multi-actores responsables que trabajan de manera coordinada para:

- i. monitorear los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico de la población;
- ii. identificar las tecnologías y servicios nuevos a nivel mundial;
- iii. incluir las actividades, intervenciones o procedimientos en la CUPS;
- iv. clasificar las tecnologías y servicios según el valor terapéutico en el caso de los medicamentos y dispositivos;
- v. adelantar las evaluaciones de tecnologías en salud pertinentes no incluidos en el plan y de las que solicitan ingreso al país;
- vi. fijar el precio de medicamentos y dispositivos en los casos previstos en el artículo 72 del Plan Nacional de Desarrollo;
- vii. adelantar el registro sanitario en caso de dispositivos o medicamentos nuevos;
- viii. analizar el nivel de protección financiera que una tecnología o servicio brinda a los afiliados;
- ix. llevar a las instancias deliberativas y participativas la tecnología o servicio para la toma de decisiones, explicados en detalle en el numeral anterior; y
- x. monitorear el dinámico mercado de tecnologías en salud para proponer y estudiar nuevas tecnologías a incluir en el plan o



reevaluar la inclusión, exclusión o supresión de otras a partir de nueva evidencia disponible.

Esto se concreta en un procedimiento de exclusiones y dos de ampliación progresiva que se describen a continuación.

## 2.1. Procedimiento de actualización del Plan de Beneficios

La actualización del plan de beneficios es un proceso constante, de revisión integral, participativo e incremental desde el año 2009 y es realizada en cada bienio, con ajustes puntuales cuando se requiere en el intermedio del periodo.<sup>13</sup> Este proceso consta de cuatro etapas claramente definidas: (i) la priorización, (ii) el análisis técnico científico, (iii) la participación y (iv) la decisión. Cada una de estas etapas se describe a continuación:

La revisión integral y las restricciones de recursos llevan a un proceso de priorización de prestaciones de salud. En el 2015, al entrar en vigencia la Ley Estatutaria, las actualizaciones de 2009, 2012 y 2013 habían dado respuesta a necesidades en salud de la población general, atendiendo los criterios de las enfermedades que tienen mayor peso en la carga de enfermedad y el perfil epidemiológico. Es por eso que para el 2015, el proceso de actualización se dirige a patologías que dada su frecuencia no aportan de manera significativa a los criterios demográficos y epidemiológicos señalados en la Ley y se prioriza sobre enfermedades de baja prevalencia como las enfermedades huérfanas o raras.

Al interior de la Mesa de Enfermedades Huérfanas, organizada por el Ministerio de Salud y Protección Social en 2013 y conformada por las asociaciones y agremiaciones de pacientes, las sociedades científicas y el Ministerio, se priorizaron las ayudas diagnósticas para estas enfermedades, precisando que, para esa fecha, alrededor del 60% de

---

<sup>13</sup> "La actualización del POS es un proceso que debe tener los elementos determinantes del goce efectivo del derecho a la salud de la población, tales como responder a las necesidades de la población, a las necesidades en materia de protección financiera, a los elementos esenciales de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud. Es importante resaltar que estos elementos cambian constantemente en el tiempo, de lo cual se deriva que los planes de beneficios no deben ser estáticos, sino que por el contrario, deben ser actualizados permanentemente para que se mantengan adecuados frente a las condiciones cambiantes en la población." Ministerio de Salud y Protección Social (2009) Documento para la garantía y protección del derecho a la salud de los colombianos - Actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud. Elaborado sobre la Orden 17 de la Sentencia T-760 de 2008

las tecnologías en salud para diagnóstico de estas patologías se encontraban en el Plan de Beneficios.

Finalizada la priorización, se continúa con el proceso de análisis técnico científico que selecciona las intervenciones para el plan de beneficios basada en la evidencia científica, analizada por medio de la Evaluación de Tecnologías en Salud (ETS), en función de criterios técnicos, económicos y sociales. Se ha contado con la participación del cuerpo médico y los usuarios, en busca de una asignación más efectiva y eficiente de recursos para la salud.

En la actualización de 2015, el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) realizó las evaluaciones de las tecnologías priorizadas. Tenían como objetivo evaluar la validez de las ayudas para el diagnóstico y confirmación diagnóstica de las enfermedades huérfanas. La metodología tuvo en cuenta aspectos específicos para las patologías en estudio, como que la evidencia disponible de alta calidad es escasa para enfermedades huérfanas, la calidad de los estudios es heterogénea y el uso de los resultados debía ser prudente, a menos que los estudios analizados permitieran conclusiones contundentes.

Durante las evaluaciones se contó con la participación de los especialistas para el refinamiento de la pregunta de investigación y aclaración de desenlaces. En suma, el IETS analizó 16 ayudas diagnósticas y el reporte final concluyó que frente a la validez diagnóstica para 5 tecnologías no se encontró evidencia para concluir, para 2 tecnologías no había evidencia y las 9 restantes eran candidatas a inclusión. Se estudiaron patologías como la Mucopolisacaridosis I y II, Fibrosis Pulmonar Idiopática, Enfermedad de Gaucher 1 y 2, Enfermedad de Bechet, entre otras.

Otro elemento fundamental en las actualizaciones es el proceso de participación dado que se hace necesaria la combinación de procesos técnicos y sociales que permitan que las actualizaciones del plan de beneficios respondan no solo a los criterios normativos y técnicos sino a una escala de valores sociales y culturales identificados con los ciudadanos; sean aceptadas y legítimas para todos los integrantes del Sistema y se facilite la implementación. En el 2015, el acto administrativo de la actualización se publicó para observaciones y algunas de ellas fueron acogidas y consignadas en el acto final (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Adicionalmente, se reglamentó el desarrollo de la estrategia de participación ciudadana para la ampliación progresiva y exclusiones del plan de beneficios y cuyos objetivos son desarrollar espacios virtuales o presenciales para el análisis, consulta de opinión, indagación de preferencias y percepciones de los actores del sistema, acerca de las metodologías y



los aspectos que contribuyan en la toma de decisiones; dar a conocer los resultados de la aplicación de las metodologías y los procesos de participación ciudadana; y contar con la base de datos de usuarios que permitan realizar las convocatorias respectivas (Circular 060, 2015).

Se contemplaron las siguientes formas de participación: participación virtual de la ciudadanía y encuestas; encuentros regionales con las asociaciones de usuarios, asociaciones de pacientes, veedurías ciudadanas, COPACOS, comunidad médico-científica y otras organizaciones; consensos, encuestas y consultas a expertos de diferentes especialidades médicas, comunidad médica, científica y profesionales de la salud; consensos, encuestas o consultas a otros integrantes del sistema; y socialización y divulgación de las decisiones que se adopten.

El proceso de decisión incluye la recomendación y la decisión propiamente dicha y tiene como objetivo la definición de:

- i. las prestaciones de salud incluidas a la luz de los criterios de ley y de la jurisprudencia, proceso de inclusiones;
- ii. las prestaciones de salud no incluidas en el plan de beneficios, pero que serán objeto de evaluación gradual, proceso de actualización;
- iii. las prestaciones de salud suprimidas de los planes de beneficios, proceso de supresiones; y
- iv. la inclusión de los criterios de sostenibilidad del sistema de salud y de financiamiento en los procesos anteriores.

En todos los casos, se indicaron las razones específicas por las cuales se tomaron las decisiones en cada uno de los informes de las actualizaciones que reposan en la Corte Constitucional. (Auto 410, 2016) Las decisiones de actualización de 2015 fueron adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, previa recomendación de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud (Decreto 2562, 2012), que tiene como objeto la asesoría en los temas referentes a la formulación de política del plan de beneficios y está conformada por el Ministro de Salud, el Ministro de Hacienda y Crédito Público y el Director del Departamento Nacional de Planeación o un delegado, el Director del IETS y el delegado del Presidente de la República. Finalmente las decisiones son tomadas por el Ministro de Salud y Protección Social.

## **2.2. Procedimiento técnico - científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías que no podrán ser financiados con recursos públicos asignados a la salud**

La Ley Estatutaria de Salud fijó unos límites para las prestaciones de salud garantizadas con recursos públicos y estableció los siguientes criterios en el artículo 15:

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

Adicionalmente, en el tercer inciso del mismo artículo se estableció que los servicios o tecnologías que cumplieran con esos criterios serían explícitamente excluidos por el Ministerio o la autoridad competente, “previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad.” En el párrafo primero del mismo artículo se definió un plazo de dos años para que el Ministerio implementara lo señalado en el artículo.

En cumplimiento de lo expuesto, se expidió la Resolución 330 de 2017, que adoptó el procedimiento técnico-científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías que no podrán ser

financiados con recursos públicos asignados a la salud. Este consta de cuatro fases:

- i. La fase de nominación y priorización consiste en la identificación de las tecnologías y servicios en salud previa asociación a uno de los criterios de exclusión por parte de los actores del sistema; la divulgación y comunicación para objeciones, observaciones o aportes, análisis; y la priorización de las nominaciones.
- ii. La fase de análisis técnico científico inicia con la revisión de la evidencia y emisión de concepto técnico por parte del IETS, luego el Grupo de Análisis Técnico-Científico conformado por los expertos de las asociaciones de profesionales, analizarán la evidencia y, a través de un consenso, realizarán un concepto y recomendación técnica para declarar una tecnología candidata a exclusión o no.
- iii. La fase de consulta a pacientes potencialmente afectados y ciudadanía incluye una participación directa y representativa para consultar la opinión de los pacientes potencialmente afectados y de la ciudadanía, acerca de la conveniencia de declarar la tecnología nominada como una exclusión. Con el fin de garantizar la transparencia serán garantes del proceso las veedurías ciudadanas en salud y la Defensoría del Pueblo; y
- iv. La fase de adopción y publicación se realiza con base en el consolidado de las opiniones de las asociaciones de usuarios y pacientes potencialmente afectados y los conceptos y las recomendaciones del Grupo de Análisis Técnico Científico y estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.

Este procedimiento es producto del trabajo de los últimos dos años y de la Circular 60 de 2015 que se expidió en desarrollo de los artículos 12 y 15 de la Ley Estatuaria de Salud, en la cual el Ministerio emprendió una misión de consolidar la formulación del procedimiento a través de los encuentros regionales que han tenido como punto de encuentro diferentes ciudades del territorio nacional, tales como: Santiago de Cali, Bogotá, Medellín, Barranquilla, San Juan de Pasto, Pereira, Valledupar, Mitú y Bucaramanga.

Dichos encuentros contaron con la participación de todos los actores del sistema de salud (usuarios, pacientes, sociedades científicas, EPS, IPS y demás actores del sistema) y el trabajo de recolección de insumos se ha plasmado en la construcción del procedimiento, que se ejecutó de forma pública, colectiva, participativa y transparente.

### 2.3. Procedimiento de ingreso de medicamentos y dispositivos por medio del artículo 72 del PND

El Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (Ley 1753, 2015) en concordancia con la Ley Estatutaria de Salud estableció en los artículos 71 y 72 un fortalecimiento del procedimiento de ingreso y dispositivos médicos al país encaminados a mejorar el estado de salud de la población con base en la asignación justa de los recursos y en los principios distributivos en salud. Es decir, que las tecnologías en salud con mayor valor terapéutico serán privilegiadas en la asignación de recursos públicos.

El fortalecimiento del procedimiento de ingreso de medicamentos y dispositivos médicos facilita el discernimiento en la selección de tecnología en salud que aportan mayores ganancias en salud para los pacientes y que serán financiadas con recursos públicos. Para ello se realizará lo siguiente:

- i. Definición del procedimiento y criterios para determinar los medicamentos y dispositivos médicos que serán objeto del mecanismo para la expedición o renovación del registro sanitario por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.
- ii. Evaluación de los medicamentos y los dispositivos médicos seleccionados por parte del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).
- iii. Definición del precio de los medicamentos y los dispositivos médicos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social con base en la evaluación del IETS.
- iv. Regulación de los márgenes de distribución y comercialización y definición de la metodología y los mecanismos de regulación de precios de medicamentos por parte de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos o Dispositivos, por delegación del Gobierno Nacional.
- v. Expedición o renovación el registro sanitario por parte del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) previa evaluación y determinación del precio de la tecnología.

De esta manera se podrá analizar y definir el aporte terapéutico de los medicamentos y dispositivos médicos seleccionados que ingresen al país, en comparación con las tecnologías en salud disponibles en el

mercado de aseguramiento en salud y definir el precio de ingreso al país.

El Plan Nacional de Desarrollo también prevé de manera complementaria la negociación centralizada de medicamentos, insumos y dispositivos. Los precios resultantes de estas negociaciones serán de obligatorio cumplimiento para los agentes, de tal manera que no se podrán transar por encima de estos entre proveedores y compradores. Con esto se busca no solo la eficiencia en la adquisición de estas tecnologías en salud al negociar el precio por volumen teniendo en cuenta la demanda potencial sino también la selección de las tecnologías con mayor valor terapéutico.

En consecuencia, se está adelantando la compra centralizada para el caso del medicamento en el tratamiento de Hepatitis C a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En esta compra podrán participar y concurrir en el financiamiento las entidades territoriales para garantizar el acceso de los afiliados al régimen subsidiado.

### 3. Políticas públicas en salud

Para asumir los retos que establece la Ley Estatutaria de Salud, basados en los principios fundamentales de accesibilidad, integralidad, equidad, entre otros, el Ministerio ha desarrollado diferentes políticas y acciones que se describen a continuación, unas dirigidas a la implementación de un nuevo modelo y la consolidación de los resultados obtenidos por el sistema.

#### 3.1. Política Pública de Salud – Política de Atención Integral en Salud

Política de Atención Integral en Salud (PAIS) fue adoptada mediante la Resolución 0429 de 2016, en desarrollo de lo establecido en el artículo 2 de la Ley Estatutaria en Salud y del artículo 65 de la Ley 1753 de 2015. La definición de la política integral en salud se ha enfocado en: i) la atención primaria en salud, ii) la salud familiar y comunitaria, iii) la articulación de actividades individuales y colectivas, y iv) la dimensión poblacional y diferencial.

La política se ha centrada en el usuario y está basada en el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), para la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar todas las fases de la atención en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución.

La PAIS atiende el contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud y de la seguridad social en salud a la garantía de dicho derecho, generando un cambio de prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades e intereses de los integrantes a los objetivos de la regulación, que centra el sistema en el ciudadano.

Las fases de la política son: la caracterización poblacional de acuerdo al Plan Decenal de Salud Pública; la adopción de Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS); la redefinición del rol del asegurador y del sistema de incentivos; y el fortalecimiento de la Gestión Integral del Riesgo en salud (GIRS), las redes integrales de prestadores de servicios de salud, el Recurso humano en Salud (RHS) y la investigación, innovación y apropiación de conocimiento.

Una docena de departamentos ya anunciaron su intención o están en proceso de implementación del modelo surgido con la PAIS (el Modelo

Integral de Atención en Salud, MIAS). Estos son Boyacá, San Andrés, Huila, Risaralda, Tolima, Vichada, Cauca, La Guajira, Guainía, Chocó, Antioquia y Bogotá, además de las Fuerzas Militares.

### **3.2. Política Pública de Salud – Política de Atención Integral en Salud**

La Política Farmacéutica Nacional tiene por objeto mantener la transparencia en la oferta de medicamentos necesaria para proteger el derecho fundamental a la salud, e incluye la promoción del uso racional de medicamentos; la regulación de precios de medicamentos con iniciativas de pago por valor; el desarrollo de programas especiales de acceso a medicamentos a través de negociación centralizada de precios, programas de gestión de beneficios de medicamentos de alto costo y baja prevalencia; entre otros. (Leyes 1438, 2012 y 1751, 2015; y Conpes Social No 155, 2012)

### **3.3. Unificación de las reglas de afiliación del aseguramiento en salud**

Por medio del Decreto 2353 de 2015 y Decreto 780 de 2016 se unificaron y actualizaron las reglas de afiliación del aseguramiento en salud entre los regímenes contributivo y subsidiado para avanzar en la protección al derecho a la salud, en lo relacionado con la garantía a la continuidad y efectividad de los servicios de salud y la protección de poblaciones vulnerables y se crea el Sistema de Afiliación Transaccional –SAT. Esta es una de las estrategias para facilitar, la accesibilidad al sistema de salud señalada en el numeral c del artículo 6 de la Ley Estatutaria y con ello, reducir trámites y procesos para los ciudadanos.

El SAT permitirá actualizar, en línea y en tiempo real, la base de datos de afiliados. Además, elimina cualquier barrera de acceso a los servicios originada en la actualización de bases de datos, y servirá como un único comprobador de derechos de los afiliados. El sistema está en sus primeras fases de implementación. La meta es lograr la consolidación plena y la sensibilización de la población durante el presente año.



## Conclusiones

La Ley Estatutaria es un hito y un ejercicio de coherencia porque recogió la jurisprudencia, las normas anteriores y los compromisos internacionales de Colombia en materia de salud. En estos dos años de implementación de la Ley, el derecho a la salud se ha garantizado con la consolidación de la cobertura universal, la integralidad y la protección financiera a través de las diferentes coberturas que brinda el Sistema Integral de Seguridad Social.

Las prestaciones de salud originadas en la enfermedad general y la maternidad se han garantizado a través de las dos dimensiones del derecho, la colectiva por medio del plan de beneficios que es uno de los más comprehensivos de Latinoamérica, que cubre servicios para todas las enfermedades desde promoción de la salud y prevención de la enfermedad hasta enfermedades de alto costo como cáncer y enfermedad renal crónica, entre otras. Este plan se basa en el aseguramiento en salud universal e integral con un pago *ex - ante* y reconocido a un tercer pagador por persona afiliada.

La dimensión individual se garantiza de manera particular a través de MIPRES y el cumplimiento de las tutelas con un pago *ex - post* al ponerse en evidencia la necesidad. Es financiado por el FOSYGA en el régimen contributivo y por el ente territorial en el régimen subsidiado, con problemas de recursos en este último.

No obstante, la innovación y avances tecnológicos retan la capacidad de respuesta de regulación del Estado frente al valor que aportan y los precios a los que se deberían comprar; los procesos de priorización, evaluación, toma de decisiones y monitoreo y seguimiento de las tecnologías en salud. Adicionalmente, porque se busca una coherencia entre las necesidades y expectativas de la población y la capacidad de respuesta de los Estados.

La garantía del derecho viene acompañada de tres procedimientos para la ampliación y exclusión de prestaciones de servicios de salud:

- i. El procedimiento técnico-científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías que no podrán ser financiados con recursos públicos asignados a la salud, el cual es producto de una consulta amplia a todos los actores del sistema y entra en vigencia este año.
- ii. El procedimiento de ingreso de medicamentos y dispositivos por medio del artículo 72 de la Ley del PND que busca controlar de



manera temprana los precios de estas tecnologías en salud, promover mayor eficiencia técnica y distributiva en la utilización de los recursos y ampliar progresivamente el derecho a la salud de manera dinámica y sostenible.

- iii. El procedimiento de actualización del Plan de Beneficios se consolida a través de sus fases de priorización, análisis técnico científico, participación y la decisión y se fortalece con el procedimiento del artículo 72 de la Ley del PND dado que facilita el acceso, de manera temprana, de los pacientes a tecnologías innovadoras y permite observar los beneficios de la inversión en salud de nuevas tecnologías en tiempo real.

En resumen, Colombia ha cumplido las tres fases propuesta para conciliar los imperativos de garantizar el derecho a la salud y establecer prioridades en salud (Rumbold, et al, 2017):

- i. Priorización con una visión utilitarista, que maximice los beneficios en salud para toda la población e individual, que asegure la atención a cada persona independientemente del costo. Se logra con la realización del derecho a través de las dimensiones colectivas e individuales.
- ii. Procedimientos para la asignación justa de los recursos dedicados a la salud, transparentes y participativos. Incluye tres procedimientos para la ampliación y exclusión de prestaciones de servicios de salud, soportados en el IETS que realiza la evaluación sistemática de tecnologías sanitarias, los procesos de participación; y la acción sobre los determinantes de la salud, a través del PDSP y la PAIS.
- iii. Asignación de recursos al derecho a la salud. El gasto total en salud como porcentaje del PIB pasó de 6,2 en 1993 a 7,2 en 2014 y su composición pasó de ser mayoritariamente privada a pública en un 76%. Lo que ha tenido un impacto en el gasto de bolsillo que pasó del 45% en 1993 al 14% en 2014.

Finalmente, la implementación de la Ley Estatutaria de Salud como una de las prioridades del Ministerio de Salud y Protección Social en los últimos dos años ha implicado también la formulación y ejecución de políticas públicas como la Política de Atención Integral en Salud, La Política Farmacéutica Nacional, y la unificación y actualización de las reglas de afiliación del aseguramiento en salud, entre otras, es decir, la implementación de la Ley ha demandado desde la introducción de herramientas novedosas como el SAT hasta el seguimiento a políticas anteriores a su expedición como la Política Farmacéutica Nacional.

## Bibliografía

- Arias, Jaime et al. (2014) Ley Estatutaria en Salud. Acemi. Xpress Estudio Grafico y Digital S.A.
- Bernal Pulido (2006) Fundamentos, estructura y origen de los derechos sociales. Una crítica a "¿Existen derechos sociales?" de Fernando Atria. Universidad Externado de Colombia, en Discusiones (Publicaciones periódicas) [En línea], <http://descargas.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/12937957558077187421624/015573.pdf?incr=1> Vol. 4, 2004
- Blackstone, William. (1765) Commentaries on the Laws of England, vol 1. Commentaries 69.
- Bolívar, M., et al. (2014) Diálogos construyendo futuro en derechos fundamentales. Una experiencia Latinoamericana sobre procesos de cambio en derecho a la salud y políticas públicas. Colombia. Libro colectivo bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento – Compartir Igual (by-sa). Pág. 47
- Brena, Ingrid (2007) El derecho a la salud. Biblioteca Jurídica del Instituto de Investigaciones Jurídica de la UNAM
- Comisión de Regulación en Salud (2009) Acuerdo 004 de 2009
- Comisión de Regulación en Salud (2010) Acuerdo 011 de 2010
- Comisión de Regulación en Salud (2011) Actualización integral del Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud Año 2011.
- Comisión de Regulación en Salud (2011) Acuerdo 027 de 2011
- Comisión de Regulación en Salud (2011) Acuerdo 029 de 2011
- Comisión de Regulación en Salud (2012) Acuerdo 032 de 2012
- Congreso de Colombia (1993) Ley 0060 de 1993 "Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones"
- Congreso de Colombia (1993) Ley 0100 de 1993 "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones"
- Congreso de Colombia (2002) Ley 0776 de 2002 "Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales"
- Congreso de Colombia (2007) Ley 1122 de 2007 "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"
- Congreso de Colombia (2010) Ley 1392 de 2010 "Por medio de la cual se reconocen las enfermedades huérfanas como de especial interés y se adoptan normas tendientes a garantizar la

- protección social por parte del Estado colombiano a la población que padece de enfermedades huérfanas y sus cuidadores”
- Congreso de Colombia (2012) Ley 1438 de 2012 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"
- Congreso de Colombia (2012) Ley 1562 de 2012 "Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional"
- Congreso de Colombia (2015) Ley 1751 de 2015 "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones"
- Congreso de Colombia (2015) Ley 1753 de 2015: "Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2015-2018 Todos por un nuevo país"
- Congreso de Colombia (2016) Ley 1797 de 2016 "Por la cual se dictan disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"
- Consejo de Europa (1997) Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, de 4 de abril de 1997: "Artículo 3. Recuperado de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2290/37.pdf>
- Consejo Nacional de Política Económica y Social (2012) Conpes Social No. 155 de 2012 "Política Farmacéutica Nacional"
- Constitución Política de Colombia (1991) Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>
- Corte Constitucional (1999) Sentencia SU-624
- Corte Constitucional (2003) Sentencia T- 227
- Corte Constitucional (2003) Sentencia T-772
- Corte Constitucional (2004) Sentencia T-025
- Corte Constitucional (2008) Sentencia T-760
- Corte Constitucional (2012) Sentencia T-283
- Corte Constitucional (2013) Sentencia C-351
- Corte Constitucional (2016) Auto 410 de 2016
- Daniels, N., y Sabin, J. (2002), *Setting Limits Fairly: Can We Earn to Sahare Medical Resource?* Oxford, Oxford University Press.
- Daniels, Norman. (2008), *Just Health. Meeting Health Needs Fairly.* Cambridge , Cambridge University Press.
- Defensoría del Pueblo (2015). *La tutela y los derechos a la salud y la seguridad social 2014.*
- Defensoría del Pueblo (2016). *La tutela y los derechos a la salud y la seguridad social 2015.*
- Gaviria A (2017). *Discurso de grado: en defensa de la complejidad - (Discurso de grado ante los médicos de la Universidad de los Andes)*

- Giedion U, et al. (2014) Planes de beneficios en salud de America Latina: Una comparación regional. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud
- Henao Juan Carlos (2013). El juez constitucional: un actor de las políticas públicas. Revista de Economía Institucional, vol. 15, n.º 29, segundo semestre, pp. 67-102
- Holmes, Stephen; Sunstein, Cass (2011), El costo de los derechos. Por qué la libertad depende de los derechos, Buenos Aires, Siglo XXI.
- Horis Del Prete, Sergio (2016) Sistemas de salud comparados: entre reformas y encrucijadas. México Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social
- Lema, A Carlos. (2009) Salud, Justicia, Derechos. El derecho a la salud como derecho social, Colección Derechos Humanos y Filosofía del Derecho, Dykinson. Pág. 187-189
- Ministerio de Salud y Protección Social (1994) Resolución 5261 de 1994 "Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud"
- Ministerio de Salud y Protección Social (2009) Documento para la garantía y protección del derecho a la salud de los colombianos - Actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud. Sobre la Orden 17 de la Sentencia T-760 de 2008
- Ministerio de Salud y Protección Social (2011). Metodología de actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud)
- Ministerio de Salud y Protección Social (2012) Decreto 2562 de 2012 "Por el cual se modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se crea una Comisión Asesora y se dictan otras disposiciones".
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013) Método de Sondeo de Opinión de Preferencia por parte de los usuarios y comunidad médica en relación con tecnologías en salud (TS) para posible inclusión al POS.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013) Resolución 5521 de 2013 "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2014) Decreto 2702 de 2014 "Por el cual se actualizan y unifican las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud y se dictan otras disposiciones".
- Ministerio de Salud y Protección Social (2014) Metodología para la nominación de tecnologías en salud y formatos para el proceso de actualización del Plan Obligatorio de Salud –POS.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015) Circular 060 Desarrollo de la estrategia de participación ciudadana

- Ministerio de Salud y Protección Social (2015) Decreto 2353 de 2015 "Por el cual se unifican y actualizan las reglas de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se crea el Sistema de Afiliación Transaccional y se definen los instrumentos para garantizar la continuidad en la afiliación y el goce efectivo del derecho a la salud".
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015) Definición de subgrupos de medicamentos por clasificación terapéutica, farmacológica o química y cálculo de valor de reconocimiento. II fase.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015) Metodología para la identificación, selección y ordenamiento para evaluación de ayudas diagnósticas para enfermedades de baja prevalencia (huérfanas, raras), y resultados de su aplicación.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015) Participación ciudadana actividades realizadas año 2015
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015) Resolución 0518 de 2015 "Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión de la Salud Pública y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC)"
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015) Resolución 4678 de 2015 "Por la cual se adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud — CUPS y se dictan otras disposiciones"
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015) Resolución 5592 de 2015 "Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones."
- Ministerio de Salud y Protección Social (2015) Resultados del estudio de concentraciones y/o formas farmacéuticas de medicamentos incluidos en el POS, aclaración de cobertura y definición de valores de reconocimiento para cálculo en la UPC. Informe Técnico. II Fase: formas farmacéuticas sólidas y líquidas estériles para administración parenteral.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016) Decreto 2117 de 2016 "Por el cual se modifican los artículos 2.1.13.9, 2.5.2.2.1.7 Y 2.5.2.2.1.10 Y se adicionan unos artículos en la Sección 1, Capítulo 2, Título 2, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con los procesos de reorganización institucional y las condiciones financieras y de solvencia de las Entidades Promotoras de Salud -EPS."
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016) Decreto 0780 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"



- Ministerio de Salud y Protección Social (2016) Resolución 0429 de 2016 "Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud"
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016) Resolución 1328 de 2016 "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, garantía del suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones"
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016) Resolución 1352 de 2016 "Por la cual se modifica el Anexo Técnico 2 "lista tabular" de la Resolución 4678 de 2015 que adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS"
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016) Resolución 2158 de 2016 "Por la cual se modifica la Resolución 1328 de 2016 en relación con su transitoriedad, vigencia y derogatoria"
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016) Resolución 3951 de 2016 "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y se dictan otras disposiciones"
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016) Resolución 5584 de 2016 "Por la cual se modifican los artículos 38, 93 y 94 de la Resolución 3951 de 2016"
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016) Resolución 6408 de 2016 "Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016) Valores máximo de reconocimiento para cálculo en la prima por expuestos y grupo de medicamentos: Estudio técnico para la vigencia 2017.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2017) Resolución 0330 de 2017 "Por la cual se adopta el procedimiento técnico-científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías que no podrán ser financiados con recursos públicos asignados a la salud y se establecen otras disposiciones"
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016) La tutela en salud. Informe de cumplimiento Orden 30 de la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional.
- Mittelmark, M. (2001), "Promoting social responsibility for health: health impact assessment and healthy public policy at the community level", en Health Promotion International, vol. 16, núm. 3, Pág: 269-274.
- Naciones Unidas (2015). Estándares internacionales sobre el derecho a la salud en el sistema de las Naciones Unidas. Impresol Ediciones. Pág. 33.

- Palacio, Jorge (2015) El punto ciego en el derecho a la salud efectiva. Entre el simbolismo y la evidencia social. Conferencista. Acemi
- Posner. Richard A. (2011), *Cómo deciden. Los jueces*. Madrid, Barcelona, Buenos Aires.
- Rumbold, Benedict et al. (2017). Universal health coverage, priority setting, and the human right to health *The Lancet*, Published Online April 26, 2017 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30931-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30931-5)
- Salazar Ligia (2009) Efectividad en Promoción de la Salud y Salud Pública. Reflexiones sobre la práctica en América Latina y propuestas de cambio. Universidad del Valle - Programa Editorial Pag 39-41
- Sierra C., G. de J. (2009) El juez constitucional: un actor regulador de las políticas públicas. El caso de la descentralización en Colombia, Bogotá Editorial Universidad del Rosario, Pág 15, 64-65.
- Steiner John Jr. (2014). *Problems in Health Care Law: Challenges for the 21st Century*. Tenth edition. Jones & Barlett Learning. Pag. 300-301
- Yamin, A. E., & Gloppen, S. (2013), *La lucha por los derechos de la salud: ¿Puede la justicia ser una herramienta de cambio?* / Alicia Ely Yamin (1a. ed. --.). Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.