



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)
IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XIX - N° 913

Bogotá, D. C., miércoles, 17 de noviembre de 2010

EDICIÓN DE 48 PÁGINAS

DIRECTORES:

EMILIO RAMÓN OTERO DAJUD
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

JESÚS ALFONSO RODRÍGUEZ CAMARGO
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 01 DE 2010 SENADO Y SUS ACUMULADOS, 106 CÁMARA (MAYORITARIA)

por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C.

Senadora

DILIAN FRANCISCA TORO TORRES

Presidente

Comisiones Séptimas Conjuntas

Senado de la República y Cámara de Representantes

Ciudad

Referencia: Informe de Ponencia para Primer Debate al **Proyecto de ley número 01 de 2010 Senado**, por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y se dictan otras disposiciones. **Acumulado con el Proyecto de ley número 95 de 2010 Senado**, por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. **Proyecto de ley número 143 de 2010 Senado**, por la cual se eliminan barreras de acceso en los servicios de salud y se dinamizan los procesos de atención, **Proyecto de ley número 147 de 2010 Senado**, por la cual se reforma parcialmente la ley 1122 de 2007 y se dictan otras disposiciones, **Proyecto de ley número 160 de 2010 Senado**, por la cual se modifica parcialmente el artículo 224 de la ley 100 de 1993, **Proyecto de ley número 161 de 2010 Senado**, por la cual se contribuye al fortalecimiento de las condiciones laborales y humanas de los estudiantes, trabajadores y profesionales de la salud y se fomenta la participación ciudadana en la prestación y administración de los servicios de salud, **Proyecto de ley número 182 de 2010 Senado**, por la cual

se establecen medidas para fortalecer el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, Proyecto de ley número 111 de 2010 Cámara, por la cual se modifican algunos Artículos de las leyes 100 del 26 de diciembre de 1993 y 1122 de 2007, **Proyecto de ley número 126 de 2010 Cámara**, por la cual se regula el servicio público de seguridad social en salud, se sustituye el Libro II de la ley 100 de 1993, se adopta el Estatuto Único del Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, **Proyecto de ley número 035 de 2010 de iniciativa gubernamental**, por la cual se dispone lo relativo al financiamiento del defensor del usuario, y **Proyecto de ley número 087 de 2010 Cámara**, por la cual se modifican algunos artículos de las leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007.

PLIEGO DE MODIFICACIONES AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 01 DE 2010 SENADO Y SUS ACUMULADOS

Señora Presidenta:

En cumplimiento de la designación que nos fue encomendada, presentamos el pliego de modificaciones e informe para primer debate en las Comisiones Séptimas Conjuntas al Proyecto de ley número 01 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 95 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 143 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 147 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 160 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 161 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 182 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 111 de 2010 Cámara y Proyecto de ley número 126 de 2010 Cámara, Proyecto de ley número 035 de 2010 de iniciativa gubernamental y Proyecto de ley número 087 de 2010 Cámara, por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

1. ANTECEDENTES

Tras realizar los estudios económicos y jurídicos pertinentes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, algunos congresistas de diferentes partidos políticos radicaron ante el Congreso de la República los proyectos que nos ocupan, los cuales, por tratarse de una modificación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponde por competencia a las Comisiones Séptimas Permanentes del Congreso de la República, de conformidad con lo establecido en la ley 3ª de 1992.

Dada la importancia de los proyectos que nos ocupan, el Gobierno Nacional radicó Mensajes de Urgencia ante la Secretaría General, tanto del Senado de la República como de la Cámara de Representantes el pasado 21 de septiembre y el 8 de noviembre del año en curso, solicitando la autorización para realizar Sesiones Conjuntas de las Comisiones Séptimas del Congreso de la República para el estudio y aprobación de los proyectos que trata la presente ponencia. Esta autorización se materializó para el caso del Senado de la República en las Resoluciones número 047 de septiembre 28 y número 03 del 28 de octubre y para la Cámara de Representantes en las Resoluciones números 2774 de octubre 5 y 3173 del 9 de noviembre de 2010.

En su oportunidad, cada una de las honorables Mesas Directivas de las Comisiones Séptimas Permanentes, designaron a los abajo firmantes como ponentes de la iniciativa, designación dentro de la cual fuimos incluidos dignos representantes de los distintos partidos políticos y regiones del país, los cuales adelantamos un productivo proceso de concertación con el Gobierno Nacional que culminó en un acuerdo sobre los principios que soportan la reforma que nos ocupa, los cuales se plasmaron en este informe de ponencia que se pone a consideración de las Comisiones Séptimas Conjuntas.

La misión que ahora emprende el Congreso de la República es de la mayor relevancia histórica, dado que en la adecuada regulación que se expida, dependen muchas vidas humanas y se cifra el bienestar de la población, la credibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la legitimidad del Estado Social de Derecho. Por lo anterior, en asocio con el Gobierno Nacional, se han adelantado mecanismos de participación en torno a esta reforma. Se realizaron sendas audiencias regionales y una serie de mesas temáticas en donde se abordaron los principales problemas del SGSSS y del sector salud en general. La participación en las mismas fue masiva, respondió con creces a la convocatoria realizada y llamó la atención especial de los actores del sector y la población en general.

Las Audiencias Regionales que se realizaron en Cali, Sincelejo, Medellín, Bogotá, Ibagué, Pereira, Riohacha y Pasto, y fueron lideradas por los congresistas de cada una de las regiones que se agruparon en las diferentes ciudades. El principal objetivo de estas audiencias fue escuchar a los ciudadanos y a los diferentes actores del SGSSS, los cuales manifestaron su percepción. Algunas de las opiniones más recurrentes estuvieron orientadas a la necesidad

de contar con una atención oportuna y de calidad de los servicios en salud, a la unificación y actualización del Plan de Beneficios, a la sostenibilidad del Sistema de Salud; y a garantizar la universalidad del aseguramiento y la Portabilidad Nacional para poder acceder a los servicios de salud en el cualquier rincón del país. En relación con el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control, los colombianos reclaman el fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud y su presencia en los diferentes territorios, con el fin de que pueda ejercer sus funciones con carácter preventivo y proteger los recursos del SGSSS. Finalmente, respecto a la estrategia de Atención Primaria en Salud, consideran que ponerla en práctica permitirá al país disminuir los costos de atención en los mayores niveles de complejidad; debido a que el énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad otorga un mayor grado de resolutivez en el primer nivel de atención.

Por otro lado, las Mesas Temáticas realizadas los días 21, 22, 23, 27, 28, 29 y 30 de septiembre, se constituyeron en un espacio de discusión técnica sobre temas críticos del sector salud en el país. Los actores institucionales del sistema produjeron en cada una de las mesas un conjunto de recomendaciones sobre las reformas y ajustes estructurales que se consideran necesarios.

El producto final es un documento que contiene las relatorías de cada una de las siguientes mesas:

- a) Rectoría y Estructura
- b) Talento Humano en Salud
- c) Promoción de la Salud
- d) Salud Pública
- e) Aseguramiento
- f) Evaluación de Tecnologías
- g) Atención Primaria en Salud
- h) Prestación de Servicios
- i) Inspección, Vigilancia y Control
- j) Financiamiento
- k) Usuarios del Sistema
- l) Política Farmacéutica.

Los resultados y recomendaciones de estas mesas fueron analizados en su totalidad. Algunas de las recomendaciones que se consideraron pertinentes y viables fueron incluidas en este proyecto, otras serán atendidas en los procesos de reglamentación de esta y otras leyes, en la formulación del Plan Nacional de Desarrollo, y de administrativas por parte del Gobierno Nacional.

El día 10 de noviembre de 2010 se radicó en el despacho de la Comisión VII de Senado de la República solicitud de los Ministros de la Protección Social y Ministro de Hacienda y Crédito Público, dirigida a los honorables Senadores y Representantes coordinadores ponentes del Proyecto de ley 001 de 2010 Senado y sus acumulados. Esta solicitud se refiere a la adición de unos artículos específicos en el texto del documento de ponencia para primer debate del Proyecto de ley 001/10 (S) y sus acumulados, los dichos artículos se refieren a redistribución

de recursos del sistema general de participaciones y recursos de aseguramiento. De acuerdo al asunto de los artículos se exige un origen gubernamental y trámite de ley orgánica.

Como el reto que nos ocupa es de grandes dimensiones, es preciso enfocar esta ponencia desde una perspectiva amplia de análisis que permita dimensionar el esfuerzo que se realiza y darle el sentido que corresponde dentro de nuestro Estado Social de Derecho.

Las reformas que a renglón seguido se describen, convergen en estructurar una reforma que responde a los retos planteados y que adicionalmente incluye elementos que han surgido de la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El articulado incluye aportes de la honorable Corte Constitucional, aportes de la academia y las asociaciones científicas, de representantes del sector y del gobierno. Este proyecto tiene como fin último alinear el sistema de salud en pro de la garantía de un servicio de salud eficiente y de calidad para todos los colombianos.

2. OBJETO Y CONTENIDO DE LA INICIATIVA LEGISLATIVA

A. Proyecto de ley número 01 de 2010 Senado, por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y se dictan otras disposiciones.

Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante una política de Atención Primaria en Salud, que permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para la salud y la creación de un ambiente sano. Asimismo, se fortalece la rectoría, la acción sostenible y conjunta de los actores del sistema, a partir de incentivos transparentes y efectivos que se basen en la acción responsable y el seguimiento científico y riguroso de resultados e indicadores, lo que permitirá universalizar la cobertura con sostenibilidad, calidad, oportunidad, continuidad y movilidad de la afiliación. Por último este proyecto busca fortalecer la inspección, la vigilancia y el control.

B. Proyecto de ley número 95 de 2010 Senado, por la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

La presente ley modifica y reordena el Sistema General de Seguridad Social en Salud con el objetivo central de fortalecerlo y con los siguientes objetivos relacionados: i) lograr la universalidad en la cobertura del aseguramiento en salud, el acceso real de los ciudadanos a los servicios de salud definidos en los Planes de Beneficios de ambos regímenes a más tardar el 31 de marzo de 2011. Reestructurar y mejorar el financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en términos del flujo de recursos, eficiencia y el uso transparente y adecuado de los mismos, ii) reordenar y mejorar el sistema de Inspección, Vigilancia y Control, incluyendo la descentralización del mismo, iii) lograr el equilibrio contractual y operativo entre aseguradores y prestadores de salud del Sistema General de

Seguridad Social en Salud, iv) desarrollar los mecanismos necesarios para fortalecer y ejecutar las políticas, planes y proyectos de la salud pública, mediante la determinación de competencias en la dirección, regulación y supervisión del Sistema General de Seguridad Social en Salud, v) reorganizar el Sistema General de Seguridad Social en Salud y responsabilizar a los actores del Sistema con funciones y competencias, teniendo como finalidad el logro de resultados en salud definidos y evaluados con base en indicadores de resultado e impacto, vi) poner en funcionamiento el Sistema de Información del Sistema Único en Salud, vii) reafirmar que sea el aseguramiento el modelo financiero en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, optimizar el flujo, la eficiencia y el uso adecuado de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, haciéndolo de destinación específica para la prestación de servicios de salud; y viii) Garantizar el goce efectivo de la salud en todo el país para los afiliados al SGSSS desde el porte del seguro de salud.

C. Proyecto de ley número 143 de 2010 Senado, por la cual se eliminan barreras de acceso en los servicios de salud y se dinamizan los procesos de atención.

Este proyecto tiene por objeto la eliminación de las barreras de acceso en salud; tales como, copagos y cuotas moderadoras en la prestación de servicios ambulatorios, hospitalarios y en la entrega de medicamentos. Lo que incluye la eliminación de los periodos de carencia, la prohibición de gestión de autorizaciones por parte de los usuarios o de sus familiares, garantizar la oportunidad y el acceso geográfico en la atención en salud.

D. Proyecto de ley número 147 de 2010 Senado, por la cual se reforma parcialmente la ley 1122 de 2007 y se dictan otras disposiciones.

Este proyecto de ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se introducen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

E. Proyecto de ley número 160 de 2010 Senado, por la cual se modifica parcialmente el artículo 224 de la ley 100 de 1993.

El proyecto de ley pretende aumentar los ingresos del Fondo de Solidaridad y Garantías (Fosyga) mediante el incremento del impuesto social de armas de fuegos, explosivos y municiones con el objeto de: i) aumentar la atención de las víctimas que han sufrido daño en su integridad física en accidentes de tránsito, atentados terroristas, catástrofes y otros eventos, ii) ampliar el alcance y la usos de los recursos de las subcuentas de compensación, iii) solidificar la financiación del pago de licencias por incapacidad y licencias de maternidad, iv) acre-

centar los ingresos para el reconocimiento y pago de atención y medicamentos no estipuladas en el POS, v) fortalecer las investigaciones para obtener una base de datos unificada de los afiliados al sistema de seguridad social, evitar las multiafiliaciones y tener una base de datos de las historias clínicas de los pacientes en forma organizada, vi) elevar la afiliación de la población pobre y vulnerable al régimen subsidiado del régimen de seguridad social en salud; y vii) permitir la financiación de campañas preventivas de educación de enfermedades terciarias y prevenibles.

F. Proyecto de ley número 161 de 2010 Senado, por la cual se contribuye al fortalecimiento de las condiciones laborales y humanas de los estudiantes, trabajadores y profesionales de la salud y se fomenta la participación ciudadana en la prestación y administración de los servicios de salud.

El proyecto de ley tiene como propósito establecer lineamientos para adoptar una jornada laboral y fijar condiciones salariales adecuadas para los profesionales, trabajadores y estudiantes de la salud, conforme lo establece la normatividad laboral y crear mecanismos de participación ciudadana, tanto de usuarios, como de profesionales de la salud, buscando mayor eficiencia y eficacia, en la prestación y administración de los servicios de salud, a través de la creación de comités o veedurías de la salud.

G. Proyecto de ley número 182 de 2010 Senado, por la cual se establecen medidas para fortalecer el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Este proyecto consagra disposiciones que pretenden fortalecer el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control de la Superintendencia Nacional de Salud a través de medidas que coadyuven al cumplimiento de esta función por parte de esta entidad, en pro del mejoramiento del SGSSS.

H. Proyecto de ley número 035 de 2010 Cámara, por la cual se dispone lo relativo al financiamiento del Defensor del Usuario en Salud.

I. Proyecto de ley número 087 de 2010 Cámara, por la cual se modifica la ley 100 de 1993, y se regula el Régimen de Salud para los colombianos residentes en el exterior.

J. Proyecto de ley número 111 de 2010 Cámara, por la cual se modifican algunos artículos de las leyes 100 del 26 de diciembre de 1993 y 1122 de 2007.

Este proyecto de ley consagra disposiciones respecto a los beneficiarios del Régimen Subsidiado y la administración de este, así como referentes a la Contratación en el Régimen Subsidiado y de EPS Públicas del Régimen Contributivo.

K. Proyecto de ley número 126 de 2010 Cámara, por la cual se regula el servicio público de seguridad social en salud, se sustituye el Libro II de la Ley 100 de 1993, se adopta el Estatuto Único del Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Este proyecto de ley regula integralmente el Sistema de Seguridad Social en Salud, define el mode-

lo de prestación del servicio público para la efectividad del derecho de atención en salud para todos los residentes en Colombia y establece el esquema de rectoría, operación, financiación, seguimiento, medición de resultados y condiciones de prestación del mismo, a partir de las disposiciones constitucionales y de lo dispuesto por la ley estatutaria en trámite en el Congreso de la República.

1. MARCO JURÍDICO DEL PROYECTO

El Proyecto de ley número 1 de 2010 Senado a que se refiere esta ponencia cumple con lo establecido en el artículo 140 numeral 1 de la Ley 5ª de 1992; se trata de una iniciativa Congressional presentada por la Senadora Dilian Francisca Toro Torres y el Senador Jorge Ballesteros, quienes tienen la competencia para tal efecto. El Proyecto de ley número 95 de 2010 Senado a que se refiere esta ponencia cumple con lo establecido en el artículo 140 numeral 1 de la ley 5ª de 1992; se trata de una iniciativa Congressional presentada por el Senador Eduardo Carlos Merlano, quien tiene la competencia para tal efecto. El Proyecto de ley número 143 de 2010 Senado a que se refiere esta ponencia cumple con lo establecido en el artículo 140 numeral 1 de la ley 5ª de 1992; se trata de una iniciativa Congressional presentada por el Senador Luis Carlos Avellana y otros, quienes tienen la competencia para tal efecto. Los Proyectos de ley números 147 de 2010 Senado, ley 160 de 2010 Senado y Proyecto de ley número 182 de 2010 Senado, a que se refiere esta ponencia cumple con lo establecido en el artículo 140 numeral 1 de la ley 5ª de 1992; se trata de una iniciativa Congressional presentada por el Senador Antonio Correa, quien tiene la competencia para tal efecto. El Proyecto de ley número 161 de 2010 Senado, a que se refiere esta ponencia cumple con lo establecido en el artículo 140 numeral 1 de la ley 5ª de 1992; se trata de una iniciativa Congressional presentada por el Senador Carlos Baena, y otros, quienes tienen la competencia para tal efecto. El Proyecto de ley número 111 de 2010 Cámara, a que se refiere esta ponencia cumple con lo establecido en el artículo 140 numeral 1 de la ley 5ª de 1992; se trata de una iniciativa Congressional presentada por el Representante Jorge Hernán Mesa Botero, quien tiene la competencia para tal efecto. El Proyecto de ley número 035 de 2010 Cámara, a que se refiere esta ponencia cumple con lo establecido en el artículo 140 numeral 2 de la ley 5ª de 1992; se trata de una iniciativa gubernamental presentada por el señor Ministro Diego Palacio Betancourt, quien tiene la competencia para tal efecto. El Proyecto de ley número 087 de 2010 Cámara, a que se refiere esta ponencia cumple con lo establecido en el artículo 140 numeral 1 de la ley 5ª de 1992; se trata de una iniciativa Congressional presentada por el Representante Óscar de Jesús Marín y el Senador Eugenio Prieto Soto, quienes tienen la competencia para tal efecto. Y el Proyecto de ley número 126 de 2010 Cámara, a que se refiere esta ponencia cumple con lo establecido en el artículo 140 numeral 1 de la ley 5ª de 1992; se trata de una iniciativa congressional presentada por el Representante Holger Horacio Díaz Hernández, y otros, quienes tienen la competencia para tal efecto.

Cumple además con los artículos 154, 157, 158 de la Constitución Política referentes a su origen, formalidades de publicidad y unidad de materia. Así mismo con el artículo 150 de la Carta que manifiesta que dentro de las funciones del Congreso está la de hacer las leyes.

4. JUSTIFICACIÓN

4.1 MARCO CONSTITUCIONAL Y LEGAL A. CONSTITUCIÓN POLÍTICA

Artículo 48. *La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.*

Artículo 49. *La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.*

Artículo 13. *Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.*

Artículo 366. *El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación,*

de saneamiento ambiental y de agua potable. Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación.

B. Tratados Internacionales ratificados por Colombia.

El Protocolo de San Salvador, el cual fue declarado exequible por la Corte en Sentencia C-251 de 1997, consagra el derecho a la seguridad social, en los siguientes términos:

Artículo 9°. Derecho a la Seguridad Social:

1. *Toda persona tiene derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez y de la incapacidad que la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa. En caso de muerte del beneficiario, las prestaciones de seguridad social serán aplicadas a sus dependientes.*

2. *Cuando se trate de personas que se encuentran trabajando, el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica y el subsidio o jubilación en casos de accidentes de trabajo o de enfermedad profesional y, cuando se trate de mujeres, licencia retribuida por maternidad antes y después del parto.*

El Código Iberoamericano de Seguridad Social de 1995, aprobado mediante ley 516 de 1999 y declarado exequible por la Corte en Sentencia C-125 de 2000, el cual reconoce la seguridad social como un derecho inalienable del ser humano asumiendo los Estados un compromiso de progresividad en la materia.

Otros instrumentos internacionales a los cuales aludió la Corte en Sentencia C-279 de 2004:

- Protocolo sustitutorio del Convenio Simón Rodríguez de 1991.

- Convenio Iberoamericano de Seguridad Social de Quito (OISS), Ecuador, 1978-el cual fue ratificado por Colombia el 23 de noviembre de 1981 y pretende ser desarrollado por el Acuerdo en estudio, según sus considerandos.

- Declaración Iberoamericana de Seguridad Social de Buenos Aires, de 1972.

Los derechos de los extranjeros en materia de seguridad social se encuentran consagrados en tratados bilaterales suscritos por el Estado colombiano de los cuales, de conformidad con certificación expedida por el Ministerio de Relaciones Exteriores, se encuentra vigente por el momento únicamente el acuerdo sobre seguridad social con Uruguay, aprobado por ley 826 de 2003 y declarado exequible mediante la Sentencia C-279 de 2004.

C. Legislación Colombiana:

Ley 9ª de 1976, *por la cual se dictan Medidas Sanitarias, la cual contiene disposiciones sobre cada uno de los aspectos que incide en el estado de salud de la población.*

Ley 10 de 1990, *por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Esta ley comprende dentro del sistema de*

salud las acciones de “fomento y prevención” incidiendo en la salud de la población y no solamente con la condición de enfermedad, al igual que desarrolla y define las competencias relacionadas con la descentralización en salud.

“Artículo 4°. Sistema de Salud. Para los efectos de la presente ley, se entiende que el Sistema de Salud comprende los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación; que en él intervienen diversos factores, tales como los de orden biológico, ambiental, de comportamiento y de atención, propiamente dicha, y que de él forman parte tanto el conjunto de entidades públicas y privadas del sector salud, como también, en lo pertinente, las entidades de otros sectores que inciden en los factores de riesgo para la salud.

Pertencen al sistema de salud y, por consiguiente, están sometidos a las normas científicas para el control de los factores de riesgo para la salud que dicte el Ministerio de Salud, las organizaciones locales y seccionales de salud que autónomamente establezcan los municipios, el Distrito Especial de Bogotá, el Distrito Cultural y Turístico de Cartagena, las áreas metropolitanas y los Departamentos, Intendencias y Comisarías, según el caso, así como las entidades privadas de salud y, en general, todas las entidades públicas y privadas de otros sectores, en los aspectos que se relacionen directa o indirectamente con el Sistema de Salud. Las normas administrativas del sistema de salud serán solamente obligatorias para las entidades del subsector oficial de salud, pero podrán ser convencionalmente adoptadas por las entidades privadas, en desarrollo de lo dispuesto por el artículo 23 de esta ley. A las entidades de seguridad y previsión social y a las del subsidio familiar, se les respetarán sus objetivos, régimen legal, sistema de financiación y autonomía administrativa.

Parágrafo. La obligatoriedad de las normas de que trata este artículo se entiende, sin perjuicio de las normas legalmente aplicables sobre dichas materias, y no implica modificación alguna de la naturaleza y régimen jurídico de las correspondientes entidades.

En consecuencia, las entidades descentralizadas de cualquier grado, creadas o que se creen para la prestación de servicios de salud, pertenecerán al nivel administrativo nacional o de la entidad territorial correspondiente, conforme al acto de creación. Así mismo, las fundaciones o instituciones de utilidad común, las asociaciones o corporaciones sin ánimo de lucro y, en general, las personas privadas, naturales o jurídicas que presten servicios de salud, seguirán rigiéndose plenamente por las normas propias que les son aplicables”.

“Artículo 6°. Responsabilidades en la Dirección y Prestación de Servicios de Salud. Conforme a lo dispuesto en el artículo 1o., de la presente ley, y sin perjuicio de la aplicación de los principios de subsidiariedad y complementariedad, de que trata el artículo 3° de esta ley, y de las funciones que cumplen las entidades descentralizadas del orden nacional, cuyo objeto sea la prestación de servicios

de previsión y seguridad social, y las que presten servicios de salud, adscritas al Ministerio de Defensa, asignense las siguientes responsabilidades en materia de prestación de servicios de salud:

a) A los municipios, al Distrito Especial de Bogotá, al Distrito Cultural y Turístico de Cartagena y a las áreas metropolitanas, directamente, o a través de entidades descentralizadas municipales, distritales o metropolitanas, directas o indirectas, creadas para el efecto, o mediante asociación de municipios, la dirección y prestación de servicios de salud del primer nivel de atención, que comprende los hospitales locales, los centros y puestos de salud;

b) A los Departamentos, Intendencias y Comisarías, al Distrito Especial de Bogotá, al Distrito Cultural y Turístico de Cartagena y a las áreas metropolitanas, directamente, o a través de entidades descentralizadas directas, o indirectas, creadas para el efecto, o mediante sistemas asociativos la dirección y prestación de los servicios de salud del segundo y tercer nivel de atención que comprende los hospitales regionales, universitarios y especializados. La Nación continuará prestando servicios de atención médica, en el caso del Instituto Nacional de Cancerología.

Parágrafo. Todas las entidades públicas a que se refiere el presente artículo, concurrirán a la financiación de los servicios de salud con sus recursos propios y con los recursos fiscales de que trata el Capítulo V de esta ley, pudiendo prestar los servicios de salud mediante contratos celebrados para el efecto, con funciones o instituciones de utilidad común, corporaciones o asociaciones, sin ánimo de lucro, las entidades de que trata el artículo 22 de la ley 11 de 1986 o, en general, con otras entidades públicas o personas privadas jurídicas o naturales que presten servicios de salud, en los términos del Capítulo III de la presente ley”.

Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Si bien esta ley ha sido objeto de reformas sus principios aún continúan vigentes; para lo cual en esta ley se propone reformar algunas disposiciones del Libro II – El Sistema General de Seguridad Social en Salud.

“Artículo 153. Fundamentos del Servicio Público. Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud las siguientes:

1. Equidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad, a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrecerá financiamiento especial para aquella población más pobre y vulnerable así como mecanismos para evitar la selección adversa.

2. Obligtoriedad. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los habitantes en Colombia. En conse-

cuencia, corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este Sistema y del Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o de capacidad de pago.

3. *Protección integral.* El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan Obligatorio de Salud.

4. *Libre escogencia.* El Sistema General de Seguridad Social en Salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. Quienes atenten contra este mandato se harán acreedores a las sanciones previstas en el artículo 230 de esta ley.

5. *Autonomía de instituciones.* Las instituciones prestadoras de servicios de salud tendrán, a partir del tamaño y complejidad que reglamente el Gobierno, personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, salvo los casos previstos en la presente ley.

6. *Descentralización administrativa.* La organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud será descentralizada y de ella harán parte las direcciones seccionales, distritales y locales de salud. Las instituciones públicas del orden nacional que participen del sistema adoptarán una estructura organizacional, de gestión y de decisiones técnicas, administrativas y financieras que fortalezca su operación descentralizada.

7. *Participación social.* El Sistema General de Seguridad Social en Salud estimulará la participación de los usuarios en la organización y control de las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del sistema en su conjunto. El Gobierno Nacional establecerá los mecanismos de vigilancia de las comunidades sobre las entidades que conforman el sistema. Será obligatoria la participación de los representantes de las comunidades de usuarios en las juntas directivas de las entidades de carácter público.

8. *Concertación.* El sistema propiciará la concertación de los diversos agentes en todos los niveles y empleará como mecanismo formal para ello a los Consejos Nacionales, Departamentales, Distritales y Municipales de Seguridad Social en Salud.

9. *Calidad.* El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las institu-

ciones prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia”.

Ley 715 de 2001, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Esta ley dispone en el Título III del sector salud y se refiere a las competencias nacionales y territoriales frente al sistema de salud y la distribución de los recursos del Sistema General de Participaciones.

D. Jurisprudencia Constitucional

La Corte Constitucional se ha pronunciado en diversas ocasiones sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud. De la jurisprudencia se destacan las siguientes:

Sentencia C-125 de 2000. Referente a la revisión de la Ley 516 de 1999, por la cual se aprueba el Código Iberoamericano de Seguridad Social, la Corte estimó que aquella busca no solo la protección de la persona, cualquiera que sea su sexo, raza, edad, condición social, etc., sino también contribuir a su desarrollo y bienestar, con especial énfasis en las personas marginadas y los sectores más vulnerables de la población para que puedan lograr su integración social.

Sentencia T-859 de 2003. En este pronunciamiento la Corte considera que el derecho a la salud es un derecho fundamental, cuando se pueda concretar en una garantía subjetiva derivada de las normas que rigen el derecho a la salud, advirtiendo que algunas de estas se encuentran en la Constitución misma, otras en el bloque de constitucionalidad y la mayoría, finalmente, en las leyes y demás normas que crean y estructuran el Sistema Nacional de Salud, y definen los servicios específicos a los que las personas tienen derecho.

Sentencia T-760 de 2008. Define que la prestación de los servicios de salud se debe realizar con calidad, eficiencia y oportunidad, bajo el principio de integralidad; determina que se deben adoptar las medidas necesarias para alcanzar la cobertura universal en toda la población y además dispone que los pagos deben ser razonables y no pueden constituir barreras de acceso a los servicios de salud para quienes no tienen la capacidad económica.

En este sentido las medidas que se proponen a través de este proyecto de ley se orientan a aplicar las disposiciones Constitucionales determinadas por la Corte en sus diferentes pronunciamientos.

4.2 EVOLUCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

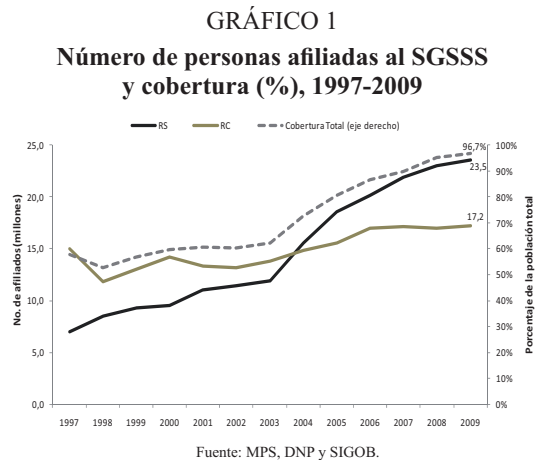
Después de diecisiete años de la entrada en funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se puede afirmar que este tuvo un impacto positivo sobre el estado de salud de los hogares colombianos. A continuación se examina la evolución del sistema en los temas de cobertura, el acceso a los servicios, los impactos sobre el estado de salud y el financiamiento del sistema.

A. Avances en cobertura

La reforma al sistema de salud contenida en la Ley 100 de 1993 se tradujo en un incremento significativo de la cobertura de aseguramiento en el sistema: antes de 1993 únicamente el 31,4% de la población colombiana estaba asegurada¹, mientras que en 2009 el 96,7% de la población hacía parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud. De acuerdo con la Encuesta de Calidad de Vida de 2008, el 81% de la población en el quintil de menor nivel de ingresos (es decir, el 20% más pobre de la población) se encontraba afiliada al sistema.

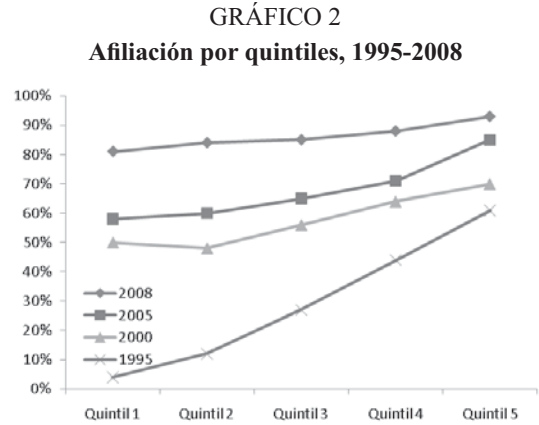
El mayor incremento en cobertura se ha dado dentro del Régimen Subsidiado: en la última década el número de afiliados a ese régimen se ha más que triplicado, al pasar de cerca de 7 a más de 23 millones de afiliados. Más importante aún, este incremento en la cobertura ha sido focalizado hacia la población más pobre, cuya cobertura, según el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), alcanzó un nivel de 150% y cercano al 95% entre la población clasificada en los niveles 1 y 2 del Sisbén (gráfico 1).

De hecho, es claro que al contar con un seguro, los individuos pueden recibir atención médica más fácilmente, pues, por un lado, el seguro disminuye los costos no pecuniarios y de tiempo que deben asumir los pacientes, al tiempo que aumenta la prevención y la frecuencia de tratamientos oportunos.



Como lo muestra Pinto (2010), los logros en aseguramiento han sido más marcados en la población con mayores necesidades. El gráfico 2 muestra que en 1995 el quintil más alto (el 20% más rico) tenía un nivel de afiliación superior en más de 50 puntos al quintil más pobre. En 2008 la diferencia se redujo drásticamente, siendo la diferencia solo de 12 puntos porcentuales entre el quintil 1 y el 5 de la población².

¹ De la población cubierta aproximadamente el 70% estaba afiliada al Instituto de los Seguros Sociales (ISS).
² Pinto, Diana, *Estrategia del BID con Colombia: 2011-201, Nota Sectorial: Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Banco Interamericano de Desarrollo, 24 de junio de 2010.



Fuente: Pinto (2010), tomado de Flórez y Soto, 2007 y cálculos con ECV de 2008, adicionados por Muñoz.

A pesar de estos avances, aún hay retos en el camino hacia la cobertura universal. En 2009, cerca de 2.8 millones de colombianos no estaban afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, de los cuales el 95% correspondía a los niveles I y II del Sisbén.

B. Avances en el acceso a los servicios

Diversas políticas gubernamentales han incrementado el acceso a los servicios, especialmente para la población más pobre. Entre las medidas de mayor impacto se encuentran:

- **Aumentos en el contenido del POS:** desde su creación y hasta 2008 el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) expidió más de veinte acuerdos con adiciones al contenido del POS del Régimen Subsidiado y del Régimen Contributivo. En 2009, por medio de los Acuerdos 004 y 005 de septiembre de 2009 de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), se igualaron y unificaron los beneficios cubiertos por el POS-Subsidiado (POS-S) a los niños y las niñas menores de 12 años, respecto a los contenidos del POS-Contributivo. Desde ese momento los beneficios del Régimen Subsidiado para este grupo de edad son los mismos a los establecidos en la normas para Régimen Contributivo. Posteriormente la CRES, por medio del Acuerdo 008 de diciembre de 2009, aclara y actualiza los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, incluyendo 371 procedimientos: el 11 de enero de 2010, por medio del Acuerdo 011 de la CRES, se unifican los planes de beneficios para los niños y las niñas de los regímenes contributivo y subsidiado, entre los 12 y los 18 años y se hacen los ajustes necesarios a la UPC subsidiada.

- **Desmante de barreras de acceso para la población pobre:** la Ley 1122 eliminó las cuotas moderadoras y los pagos compartidos para el nivel I del Sisbén en el Régimen Subsidiado.

- **Disminución en el tiempo de cotización:** la Ley 1122 redujo el requisito de cotización mínima para merecer servicios de alto costo. La Ley 100 establecía un mínimo de 1,9 años de cotización, mientras que con la nueva ley este requisito se estableció en 0,5 años.

C. Impacto del sistema sobre el estado de salud

La mayor parte de la evidencia empírica muestra la existencia de una relación positiva entre el estado de salud y diversas variables macroeconómicas como el ingreso por habitante y el crecimiento económico. A nivel microeconómico, se ha encontrado que la percepción individual del estado de salud está asociada positivamente al ingreso y al nivel de felicidad. De hecho, en Colombia un mejor estado subjetivo de salud está asociado con una mejor calidad de vida. Por esta razón cualquier reforma que se le haga al sistema de salud es de vital importancia ya que de este se desprenden una serie de variables que afectan la percepción del estado de salud, y en últimas afectan, así sea de manera indirecta, la calidad de vida de los individuos.

Desde la entrada en vigencia de la Ley 100 se observa un mejoramiento de los indicadores de salud de la población (aumento de la esperanza de vida, modificaciones en el crecimiento y conformación de la población, cambios en los estilos de vida, reducción de la fecundidad, entre otros). No obstante, no todas las regiones y grupos tienen las mismas condiciones de salud y existen notorias diferencias relacionadas con la edad, el sexo, las condiciones biológicas, socio-culturales, los comportamientos y estilos de vida de la población.

El aumento en cobertura ha contribuido a cerrar la brecha de acceso entre ricos y pobres a los servicios de salud, hecho que se ha traducido en mejorías tanto en variables objetivas como subjetivas de salud. La literatura especializada ha encontrado evidencia de que los afiliados al Régimen Subsidiado hacen un mayor uso de los servicios del sistema³, que la afiliación aumenta el número de consultas preventivas y disminuye el número de hospitalizaciones⁴, que la afiliación al Régimen Subsidiado ha conducido a un aumento del peso al nacer, en especial en los hogares más pobres⁵, que la afiliación ha tenido efectos positivos en algunas variables antropométricas como el peso para la talla, la talla para la edad y el peso al nacer, y ha disminuido la fecundidad de las madres en los hogares más pobres⁶.

Estudios recientes encuentran otros efectos positivos: la probabilidad de realizar consultas ambulatorias es 40% mayor en los afiliados al Régi-

men Subsidiado, comparada con los no asegurados; la probabilidad de llevar un niño con diarrea o infección respiratoria aguda a una institución de salud, es 17% y 23% mayor, respectivamente, en los afiliados; las mujeres aseguradas tienen alrededor de 7% de mayor probabilidad que las mujeres no aseguradas de atención de parto por un médico o profesional entrenado o de parto institucional; la probabilidad de experimentar barreras de acceso al requerir servicios de salud es 50% menor en los afiliados al Régimen Subsidiado, comparada con los no asegurados. Estos autores también encuentran que las ganancias del aseguramiento son más marcadas en el área rural y los quintiles más pobres, lo cual sugiere un impacto positivo en la equidad⁷.

No obstante estos avances, diversos indicadores de salud pública no han cumplido con las metas establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo para el año 2010⁸. Por ejemplo, la meta en materia de reducción de la mortalidad materna era alcanzar la cifra de 63 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos, y se llegó a una cifra actual del 75.6⁹.

Adicionalmente, vale la pena mencionar que la ganancia en términos de calidad no ha sido de la magnitud inicialmente esperada. Varios estudios muestran que entre los efectos de la Ley 100 no se pudo identificar impacto alguno relacionado con la calidad de los servicios ofrecidos, incluso tras utilizar diferentes medidas como lo son variables de percepción o variables objetivas de salud. Por consiguiente uno de los ejes centrales del proceso de reforma actual al sistema de salud tiene que ver con aumentar la calidad de los servicios prestados y cerrar las brechas que se mantienen en términos de calidad para la población pobre que, como tal, es la más vulnerable.

D. Financiamiento del sistema

En cuanto al financiamiento del Sistema, vale la pena mencionar que este cuenta con un componente público de una magnitud importante. En efecto, mientras que el gasto total en salud como porcentaje del PIB es cercano al 6.5%, el gasto público destinado al sector salud es uno de los más altos de la región, alcanzando el 5.1% en 2007 (gráfico 3). Este resultado muestra que, a diferencia de los países de la región, Colombia tiene el gasto público de mayor peso dentro del gasto total del sistema. En efecto, en Colombia el 84% del gasto en salud corresponde a esfuerzo público mientras que en países como Brasil y México esta proporción representa tan solo el 45 y 42% del gasto total, respectivamente.

³ Trujillo, J., Portillo, E., & Vernon, J. A. (Septiembre de 2005). *The impact of subsidized health insurance for the poor: evaluating the Colombian experience using propensity score matching*. International Journal of Health Care Finance and Economics.

⁴ Gaviria, A., Medina, C., & Mejía, C. (2006). *Evaluating the impact of health care reform in Colombia: from theory to practice*. Documentos CEDE (06).

⁵ Gaviria, A., & Palau, M. d. (2006). *Nutrición y salud infantil en Colombia: determinantes y alternativas de política*. Coyuntura Económica, XXXVI (2).

⁶ Téllez, M. F. (2007). "El Régimen Subsidiado en Salud: ¿Ha tenido un impacto sobre la pobreza?" Bogotá: Tesis de Grado - Universidad de los Andes.

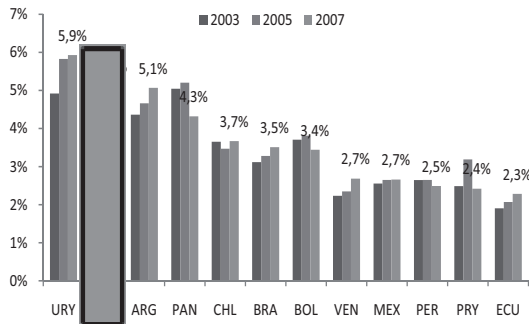
⁷ Giedion U, Escobar ML, Acosta OL, Castaño RA, Pinto DM, Gómez F. (2009) "Ten Years of Health System Reform: Health Care Financing Lessons for Colombia". En Glassman et al. (Eds), *From Few to Many. Ten Years of Health Insurance Expansion in Colombia*. Washington D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo.

⁸ Departamento Nacional de Planeación, *Plan Nacional de Desarrollo 2006-2001. "Estado Comunitario: Desarrollo para Todos"*, 2007.

⁹ Fuente: Ministerio de la Protección Social.

GRÁFICO 3

Gasto público en salud, como porcentaje del PIB (2003 - 2007)

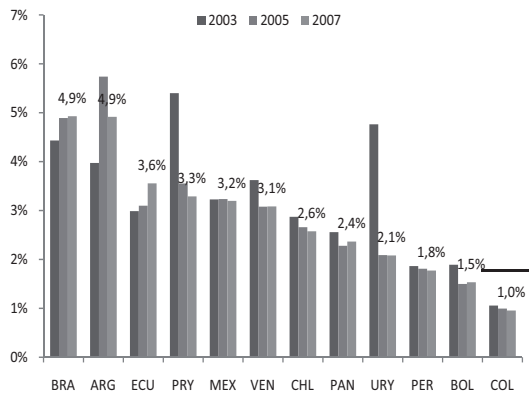


Fuente: Banco Mundial (2010).

En consecuencia, Colombia es el país de la región que presenta la menor proporción de gasto privado (gráfico 4). Mientras que el promedio de la región es cercano al 2.8%, el gasto privado como proporción del PIB en Colombia apenas alcanza a representar un punto porcentual del producto. Aunque existe controversia en cuanto a la forma adecuada de medir este rubro, ya que no es del todo claro si el gasto de bolsillo se debería incluir o no, se observa que entre 2003 y 2007 el gasto privado ha tendido a disminuir en la mayor parte de los países de la región y en Colombia en particular, lo que muestra un gran logro del sistema desde el punto de vista del bienestar.

GRÁFICO 4

Gasto privado en salud, como porcentaje del PIB (2003 - 2007)

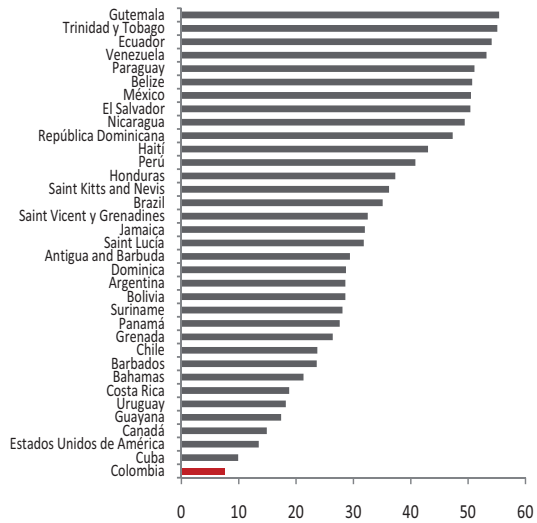


Fuente: Banco Mundial (2010).

Así, como lo muestra el gráfico 5, el gasto privado de bolsillo en salud en el país es el más bajo de la región (como proporción de todo el gasto en salud), lo que si bien refleja la significativa dependencia del sistema de salud colombiano de los recursos públicos, que son muy cuantiosos, muestra que la implementación del SGSSS ha ayudado a reducir el impacto de choques exógenos de salud especialmente sobre la población más pobre. La reducción del gasto de bolsillo en salud ha sido particularmente significativa en el caso de las hospitalizaciones y en la compra de medicamentos.

GRÁFICO 5

Porcentaje del gasto de bolsillo dentro del gasto total en salud

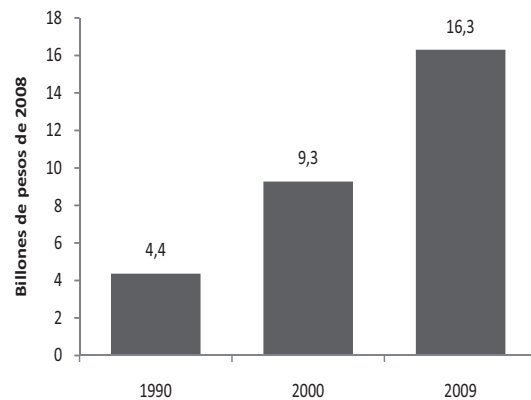


Fuente: OPS (2008)

De manera complementaria, el gráfico 6 muestra cómo los recursos del Presupuesto General de la Nación destinados a salud han venido incrementado de manera acelerada. Incluso, es claro que en este periodo, el gasto público en salud se ha multiplicado por cuatro.

GRÁFICO 6

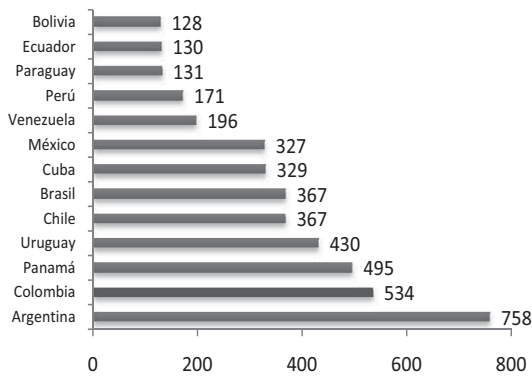
Ejecución presupuestal del Presupuesto General de la Nación destinada a salud (pesos constantes de 2008)



Fuente: DNP.

Gracias al elevado nivel de gasto por parte del Estado, el país muestra altos niveles de gasto por persona en salud. El gasto por habitante permite ver qué tanto realmente se está destinando para la salud, en la medida en que tiene en cuenta el total de la población. Como lo muestra el gráfico 7 mientras que en el 2006 se destinaban en Colombia 534 dólares por persona en salud, países como México o Brasil, de mayor desarrollo socioeconómico, gastaban solo 327 y 367 dólares, respectivamente. Colombia solo es superada por Argentina, que cuenta con el mayor gasto en salud por persona, alcanzando los 758 dólares.

GRÁFICO 7
Gasto per cápita en salud en dólares
corrientes (2006)



Fuente: WHO (2009). "World Health Statistics".

4.3 JUSTIFICACIÓN DE CADA CAPÍTULO DEL PROYECTO DE LEY

1. DISPOSICIONES GENERALES

Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud definiendo un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

Se incluyen disposiciones para establecer la universalización del plan de beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

Dentro del propósito compilador, se reúnen en un solo artículo los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dispersos en varias normas. El articulado propuesto busca darle carácter de principio más que de fundamento, lo que permite que los mismos sirvan de orientadores para la interpretación de la norma. Se incluyen y desarrollan criterios como los de universalidad, sostenibilidad, progresividad, corresponsabilidad y transparencia.

En respuesta a un diagnóstico generalizado este proyecto, reitera las funciones de dirección, organización y conducción del sector salud en cabeza del Ministerio de la Protección Social. Este tema fue abordado en las Leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007. El actual enfoque exige un Ministerio fuerte y consolidado que lidere la política en salud. A su turno, y en cada jurisdicción, las entidades territoriales cumplirán el papel de ejecutar las directrices que se formulen, lo que requiere la modificación de algunas de las competencias de los distintos niveles de la administración pública definidos en la Ley 715 de 2001 en sus artículos 42, 43 y 44. Cabe mencionar que estas modificaciones son iniciativa del Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y del Ministerio de la Protección Social.

2. SALUD PÚBLICA, PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Uno de los principales objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos, mediante las acciones, estrategias y políticas de salud pública, promoción, prevención y atención primaria.

Si bien la Ley 1122 de 2007 identificó la necesidad de tener un plan de salud que incluyera intervenciones individuales y colectivas, hoy es preciso definir que dichos planes sean de largo plazo para conseguir impactos en salud que son imposibles de lograr en el corto plazo. Por tal motivo, se plantea en la ley la necesidad de realizar un "Plan Decenal para la Salud Pública", a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, con el fin de que en ella confluyan las políticas sectoriales que apoyan el manejo de los determinantes en salud.

El Plan deberá definir los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento, y los mecanismos de evaluación del plan, sin impedir que pueda adaptarse según las necesidades de los eventos epidemiológicos que se presenten.

La efectividad del Plan depende de que se tenga una información clara, precisa y veraz que permita la toma de decisiones, razón por la cual se plantea la necesidad de contar con un Observatorio Nacional de Salud, que realice un seguimiento a las condiciones de salud de la población colombiana, analice la situación de salud y formule recomendaciones que permitan el diseño de las políticas públicas.

Adicionado a lo anterior, el Sistema General de Seguridad Social en Salud ha tenido algunos puntos que no han sido desarrollados de manera efectiva, los cuales han limitado la adecuada atención de la población. El país no cuenta con un desarrollo suficiente de coordinación intra e interinstitucional que garantice la integralidad de los servicios. Asimismo, es necesario compaginar y coordinar las intervenciones y la acción clínica entre los espacios institucionales con los escenarios extra institucionales como la familia, el trabajo, la sociedad, el espacio educativo y otros.

Las anteriores acciones que se desarrollan en el marco de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, han tenido dificultades para su implementación por las restricciones del marco normativo existente en el cual en su definición no recoge el sentido, propósito y orientación de esta política, como se expresa en el artículo que se describe.

"Artículo 53. Se clasifican como actividades de promoción y fomento de la salud, aquellos procedimientos, intervenciones y guías de atención de carácter educativo o informativo, individual o colectivas, intra y extramurales, tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables, y a modificar o suprimir aquellos que no lo sean; a informar sobre riesgos, factores protectores, enfermedades, servicios de salud, derechos y deberes de

*los ciudadanos en salud, como también a proveer y estimular y concretar la participación social en el manejo y solución de sus problemas de salud*¹⁰.

De acuerdo con este criterio la promoción y prevención carecen de un enfoque intersectorial, no existe un análisis e intervención de los problemas de salud, ni unidades o equipos de atención que accedan a la comunidad para conocer sus riesgos en salud y las actuaciones que en esta materia se presentan se realizan de manera aislada y desarticulada.

De estos antecedentes se evidencia la necesidad de implementar un modelo de Atención Primaria en Salud, como estrategia que permita responder a las necesidades de salud de la población, abordando los determinantes de manera intersectorial y que frente a la prestación permita integrar las acciones intra y extramurales a la vez que corrija la fragmentación en la atención al usuario.

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

La atención primaria en salud ha sido estudiada alrededor del mundo con anterioridad a la declaración de Alma Ata en 1978. Sin embargo, fue en el marco de esta donde se adoptó una definición incluyente que a pesar del tiempo aun tiene un gran reconocimiento y validez: *“... la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”*. Y que comprende *“cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales”*¹¹.

Después de esta Declaración, las sociedades han sufrido transformaciones en el ámbito económico, social y de la salud. En este último se han experimentado cambios en el perfil demográfico y epidemiológico de la población. Como consecuencia la Atención Primaria en Salud también evolucionó, pasando por APS selectiva, APS con enfoque de salud y derechos humanos, hasta alcanzar el concepto de APS Renovada. Este último enfoque indica que *“el propósito de la renovación de la APS es revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que*

permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos en salud y mejorar la equidad”.¹²

El enfoque renovado responde a los Objetivos de Desarrollo del Milenio e incluye nuevos elementos que permiten atender las necesidades en salud de la población; se centra en la persona como base del sistema de salud; se enfoca en la capacidad resolutive intersectorial; reconoce valores, principios y elementos específicos; orienta la atención hacia la calidad; y hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del Sistema (Tabla 1).

TABLA 1
Valores, principios y elementos de la Atención Primaria en Salud

Valores	Principios	Elementos
<ul style="list-style-type: none"> • Derecho al mayor nivel de salud posible • Equidad • Solidaridad 	<ul style="list-style-type: none"> • Intersectorialidad • Participación • Sostenibilidad • Justicia social • Responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos • Orientación hacia la calidad • Dar respuesta a las necesidades de salud de la población 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención integral, integrada y continua • Orientación familiar y comunitaria • Énfasis en la promoción y en la prevención • Cuidados apropiados • Mecanismos de participación activa • Marco político, legal e institucional sólido • Políticas y programas pro-equidad • Organización y gestión óptimas • Recursos humanos adecuados • Recursos adecuados y sostenibles • Acciones intersectoriales • Cobertura y acceso universales • Primer contacto

Los valores de la Atención Primaria en Salud concretan el objetivo de la misma que es derecho al mayor nivel de salud posible, la equidad y la solidaridad. Los tres buscan empoderar a las personas en sus derechos, impactar en los determinantes de la salud respondiendo a las necesidades de la sociedad, reconocer la prioridad del concepto de calidad en los sistemas y en la prestación del servicio de salud, disminuir las desigualdades en salud entre las personas, entendida también frente al acceso.

Entre los principios y elementos es importante destacar:

Intersectorialidad. Orientado a articular la labor estatal a través de los distintos sectores del Estado, públicos y privados, potencializando el rol de

¹⁰ Resolución 5261 de 1994. Ministerio de Salud.

¹¹ Declaración de Alma Ata - Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

¹² La Renovación de la Atención Primaria en Salud de las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

cada uno en la búsqueda de un mayor nivel de salud. Esto requiere trabajar en la elaboración e implementación de políticas que desde su sector permitan incidir en la condición de salud de la población.

Atención integral, integrada y continua. La integralidad se refiere a la atención de la salud desde la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. La atención integrada es complemento de la anterior, refiriéndose a la atención de la salud durante todo el ciclo vital, garantizando el tránsito a través del Sistema debiendo aplicar criterios de referencia y contrarreferencia. Finalmente, la continuidad que se refiere a la ininterrupción en la atención de la salud.

Orientación individual, familiar y comunitaria. La estrategia de APS Renovada reemplaza el enfoque asistencialista, dirigido a atender al paciente en caso de enfermedad, por la implementación de una política de promoción y prevención, desarrollada con labores extramurales, acciones colectivas e individuales que permiten llegar a una comunidad o grupos familiares, reconociendo sus condiciones de salud y vulnerabilidades.

Cobertura y acceso universales. Promoción de eliminación de barreras de acceso en la atención, permitiendo que todas las personas cuenten con el derecho a la salud, con criterios de integralidad e integridad.

Primer contacto. Se refiere a que la atención primaria debe ser la puerta principal de entrada al sistema de salud, incrementando el grado de resolución del nivel de baja complejidad.

La Atención Primaria en Salud propone una estrategia de intervención en las condiciones y el estado de salud de las personas, entendiendo la salud conforme a la definición de la OMS “no solamente como la ausencia de enfermedad sino el estado completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social”¹³. Bajo este criterio la APS permite acceder a la comunidad, conociendo su entorno social, reconociendo las necesidades insatisfechas de esa población que impiden elevar su calidad de vida y para ello se promueve el desarrollo de acciones intersectoriales que permitan impactar en dichos determinantes de salud. Bajo un segundo aspecto la APS permite que las personas accedan al Sistema de salud, que logren una atención oportuna y con calidad desarrollada en espacios habilitados para tal fin y una vez recuperados de su afección retornen a su entorno donde continuará la atención.

Este desarrollo de la estrategia de APS permite disminuir el grado de morbilidad y mortalidad en una sociedad, toda vez que se actúa bajo una política de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, buscando de igual manera un diagnóstico oportuno de su estado de salud y enfermedad.

A través del proyecto se definen los conceptos y criterios de la Atención Primaria, la implementación de los valores, principios y elementos que la fundamentan, se definen los principales elementos

operacionales mediante la creación de Equipos Básicos – EBAPS, los cuales se conforman por talento humano capacitado y organizado multidisciplinariamente, los cuales desarrollan su labor extramural visitando a las personas, en sus hogares, escuelas, trabajo y demás lugares donde puedan verificar sus condiciones de salud, esto con el fin de levantar un diagnóstico de las necesidades que requieren ser intervenidas y los servicios del Estado a los cuales no han accedido.

Estos grupos extramurales son puntos iniciales de acceso al Sistema General de Seguridad Social en salud, teniendo la obligación de afiliar a las personas que se encuentren por fuera del Sistema, y brindar las atenciones de baja complejidad que sean necesarias; en caso de que estas personas requieran prestación del servicio en otro nivel de complejidad, se debe proceder a remitir al paciente al prestador que corresponda dentro de la red de servicios de salud.

Con el fin de garantizar la integralidad, integridad y continuidad, se dispone que la prestación de los servicios de salud se deberá hacer siempre bajo el sistema de referencia y contrarreferencia, para lo cual el paciente volverá al EBAPS al que le fue asignado creando de esta manera una relación de confianza entre el prestador y el usuario que permite un fortalecimiento del Sistema de Salud.

3. SALUD PREVALENTE Y DIFERENCIAL PARA LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

El capítulo diferencial para los niños, niñas y adolescentes, además de cumplir con el mandato constitucional consagrado en el artículo 44, sobre la prevalencia de sus derechos, garantizará que todos los actores del Sistema de Salud presten un servicio preferencial y diferencial para atenderlos en Colombia.

Adicionalmente, está en concordancia con lo estipulado en el artículo 27 de la Ley 1098 de 2006, “Código de la Infancia y la Adolescencia”:

Artículo 27. Derecho a la Salud. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, síquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad. Ningún Hospital, Clínica, Centro de Salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera de atención en salud.

En relación con los niños, niñas y adolescentes que no figuren como beneficiarios en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado, el costo de tales servicios estará a cargo de la Nación.

Incurrirán en multa de hasta 50 salarios mínimos legales mensuales vigentes las autoridades o personas que omitan la atención médica de niños y menores.

Parágrafo 1°. Para efectos de la presente ley se entenderá como salud integral la garantía de la prestación de todos los servicios, bienes y acciones, conducentes a la conservación o la recuperación de la salud de los niños, niñas y adolescentes.

¹³ Definición de salud, Organización Mundial de la Salud (OMS)

Parágrafo 2°. Para dar cumplimiento efectivo al derecho a la salud integral y mediante el principio de progresividad, el Estado creará el sistema de salud integral para la infancia y la adolescencia, el cual para el año fiscal 2008 incluirá a los niños, niñas y adolescentes vinculados, para el año 2009 incluirá a los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen subsidiado con subsidios parciales y para el año 2010 incluirá a los demás niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen subsidiado. Así mismo, para el año 2010 incorporará la prestación del servicio de salud integral a los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al régimen contributivo de salud.

Los medios de comunicación han registrado casos de niños, niñas y adolescentes que han muerto por la falta de atención oportuna en servicios de urgencias, o de familias que han recurrido a la tutela para exigir un tratamiento de una enfermedad de alto costo. En esos casos se evidencian las falencias del sistema de salud y el incumplimiento de los diferentes actores, en cuanto a su responsabilidad en la prestación del servicio oportuno y de calidad, que es urgente modificar.

A esta problemática, que restringe el acceso de niños, niñas y adolescentes a los servicios de salud, se le suman las conclusiones de estudios realizados por el mismo gobierno en donde se evidencia la necesidad de invertir en la salud de esta población. Según el último Estudio de Carga de Enfermedad de 2005, terminado en 2008, que mide el peso de la muerte prematura y la discapacidad en la salud, se deben hacer mayores esfuerzos en el rango de 0 a 14 años. La conclusión anterior resulta de encontrar que para estas edades se concentra el 20% del total de las AVISAS¹⁴.

En nuestro país, más de trece millones de colombianos (28,6% de la población) son niños entre 0 a 14 años. De estos, 6 millones están condenados a vivir en situación de pobreza, 2.4 millones en situación de pobreza extrema¹⁵ y 34.000 no alcanzan a cumplir el primer año de vida¹⁶. Se estima que actualmente 1.8 millones de niños son explotados laboralmente y 25% de ellos realizan trabajos de alto riesgo. El Ministerio de Educación Nacional estima que más de un millón de niños entre 5 y 16 años están fuera del sistema educativo del país¹⁷ y según la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES), los niños representan el 35 por ciento de la población desplazada en Colombia.

La mortalidad infantil y materna han disminuido significativamente durante los últimos años pero

existen preocupantes diferencias regionales¹⁸ y según el régimen de afiliación. Por ejemplo, los indicadores de mortalidad materna en 2008 por cada 100.000 nacidos vivos eran para el total nacional 59, mientras que para las afiliadas del régimen contributivo fue de 31 por cada 100.000 nacidos vivos¹⁹.

Con el fin de cerrar las brechas entre los dos regímenes de aseguramiento, la Corte Constitucional, mediante la Sentencia T-760 de 2008 ordenó a la CRES que antes del 1° de octubre de 2009 se unificaran los planes de beneficios para los niños en los regímenes contributivo y subsidiado. A la vez, ordenó los ajustes necesarios a la UPC para garantizar la financiación de la ampliación de la cobertura.

La Corte ha sido reiterativa sobre los alcances del derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes. En la Sentencia T-760, llama la atención sobre la prevalencia de sus derechos, consagrados en el artículo 44, dentro de los que se encuentra “el derecho fundamental a la salud”²⁰. Igualmente afirma: “La jurisprudencia ha señalado que los servicios de salud que un niño o una niña requieran son justiciables, incluso en casos en los que se trate de servicios no incluidos en los planes obligatorios de salud (del régimen contributivo y del subsidiado)”²¹. En ese entendido la Corte recuerda cómo ha tutelado el derecho para que a un niño se le practique una cirugía plástica cuando existen malformaciones, así no afecten el funcionamiento de un órgano o que haya sido reiterativa sobre los alcances del derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes de familias de escasos recursos para acceder a medicamentos que atienden afecciones como la conjuntivitis. También los ha protegido cuando se les impide salir de una institución de salud en el caso que no exista una cuenta que respalde la deuda por los servicios prestados, entre otras decisiones.

De esta manera, ordena la Corte, citando la Sentencia T-695 de 2007, que resuelve el caso de un niño autista al que la EPS no le autoriza tratamiento integral, porque dicho tratamiento se encuentra por fuera del POS, que “La jurisprudencia (...) ha señalado reiteradamente que el derecho a la salud de los niños, al lado de otros derechos, es en sí mismo un derecho fundamental, con carácter prevalente sobre los derechos de todos los demás”²².

Por último, en su parte resolutive la Corte ordena a la CRES, en el numeral 21, unificar los planes de beneficios de los niños, niñas y adolescentes de

¹⁴ AVISA, es una herramienta metodológica, que se define como un año de vida saludable perdido por muerte prematura o por vivir con discapacidad. Informe a la CRES, Documento para la garantía y protección del derecho a la salud de los colombianos, julio de 2009, p. 66.

¹⁵ Cepal, Boletín desafíos número 10 mayo de 2010.

¹⁶ Child Right Information Network. Acceso en: <http://www.crin.org/docs/resources/treaties/crc.25/colombianGOreport2.pdf>

¹⁷ Ministerio de Educación Nacional Acceso en: <http://www.mineducacion.gov.co/observatorio/1722/articulo-209443.html>

¹⁸ La mortalidad materna pasó de una razón de 104,9 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en 2000 a 75,6 en 2007; la mortalidad infantil pasó de 27,45 muertes en menores de 1 año por mil nacidos vivos en 1998 a 20,60 en 2008; y la mortalidad en la niñez pasó de 35,13 muertes en menores de cinco años por cada 1.000 nacidos vivos en 1998 a 24,89 en 2008. Sin embargo, para el año 2008, Chocó presenta tasas de mortalidad infantil y de la niñez ajustadas de 68 y 100 muertes por cada mil nacidos vivos, respectivamente, mientras Bogotá reporta mortalidades de 16,9 y 22,3, respectivamente

¹⁹ El sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, Octubre de 2010, ACEMI, Juan Manuel Díaz-Granados.

²⁰ Sentencia T-760 de 2008, Corte Constitucional, p. 119.

²¹ *Ibid* 6, p. 119.

²² *Ibid* 6, p. 122.

los dos regímenes antes del primero de octubre de 2009. Además, ordena la Corte que se deben hacer los ajustes necesarios a la Unidad por Capitación del régimen subsidiado que garanticen la financiación de la ampliación de los servicios.

En cumplimiento de esa sentencia, la CRES expidió el Acuerdo 4 del 30 de septiembre de 2009, en donde ordenó igualar el plan de beneficios de los dos regímenes para niños de 0 a 12 años y en el artículo cuarto recomienda que se busquen los recursos que permitan financiar esta decisión.

Por último, mediante el Acuerdo 9 del 30 de diciembre de 2009, la CRES fija la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado. Para el régimen contributivo la UPC, en promedio, se fija en \$485.013 anuales. Para el régimen subsidiado la UPC se calcula en \$281.836,80. Cabe resaltar que la UPC en el régimen contributivo se calcula por edad, así por ejemplo la UPC para un menor de un año es de \$1.455.040, y para los niños de 1 a 4 años es de \$467.215, cifras muy superiores a la UPC calculada para el régimen subsidiado.

La misma CRES en el documento técnico que soporta las decisiones tomadas en los Acuerdos 4 y 5, hace una evaluación de cuánto le costará al país la igualación de los regímenes para los niños. A este respecto la CRES calcula que unificar el plan de beneficios para los niños de hasta 12 años con valores de 2010, le costaría al país \$475.000 millones de pesos al año. Eso sin universalización, es decir sin atención a niños sin aseguramiento o que se encuentran con subsidios parciales (Sisbén III) cubriendo a los 6 millones de niños que están en el régimen subsidiado²³. Las cifras reportadas sobre población no asegurada son muy preocupantes. Según este mismo documento más de un millón de niños, de 5 a 12 años no tienen aseguramiento y más de 50.000 menores de 1 año están en esta misma condición.

Por todo lo anterior, la propuesta de articulado contiene un título diferencial para la salud de los niños, niñas y adolescentes de nuestro país. Por medio de estas disposiciones se busca mejorar sustancialmente su salud a través del tratamiento diferencial que el Sistema les debe brindar, y cumplir de esta manera con el mandato constitucional sobre la prevalencia de sus derechos.

4. ASEGURAMIENTO

Como se ha explicado, Colombia ya ha alcanzado niveles de cobertura en afiliación casi universal (con un 96,1%), que son dignos de reconocimiento a nivel internacional. Asimismo, el Plan Obligatorio de Salud (POS) incluye una gran cantidad de servicios de elevado nivel de complejidad y medicamentos. Este es el resultado de un esfuerzo progresivo y creciente en materia de salud y aseguramiento. No obstante, el aseguramiento en salud en el país requiere hoy correcciones importantes para enfrentar las problemáticas e ineficiencias desarrolladas desde la implementación de la Ley 100.

En lo que respecta al aseguramiento en el Régimen Subsidiado, el desarrollo normativo e ins-

titucional forzó a que un afiliado de este Régimen sólo tenga cobertura de servicios en el territorio del municipio que lo afilia²⁴. Esto implica que el goce del derecho tiene una limitante territorial o municipal que incentiva que una persona asegurada en un municipio se presente como “vinculada” en otro, accediendo a una mayor cobertura. Esta situación contrasta con la del afiliado del Régimen Contributivo, cuya cobertura está garantizada en todo el territorio nacional.

Adicionalmente, la administración del Régimen Subsidiado está acompañada de complejos procesos de transferencia de recursos, de asignación de los subsidios a los ciudadanos, contratación con las EPS y engorrosos procesos de gestión financiera de los recursos, situación que genera un diferencial en el acceso de los afiliados del Régimen Subsidiado frente al de los afiliados del Régimen Contributivo. A pesar de los esfuerzos para su mejoramiento por parte del Gobierno Nacional, persiste una enorme debilidad institucional en la gran mayoría de los municipios, así como falta de capacidad técnica para el manejo de los procesos del Régimen Subsidiado.

Un estudio de la Universidad Nacional identificó como principal determinante de esta problemática la capacidad de los entes territoriales de gestionar los procesos del Régimen Subsidiado²⁵. También sugirió que los municipios no cuentan con la capacidad tecnológica, ni recursos humanos capacitados para la administración de los procesos asociados a la operación del Régimen Subsidiado. Como consecuencia, el flujo de los recursos en el Sistema presenta múltiples dificultades que afectan el acceso de las personas de bajos recursos.

Frente a esta situación, este Proyecto de ley establece diferentes medidas que buscan hacer más eficiente la administración del Régimen Subsidiado con el objetivo de mejorar el acceso de la población más pobre a los servicios de salud. Dentro de estas medidas, se establece que el Gobierno Nacional sea el responsable de la administración de los recursos financieros del Régimen Subsidiado, con el fin de evitar su tortuoso tránsito entre entidades y resolver así una de las principales dificultades del sistema.

El Proyecto de ley también introduce medidas efectivas para garantizar la portabilidad y movilidad entre regímenes. Se ha observado que muchos afiliados al régimen subsidiado no desean trasladarse de EPS, ni cambiar su afiliación al Régimen Contributivo, a pesar de que este último ofrece un POS más completo. Este comportamiento se atribuye al temor de perder los subsidios que conlleva un cambio de régimen, con la consecuente pérdida de recursos para el sistema. Para corregir esta situación, se ordena que los afiliados al Régimen Subsidiado,

²⁴ Salvo la atención de urgencias que está garantizada en todo el territorio nacional.

²⁵ **¿Ha mejorado el acceso a la salud? Evaluación de los procesos del régimen subsidiado** (Segunda edición). Universidad Nacional de Colombia. Centro de Investigaciones para el Desarrollo – CID. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. Impresol Ediciones. Bogotá, 2007.

²³ Documento técnico Acuerdos 4 y 5, CRES, 2010, p. 13.

cuando tengan contratos o empleos de corta duración, puedan permanecer en este haciendo aportes. Esta medida fortalece financieramente este régimen y reduce la evasión.

El Proyecto de ley garantiza la portabilidad nacional del aseguramiento y habilita a las EPS para operar en ambos regímenes al mismo tiempo, siempre que cumplan con los requisitos para cada caso.

Para consolidar la universalización del aseguramiento, se proponen diversos mecanismos. La medida más importante es la obligatoriedad de la afiliación. Adicionalmente, se establecen presunciones para determinar la capacidad de pago de aquellas personas que deben estar afiliadas y evaden dicha obligación y subsidios a la cotización de personas del nivel III del Sisbén, como estaba planteado en la Ley 100 de 1993.

Otros temas planteados por el Proyecto de ley hacen referencia a los Comités Técnicos Científicos y a las Juntas Técnicas Científicas de Pares. En cuanto a los Comités Técnicos Científicos, los mismos han perdido su naturaleza dentro del SGSSS y su carácter funcional, más aún frente a la Sentencia C-463 de 2008, pues se han convertido en simples tramitadores. En el Proyecto de ley se les exige revisar la pertinencia médica y científica de las prestaciones que no estén incluidas explícitamente en el Plan de Beneficios y regresar así, a su naturaleza de evaluador científico sin perjuicio de que, para evitar decisiones no ajustadas, exista un control de la Superintendencia Nacional de Salud.

Para que la Superintendencia Nacional de Salud realice adecuadamente este control, el Proyecto conforma la Junta Técnica Científica de Pares cuya función es conceptuar sobre la pertinencia médica y científica de la prestación ordenada por el profesional de la salud tratante no prevista en el plan de beneficios.

Finalmente, el Proyecto de ley busca promover los planes voluntarios de salud y hacer claridad sobre su definición.

5. FINANCIAMIENTO

El objetivo principal del Sistema de Seguridad Social en Salud consiste en incrementar el bienestar de los individuos a través de la prestación de servicios de excelente calidad y con acceso equitativo. No obstante, el cumplimiento de este objetivo está sujeto al hecho de que el sistema sea financieramente sostenible, ya que esta es la única manera de garantizarles a los colombianos el goce efectivo del derecho a la salud y la continuidad de las prestaciones en el tiempo.

De tal forma, asegurar la sostenibilidad del sistema es de vital importancia y en el Proyecto de ley se reconoce como uno de los principios orientadores. Para solventar el sistema de salud y financiar la igualación de los planes de beneficios tal y como lo define la Corte Constitucional en la Sentencia T-760, el Proyecto de ley dispone de varias medidas que buscan incrementar la eficiencia y mejorar el flujo en la utilización de los recursos existentes,

generar recursos adicionales, bien sea a través de la reasignación de las fuentes existentes o de la inyección de recursos nuevos.

El Proyecto modifica el esquema de financiación tanto del Régimen Contributivo como del Subsidiado, e introduce un mecanismo que permite distribuir los recursos entre ambos regímenes según las necesidades de financiación.

Adicionalmente, en la medida en que se simplifique la estructura financiera del sistema, se estarían reduciendo las distorsiones del mercado laboral provenientes de los impuestos a la nómina. En efecto, las contribuciones solidarias a salud y pensiones junto con las cargas parafiscales son percibidas como impuestos puros por los individuos y las empresas en la medida en que no se traducen en un beneficio directo para ellos.

De tal forma, el cambio en el uso de estos recursos tendría un mayor impacto si se tiene en cuenta que, según cálculos econométricos, una disminución del 1% en los impuestos puros generaría un incremento de la formalidad de 0.9% al aumentar la cantidad de empleo asalariado relativo al cuenta propia (informal) y por esta vía incrementar la cantidad de cotizantes dentro del sistema.

En cuanto a la financiación del Régimen Subsidiado, el Proyecto plantea utilizar la mayor parte de los recursos del SGP para el proceso de unificación gradual de los planes de beneficios. De hecho, a partir del año 2015 el 80% de estos recursos se destinarán a financiar el aseguramiento mediante la afiliación al régimen subsidiado y el 10% se utilizará para financiar las acciones de Salud Pública. En este Proyecto se mantiene un porcentaje de recursos específicos (el 10% restante) para financiar subsidios de oferta en la medida en que se reconoce que existen regiones apartadas en donde sólo el Estado está en capacidad de prestar servicios de salud.

En cuanto a la financiación del Régimen Contributivo, el proyecto de ley dispone que hasta el 1.5% de la contribución de los empleadores y trabajadores que se utilizaba para financiar el Régimen Subsidiado se destinará a financiar la subcuenta de compensación del Fosyga. Lo anterior implicaría que a partir de 2011 se podrán distribuir cerca de \$1.5 billones de pesos entre el pago de las obligaciones del Régimen Contributivo y del Subsidiado según las necesidades financieras de cada uno de estos. La anterior disposición es particularmente importante en la medida en que permite resolver de manera expedita problemas de flujos de recursos al interior del Sistema como ha sucedido en situaciones anteriores.

El Proyecto plantea que un cuarto (1/4) de punto de la contribución parafiscal a cargo de las Cajas de Compensación sea utilizado por las cajas para financiar la afiliación al Régimen Subsidiado, lo que representaría cerca de 200 mil millones de pesos adicionales para incrementar cobertura y unificar planes de beneficios. Adicionalmente, el Proyecto destina hasta el 50% de los recursos del Fonede a salud.

De igual forma, se establece que un uso prioritario de los recursos de los departamentos, distritos y municipios será la financiación del Régimen Subsidiado para toda la población de los niveles 1 y 2 del Sisbén no afiliada al régimen contributivo para agilizar el proceso de universalización de la cobertura. Una vez asegurado el 100% de esta población, los recursos se podrán destinar a financiar cualquier otro concepto de salud.

Por otro lado, vale la pena resaltar que en el presente Proyecto se propone incrementar la distribución sectorial de los recursos del SGP a favor de la salud de los colombianos, lo que implicaría recursos adicionales por un monto aproximado de 348 mil millones de pesos a partir de 2011. De estos recursos dos tercios se utilizarían para financiar la estrategia de Atención Primaria en Salud y un tercio se utilizaría para financiar el aseguramiento a través del Régimen Subsidiado. Así, el Régimen Subsidiado se financiará en su mayoría con recursos de la Nación, lo que, sin detrimento del principio de la solidaridad, implicaría la unificación de fuentes y el manejo más eficiente de los recursos, agilizaría el flujo de los mismos al interior del sistema a través del giro directo y aseguraría la provisión de servicios de mejor calidad.

Con las disposiciones descritas anteriormente, el Proyecto de ley reasigna usos por un monto cercano a los 3,2 billones de pesos, de los cuales 600 mil millones de pesos corresponden a nuevos recursos que se generan de manera permanente. Estos recursos serán utilizados para financiar la universalización del aseguramiento por medio del Régimen Subsidiado y la unificación de planes de beneficios.

Proyecto de ley					
	2011	2012	2013	2014	2015
Total recursos adicionales con adición presupuestal y reasignación de fuentes	\$3.183.445	\$4.728.961	\$5.015.014	\$5.319.456	\$5.641.078
(% del PIB)	0,59%	0,81%	0,80%	0,79%	0,78%
Total recursos adicionales sin adición presupuestal y reasignación de fuentes	\$3.183.445	\$3.354.868	\$3.536.009	\$3.727.529	\$3.183.445
(% del PIB)	0,59%	0,58%	0,57%	0,55%	0,59%
Recursos nuevos para Régimen Subsidiado	\$609.426	\$639.570	\$672.198	\$707.674	\$609.426
(% del PIB)	0,11%	0,11%	0,11%	0,11%	0,11%

Así mismo, dentro del Proyecto se plantea que, a través de mecanismo de coordinación con los esquemas de aseguramiento de riesgos profesionales y de accidentes de tránsito, se optimice el gasto y se jalonen recursos hacia el sector de la salud. Lo anterior reduce los costos que en la actualidad se cargan al Sistema y que corresponden a otros esquemas de aseguramiento. Si bien estos recursos son difíciles de cuantificar, es claro que en el panorama de integración y articulación a través de la estrategia de Atención Primaria en Salud, tenerlos en cuenta ayuda a incrementar la eficiencia en la utilización de los recursos del sistema. Otros \$230 mil millones nuevos se destinarán a esta estrategia.

Atención Primaria en Salud, Salud Pública y Promoción y Prevención*					
	2011	2012	2013	2014	2015
Total	\$1.054.322	\$1.115.701	\$1.180.585	\$1.249.165	\$1.321.641
(% del PIB)	0,20%	0,19%	0,19%	0,19%	0,18%
De los cuales recursos adicionales	\$232.185	\$246.116	\$260.883	\$276.536	\$293.129
(% del PIB)	0,04%	0,04%	0,04%	0,04%	0,04%

*A estos recursos se adicionan los que provienen de la articulación de la estrategia de APS con el sistema de riesgos profesionales y del Fondo de Prevención Vial.

Teniendo en cuenta lo anterior, el sistema queda en equilibrio. La tabla muestra cómo se financian el Régimen Contributivo y el Subsidiado. Si bien es claro que el proceso de unificación es costoso, los excedentes generados en esta ley durante los primeros años compensan los costos generados al final de la unificación del Plan de Beneficios.

Balance del Sistema					
	2011	2012	2013	2014	2015
Régimen Contributivo					
Ingresos	\$13.103.173	\$12.936.495	\$13.601.713	\$14.296.632	\$15.019.133
Costos	\$13.305.434	\$13.398.890	\$13.766.792	\$14.402.401	\$15.043.611
Balance (% del PIB)	-0,01%	-0,05%	0,00%	0,01%	0,02%
Régimen Subsidiado					
Ingresos	\$8.283.233	\$ 9.486.231	\$10.096.796	\$10.893.865	\$11.609.665
Costos	\$7.482.927	\$ 8.521.759	\$ 9.766.013	\$11.357.092	\$12.261.495
Balance (% del PIB)	0,15%	0,17%	0,05%	-0,07%	-0,09%

Finalmente, se propone fortalecer el sistema financiero del Sistema con la creación del Fondo de Garantías para el Sector de la Salud, financiado con 0.2% de los ingresos de las EPS y ESES, y los rendimientos financieros de los excedentes de los recursos para salud adicionados por la Ley 1393/ 2010. Estas medidas se toman con el objetivo de asegurar el pago de las obligaciones en caso de intervención o liquidación de las EPS e IPS y de facilitar el recaudo de recursos, lo que reduce los costos financieros del sistema. Además, se define un mecanismo de retención en la fuente que permita al agente recaudador de aportes ejercer mayor control sobre las contribuciones disminuyendo la evasión y elusión.

Con las disposiciones que en materia de recursos se introducen en este proyecto se totalizan nuevos recursos por cerca de \$800 mil millones anuales que contribuirán a avanzar en la igualación de los Planes de Beneficios, la universalización, la puesta en marcha de la estrategia de Atención Primaria en Salud, Promoción de la salud y prevención de la enfermedad y en las acciones tendientes a mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud.

6. DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Dentro de la política de prestación de servicios de salud que adelanta el Gobierno Nacional se considera importante generar reglas que le permitan mejorar las condiciones de accesibilidad, calidad, oportunidad en la prestación de los servicios, con eficiencia en el uso de los recursos y sostenibilidad de las instituciones y satisfacción del usuario.

Para tal fin, se proponen un conjunto de artículos que regulan las condiciones aplicables a los contratos por capitación, de manera que este mecanismo de pago no implique la transferencia del riesgo a los prestadores, ni genere barreras de acceso a los usuarios. Por lo anterior, se restringe la aplicación de este mecanismo solamente a la prestación de servicios de baja complejidad, quedando por fuera de manera implícita los servicios de mediana y alta complejidad, ya que estos son menos predecibles en su frecuencia y costo lo cual conlleva mayor posibilidad de transferencia del riesgo hacia los

prestadores y el desborde de los costos asociados. La propuesta limita la capitación en actividades de prevención y promoción, las intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública que deben hacerse bajo un esquema de inducción de la demanda, con el fin de incentivar este tipo de acciones como elementos centrales de la estrategia de atención primaria en salud.

El proyecto busca hacer más expedito el flujo de los recursos. Ante las dificultades observadas en el pago de los servicios por parte de las EPS a las IPS. Pese a la normatividad que regula esta relación, los problemas persisten y se considera conveniente, derogar el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 para darle facultades al Gobierno, quien deberá determinar los plazos, condiciones, términos y porcentajes que regirán el pago de servicios de salud, teniendo en cuenta el mecanismo de pago. Igualmente, se establecen intereses moratorios por el no pago dentro de los plazos que defina el gobierno de manera que se desincentive la demora en el pago. Adicionalmente, se prohíbe la obligatoriedad de procesos de auditoría previa a la presentación de la factura, por cuanto dichas auditorías implican demoras adicionales para la recepción de las facturas sin que se consideren presentadas para efecto de aplicación de plazos de pagos, mecanismos que se están presentando en la actualidad.

A la fecha el Gobierno Nacional ha logrado importantes avances en la implementación de los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. No obstante lo anterior, es necesario reforzar los conceptos del Sistema de Garantía de Calidad, y a través de mecanismos como la verificación previa de las condiciones de habilitación de nuevas IPS, garantizar las mejores condiciones de seguridad para los usuarios.

Con esto, se busca avanzar en mejorar las condiciones de calidad, eficiencia y sostenibilidad financiera de las Empresas Sociales del Estado. En algunas regiones del país existen empresas sociales del Estado con mínima cobertura poblacional y alta cercanía entre ellas, lo que genera altos costos de operación e ineficiencia en el gasto especialmente el de tipo administrativo, situación que puede ser mitigada con la implementación de estrategias como la fusión de empresas, lo que permite generar economías de escala.

Uno de los mecanismos que facilita el logro de mejores condiciones de eficiencia y sostenibilidad en las Empresas Sociales del Estado es la operación con terceros, lo que permita flexibilizar su capacidad de prestación de servicios, para adecuarse al tipo y volumen de servicios requeridos por la demanda en función de variables de tipo epidemiológico, administrativo y contractual frente a los diferentes pagadores de servicios de salud.

Actualmente existen en el país más de 73.000 camas hospitalarias que al correlacionarse con la población muestran que el país presenta un índice cercano a 1.7 camas por cada mil habitantes, cifra que supera el promedio regional que según la OMS para

el año 2007 era de 1.4. De igual manera se destaca el crecimiento de la oferta de servicios altamente especializados como las unidades de cuidados intensivos las cuales han incrementado su número en un 100% en los últimos 5 años. El nivel mediano de atención ha sido restringido por políticas, normas y el mercado, con nocivos efectos para la población de provincia.

El Sistema no ha logrado garantizar la integridad de la atención de servicios de salud a la población y se evidencia problemas de coordinación, continuidad y oportunidad. El resultado de la existencia de buenas instituciones operando de manera inconexa en espacios geográficos compartidos ha hecho que haya fragmentación de los servicios ofrecidos en unos casos y duplicación en otros con el consiguiente uso ineficiente de recursos.

Adicionalmente se presentan barreras de acceso por situaciones geográficas, administrativas, económicas e incluso culturales, así como la falta de oferta de servicios o de personal profesional y especializado en salud, en muchas regiones del país; toda vez que no existen condiciones de mercado en dichas regiones, lo cual no debe implicar una prestación del servicio de salud sin calidad y oportunidad.

Con el fin de dar solución a los anteriores planteamientos, un número importante de artículos del presente proyecto de ley apunta a destacar la importancia de la aplicación del enfoque de redes en la organización de los servicios de salud, bajo los principios de: i) racionalización de los recursos, y ii) oportunidad de la atención en el lugar donde la persona vive, trabaja, se educa o se recrea. La obligación de implementar el enfoque de red requiere definir políticas claras y directrices para su conformación y funcionamiento, definiendo los requisitos básicos de calidad.

Teniendo en cuenta que las redes que se conformen deben contar con población asignada, referente geográfico, oferta que responda a las necesidades en salud de dicha población y que preste de manera articulada los servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación con capacidad resolutoria para atender la mayor parte de los problemas que se presenten y en caso de requerirse, contar con un sistema de referencia y contrarreferencia efectivo y lo más importante con un enfoque centrado en la persona, la familia y la comunidad.

En ese último propósito, la idea central gira en torno al papel protagónico que deben recuperar los niveles básicos de atención y la medicina general. La asignación de poblaciones de referencia también requiere el concurso con nuevas condiciones de las entidades territoriales en funciones de coordinación y en algunos casos de dirección de componentes de las redes.

En relación con las redes de atención en el contexto de la atención primaria en salud, el presente proyecto las describe en tres dimensiones: i) la red municipal para la gestión de los servicios básicos en el fomento, promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la constituyen los Equipos Básicos de Atención que operan en el ámbito comuni-

tario y se articulan con la institución prestadora de nivel de baja complejidad como expresión concreta de la atención primaria; ii) la red pública de salud debe ser objeto de una política específica del Estado para su fortalecimiento y desarrollo que logre incrementar su resolutivez en los niveles básico y mediano especialmente; y iii) red de servicios e instituciones con las cuales las EPS y en general los pagadores, garantizan los servicios a sus afiliados.

Para la conformación de las redes el proyecto de ley define unos criterios básicos que incluyen entre otros, población y territorio, oferta de servicios, recurso humano, acción intersectorial, esquemas de participación social, mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia, sistemas de información y financiamiento adecuado. El proyecto toca también temas de la coordinación de la red la cual estará a cargo de las Entidades Promotoras de Salud con el objetivo de prestar un servicio oportuno, pertinente y de calidad.

Con el propósito de dar respuesta adecuada a los requerimientos de salud de la población en función del perfil demográfico, epidemiológico y distribución geográfica, basados en el análisis del equilibrio de oferta/demanda, se considera necesaria su readecuación tecnológica tal que permita mejorar la capacidad resolutivez y de gestión de estas instituciones haciéndolas competitivas frente a las instituciones privadas. Para lo anterior, se propone la constitución de un fondo con recursos del Presupuesto General de la Nación que permita desarrollar un Plan de Inversiones, con generación de incentivos a aquellas que demuestren buenos resultados.

Las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado, están conformadas de acuerdo con lo establecido en el numeral 3 del artículo 195 de la Ley 100 de 1993, que se remite al artículo 19 de la Ley 10 de 1990. Lo anterior implica dificultad en la conformación de las mismas, especialmente en las entidades territoriales con poca población o bajo desarrollo. Igualmente, la conformación prevista con la normatividad actual genera conflictos para los prestadores, por cuanto entre sus integrantes figuran representantes del sector científico de la región donde operan, que son directores, socios, o administradores de entidades del sector salud en la misma región, generando situaciones de conflicto frente a la dirección de la entidad pública.

Por lo anterior, es necesario modificar el contenido de la ley, frente a la conformación de las juntas directivas, para lo cual se propone un artículo que establece la nueva conformación de las mismas, con énfasis en la participación de los trabajadores. Adicionalmente, se incluye una causal de inhabilidad e incompatibilidad para los miembros de estas juntas, por cuanto la normatividad existente no consagra una causal explícita frente a posibles situaciones de conflicto de interés por ser representantes legales, miembros de los organismos directivos, directores, socios, o administradores de otras entidades del sector salud.

De otra parte, y respecto a los gerentes de las Empresas Sociales del Estado, en la actualidad no

es posible el retiro de los mismos antes de terminar su período, a pesar de que se demuestren resultados insatisfactorios en su gestión, lo que implica deficiencias y dificultades en la operación, sostenibilidad, calidad y eficiencia en la prestación de servicios en estas entidades. En este sentido, se incluye en el proyecto el articulado que determina las condiciones y el debido proceso para el retiro del servicio de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado, en el caso de evaluación insatisfactoria de los planes de gestión aprobados por la Junta Directiva. Así mismo el Proyecto de ley define los términos en los cuales se deben suplir las vacantes que se puedan generar en el cargo de Director o Gerente de una ESE.

En el presente proyecto se reitera la obligatoriedad para las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado, de contratar con las Empresas Sociales del Estado el 60% del gasto en salud, porcentaje que será del 40% a partir de la unificación de los planes de beneficios de los dos regímenes. En adición se establece un proceso que desincentiva el incumplimiento de metas de acceso, calidad u oportunidad o el no reporte de información por parte de los hospitales públicos, con reducción de 10 puntos porcentuales por cada dos años de la contratación obligatoria, de manera que se garantice la mejor prestación de servicios a la población afiliada.

Con el fin de que los recursos públicos utilizados en la contratación que adelantan las Empresas Sociales del Estado sean debida y adecuadamente utilizados, es necesario regular mediante ley la contratación en dichas entidades, así como definir un sistema de contratación para la adquisición de bienes y servicios que permitan racionalizar los precios de los mismos a través de economías de escala, de tal manera que la gestión resulte más eficiente y con calidad optimizando los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El flujo de recursos por venta de servicios de salud por parte de los hospitales públicos, se ha convertido en uno de los mayores problemas que afecta la sostenibilidad y capacidad de operación continua. En este contexto se establece la necesidad de poner en marcha un Programa de Saneamiento de Cartera de las Empresas Sociales del Estado y la posibilidad de venta de la misma a establecimientos financieros, previa valoración y estructuración de la misma.

Respecto al flujo de recursos cabe destacar que la mayoría de proyectos de ley que antecedieron a este proceso de reforma, así como múltiple normatividad ha tratado de abordar el asunto, especificando al detalle cada uno de los movimientos del dinero dentro del sistema; sin embargo, una realidad que ha sido bien documentada desde hace varios años por observatorios privados y públicos ha sido el fenómeno del aumento en la cartera hospitalaria. Para enfrentar este problema que según datos del MPS es cercano a los dos billones de pesos, según la Procuraduría General de la Nación es superior a los 2.5 billones y según estudios de gremios como la asociación de clínicas y hospitales alcanza cifras

superiores a los 3.5 billones de pesos, el proyecto de ley crea condiciones de mercado, de estabilización financiera y de vigilancia y control que pretenden detener o disminuir los daños descritos.

Respecto al mercado crea condiciones para que las EPS e IPS puedan acudir a figuras expeditas de liquidación de contratos y saneamiento de su cartera, en lo financiero habilita la creación de un fondo de garantía que debe servir para la estabilización del sector, nutrido con recursos del mismo sistema y dirigido a los sectores públicos y privados ambos damnificados por la actuación de agentes que no cumplen a cabalidad con sus funciones bien por problemas estructurales o por acciones deliberadas, a esos últimos se les aumentan las multas por parte de la Superintendencia la cual además estará facultada para escalar las sanciones hasta que se conviertan en talanquera contra las malas prácticas. No obstante el Gobierno Nacional queda con la orden legal de establecer nuevamente condiciones estrictas que al interactuar con la nueva ley deben detener el fenómeno bien documentado de un sistema que en medio de la abundancia de recursos ve sufrir a gran número de integrantes del mismo por la falta de liquidez.

Los procesos de universalización del aseguramiento y unificación de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado, implican que la financiación de las Empresas Sociales del Estado se hará fundamentalmente a partir de los ingresos por venta de servicios a los diferentes pagadores. En ese contexto, para garantizar el acceso a los servicios en aquellas zonas alejadas donde el hospital público es la única opción de prestación de servicios y los ingresos por venta de servicios sean insuficientes para garantizar su sostenibilidad en condiciones de eficiencia, en el proyecto se incluye un artículo que obliga a garantizar los recursos para financiar esta prestación de servicios de salud.

La importancia del hospital público en áreas espacio poblacional específicas, exige garantizar una financiación mínima que permita la cobertura independiente de los vaivenes del mercado y, por otra parte, se acepta que en un país diverso en oportunidades como en limitaciones es factible que existan entidades que siendo eficientes no logren equilibrio financiero y por eso se dispone mantener un tramo de la financiación del Sistema General de Participaciones, hasta el 10%, para pagar subsidio a la oferta donde las condiciones del mercado no sean competitivas.

En relación con el programa de saneamiento fiscal de las Empresas Sociales del Estado, en el seguimiento que se hace de la gestión de las mismas del nivel territorial el Gobierno Nacional ha observado debilidades en la gestión, sobredimensionamiento e inflexibilidad en el gasto, entre otros problemas, que generan condiciones de riesgo para la garantía del goce efectivo del derecho a la salud de los usuarios de estas entidades. Entre las debilidades de gestión se identifica el crecimiento de los gastos no ligados a la prestación de servicios, la ineficiencia en la gestión del recaudo así como la acumulación de pasivos, que de no corregirse oportunamente, po-

dría implicar la interrupción de la operación de estas entidades y su eventual cierre, generando un grave impacto en las condiciones de acceso, oportunidad, continuidad y calidad en la prestación de servicios de salud.

En razón a lo anterior, se hace necesario el establecimiento de medidas tendientes a lograr el equilibrio financiero de las ESE a través de la adopción de programas de saneamiento fiscal y financiero y de la garantía de fuentes de recursos, como los provenientes del FAEP, que permitan que aquellas entidades con algún tipo de riesgo puedan recuperarse y garantizar el cumplimiento de su objeto social y el goce efectivo del derecho a la salud de la población usuaria de las mismas.

En este mismo contexto se plantean medidas que permiten destinar recursos para el rediseño, modernización y reorganización de los hospitales de la red pública y el saneamiento de sus pasivos.

Con relación al proceso de saneamiento de aportes patronales, la Ley 715 de 2001, al definir las competencias de las entidades territoriales, en lo relativo al sector salud, determinó que una parte de los recursos deberían destinarse al pago de los aportes patronales de los trabajadores del mismo sector salud, es decir para asumir la parte de la cotización que corresponde pagar al empleador. Esto significa que estos recursos se destinan a pagar los servicios de salud a cargo de las entidades territoriales, pero en lugar de entregarlos por cada servicio prestado, se asume parte de este costo a través del pago de los aportes patronales, girando de manera directa a las administradoras y aseguradoras de salud, pensiones, cesantías y riesgos profesionales.

La legislación vigente, determina los criterios para estimar los requerimientos de recursos para este concepto, así como el procedimiento para la utilización de los recursos excedentes, sin embargo estos procedimientos presentan dificultades, dada la falta de inmediación temporal frente a las situaciones de hecho a las que se refiere y a su dependencia del cumplimiento cabal por parte de los varios actores involucrados en la operación, lo que implica importantes diferencias entre los valores requeridos para el pago de los aportes por parte de la IPS y los que cada administradora recibe mes a mes, generando un volumen creciente de recursos en las entidades administradoras y aseguradoras de pensiones, salud, riesgos profesionales y cesantías que no corresponden a derechos o prestaciones laborales exigibles con cargo a estos recursos.

En este orden de ideas, se considera necesario definir un término perentorio de doce meses para que se realice por parte de los involucrados, el proceso de saneamiento con el procedimiento que determine el Ministerio de la Protección Social.

6. 4. MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS

Los medicamentos y dispositivos médicos son componentes de alta relevancia en los sistemas de salud y en muchos casos constituyen una respuesta costo-efectiva para la prevención, diagnóstico, tratamiento y cura de enfermedades. Sin embargo, o

precisamente por ello, el peso de los mismos en el gasto ha puesto en peligro la capacidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia para asumir los costos derivados de su acceso por parte de la población.

Es por ello que resulta necesario abordar la problemática del acceso a medicamentos y dispositivos médicos desde una óptica integral; esto es, formular políticas, adoptar estrategias e implementar medidas que permitan que los colombianos puedan acceder a este tipo de productos a precios razonables, pero siempre respondiendo a estándares de calidad.

En efecto, un verdadero acceso a medicamentos y dispositivos médicos no se concibe si no están incorporadas las variables de precio razonable, oportunidad en la entrega, cantidad suficiente y calidad.

En el año 2003, el Ministerio de la Protección Social presentó un documento de Política Farmacéutica Nacional, el cual involucra aspectos como calidad, uso adecuado de medicamentos y acceso. La aplicación de esta política ha derivado en el desarrollo de actividades, programas y expedición de normas orientadas al cumplimiento de estándares de calidad como buenas prácticas en la cadena de comercialización, fortalecimiento de la vigilancia poscomercialización y la promoción de uso racional de medicamentos, entre otras.

La formulación de la política en 2003 atendía a la realidad del sector en su momento, pero la dinámica del sistema de salud obliga a una contextualización que responda a las actuales circunstancias a través de la promoción de la competencia, la regulación de precios, el fortalecimiento de los esfuerzos realizados en el cumplimiento de los estándares de calidad y la búsqueda del uso adecuado de medicamentos y dispositivos médicos en consonancia con los principios de equidad y sostenibilidad del sistema de salud.

En tal sentido, el Ministerio de la Protección Social considera necesaria la formulación de una política adoptada formalmente e insertada en los planes y programas sectoriales e intersectoriales, que incluya no solo medicamentos sino también dispositivos médicos y que tenga como fin último optimizar el acceso y uso de este tipo de productos. Esta política debe involucrar a las diferentes entidades del Gobierno y, muy especialmente, a los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud como prestadores de servicios, aseguradores, profesionales de la salud, pacientes, academia e industria. El Invima garantizará la calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos, los insumos y dispositivos médicos que se comercialicen en el país.

Ahora bien, dado que el precio es un factor de alta incidencia en el acceso a medicamentos y dispositivos médicos y en la sostenibilidad financiera del sistema de salud, el Gobierno Nacional debe contar con diferentes herramientas que permitan que la población disponga de estos productos a precios razonables.

La definición de las políticas y regulaciones que garanticen esta condición son establecidas de un lado por la Comisión Nacional de Precios de Me-

dicamentos, creada por virtud del artículo 245 de la Ley 100 de 1993. Sin embargo, esta Comisión solo tiene competencia para regular los precios de los medicamentos, pero deja por fuera a los dispositivos médicos. Es por esto que se plantea en el presente proyecto de ley ampliar dicha competencia para que la formulación y regulación de la política de precios pueda ser aplicada también a los dispositivos médicos.

De otro lado, otros mecanismos como la negociación y compra directa de medicamentos e insumos han demostrado ser importantes para alcanzar precios razonables de productos que cumplen con los requerimientos de calidad. Se destacan por su éxito las compras de biológicos del Programa Ampliado de Inmunizaciones y de insumos de interés en salud pública a través de fondos constituidos por la Organización Panamericana de la Salud, así como los procesos de negociación conjunta de medicamentos a nivel nacional e internacional.

No obstante lo anterior, debido a restricciones en materia de contratación pública, en algunos casos el país pierde la oportunidad de acceder a procesos de compras conjuntas, compras directas, compras centralizadas u otros mecanismos que aseguran precios razonables. Así las cosas, el Gobierno Nacional y las entidades públicas requieren de la facultad para adelantar negociaciones y efectuar compras directas a través de mecanismos que garanticen transparencia, eficiencia, economía y calidad de los productos adquiridos.

6. 5. INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD

En Colombia y el mundo el desarrollo de las tecnologías aplicadas a la mitigación de los riesgos sanitarios ha repuntado de manera ostensible. A su vez, la evolución de la tecnología médica ha generado grandes impactos en el desarrollo de las herramientas diagnósticas y terapéuticas, lo cual ha ido en incremento de los costos de atención en cada uno de los sistemas de salud. De tal suerte, es necesario que el Estado cuente con una entidad técnica que aporte información calificada para la toma de decisiones de política pública en salud.

Es de resaltar la sentida necesidad de que en Colombia se implemente un organismo que aborde de manera concienzuda la evaluación de las tecnologías sanitarias en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En este sentido, se propone la creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, como una corporación sin ánimo de lucro de naturaleza mixta, de la cual podrán hacer parte, entre otros, las sociedades científicas y la Academia Nacional de Medicina. Esta entidad será responsable de la evaluación de tecnologías en salud basada en la evidencia científica y sus orientaciones serán un referente para la definición de planes de beneficios y para los prestadores de los servicios de salud.

El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud tendrá como objetivos la evaluación de las tecnologías en materia de salud, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: seguridad, eficacia, efectividad, utilidad e impacto económico. A su vez, coordinará

los Centros de Evaluación acreditados y articulará la evaluación de los medios técnicos y de procedimientos para la promoción y atención en salud en sus fases de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y su impacto en la reducción de la morbilidad y mortalidad del país, así como el impacto potencial por la adopción de nuevas tecnologías. El Instituto estará encargado del diseño de estándares, protocolos y guías de atención en salud, basados en evidencia científica, que sirvan de referente para la prestación de los servicios de salud. A su vez, deberá difundir las metodologías empleadas y la información producida.

6.6. TALENTO HUMANO

En Colombia y en el ámbito internacional, es creciente el reconocimiento del Talento Humano en Salud como elemento fundamental para el cumplimiento de los objetivos de los Sistemas de Salud en cobertura, calidad, equidad y eficiencia.

Las restricciones económicas, fiscales y financieras del Sistema General de Seguridad Social en Salud, constituyen un enorme desafío para cumplir las expectativas en áreas como aseguramiento, nivelación de planes de beneficios, mejoramiento de la calidad de la atención y cobertura de las actividades no incluidas en dichos planes.

Esto en un contexto donde en el lapso de una década la población asegurada en salud a través de los regímenes contributivo y subsidiado se incrementó en cerca del 80%, generando un crecimiento acelerado de demanda de servicios y de talento humano en salud. Por las características propias de los procesos de formación, la respuesta por parte del Sistema Educativo a esta dinámica del Sector Salud generó brechas en oportunidad, cantidad, pertinencia y calidad del talento humano.

Pese al crecimiento de los programas de pregrado y egresado en salud que entre 1990 y 1996, se observan déficits de algunos profesionales, particularmente médicos en algunas especialidades y regiones del país, mientras que en otros casos el sistema de salud no ha logrado incorporar adecuadamente a los egresados de programas como odontología, bacteriología y terapias, persistiendo el desempleo y bajos ingresos para dichos profesionales.

Variación del número de programas de pregrado del área de salud y sus egresados. 1990 a 2006

PROFESIÓN	PROGRAMAS			EGRESADOS		
	1990	2006	Var.	1990	2006	Var.
MEDICINA	21	41	95%	1.913	2.392	25%
ODONTOLGIA	11	18	64%	1.190	847	-29%
ENFERMERIA	19	38	100%	933	2.266	143%
BACTERIOLOGIA Y LAB. CLINICO	9	12	33%	497	644	30%
NUTRICION Y DIETETICA	6	6	0%	241	145	-40%
OPTOMETRIA	13	44	238%	136	100	-26%
QUIMICA FARMACEUTICA	3	3	0%	143	83	-42%
TERAPIAS	13	44	238%	298	2.460	726%
TOTAL	95	206	117%	5.351	8.937	67%

Fuente: Los Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Ed. 3°. Cendex, Universidad Javeriana.

De esta forma, mejoró el indicador de densidad de recursos humanos en salud y para 2010 se estima en 25 médicos y enfermeras por cada 10 mil habitantes, que corresponde al mínimo recomendado por la OMS.

El avance progresivo hacia el aseguramiento universal en salud generó una demanda creciente de servicios de salud y de profesionales de la salud, que absorbió con creces la mayor oferta de recursos humanos. Sin embargo, según la información del Observatorio Laboral del Ministerio de Educación Nacional, aún se estiman bajas tasas de ocupación en algunos profesionales graduados a partir de 2001, particularmente en odontología y bacteriología.

Estimaciones de empleo para algunas profesiones del área de la salud. 2007 vs. 2002²⁶

Profesión	2002 /1	2007 /2
Medicina	97,6%	90,0%
Enfermería	53,0%	91,0%
Odontología	51,5%	79,6%
Bacteriología	47,7%	83,9%
Nutrición y dietética	18,7%	90,6%

El caso de los médicos especialistas merece especial atención, dado que el crecimiento de la demanda de servicios de salud, ha sido más acelerado en el segmento que incorpora mayor tecnología y servicios especializados. Situación que contrasta con un crecimiento casi nulo de la oferta de programas de especialización, incluso con decrecimiento en casos como Medicina Interna.

Programa	Número de egresados de los programas de formación en educación superior en el área de la salud									
	Periodo 2001 a 2009									
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Medicina Interna	354	295	351	201	283	74	102	108	91	1.859
Pediatría	95	101	99	99	94	91	109	100	119	907
Gineco obstetrica (Incluye Subespecialidades)	80	76	86	88	72	73	75	69	71	690
Anestesiología (Incluye Subespecialidades)	98	75	99	79	88	80	70	72	80	741
Radiología (Incluye Subespecialidades)	36	29	32	25	31	33	24	33	23	266
Ortopedia (Incluye Subespecialidades)	37	44	55	33	34	27	38	35	39	342
Cirugía general	63	76	65	57	54	56	42	56	57	526
Cirugía plástica (Incluye Subespecialidades)	16	14	20	18	25	25	26	29	23	196
Cirugía (Subespecialidades sin plástica)	25	38	32	60	38	33	45	41	42	354
Medicina Familiar	11	15	15	11	19	18	14	17	19	139
Otras especialidades	614	540	628	494	620	454	518	525	507	4.900
Total egresados especialidades	1.075	1.008	1.131	964	1.075	890	961	977	980	9.051
Egresados Maestrías	31	20	27	43	59	50	71	54	105	460
Egresados Doctorados	2	1	2	3	4	3	4	3	3	25
Egresados Técnicos	113	110	133	95	184	89	168	107	144	1.143
Medicina pregrado	2.393	2.606	3.061	3.201	3.037	3.087	3.265	3.136	2.567	26.353
TOTAL EGRESADOS	3.614	3.745	4.354	4.306	4.359	4.119	4.469	4.277	3.799	37.042

Fuente: Observatorio Laboral del Ministerio de Educación Nacional. Consulta del 2 de septiembre de 2010. Cosolidación y agrupación: Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos MPS.

La situación se torna más compleja por las progresivas restricciones al campo de acción de los profesionales de la salud no especializados. Los médicos generales en muchos casos sólo se limitan a remitir pacientes porque no puede ejercer plenamente sus competencias profesionales, bien sea por carencia o restricción en el uso de ayudas diagnósticas o servicios básicos de apoyo, o por la carencia de un modelo apropiado de prestación de servicios.

En el caso de los profesionales de enfermería también se observan limitaciones al ejercicio pleno de sus competencias. Se concentran en actividades administrativas y pierden espacio y liderazgo en actividades como el manejo del parto.

²⁶ 1/ Fuente: Universidad de Antioquia. "Modelo de Oferta y Demanda de Recurso Humano en Salud en Colombia". Medellín, abril de 2002.

2/ Fuente: Observatorio Laboral Ministerio de Educación Nacional. Corresponde al porcentaje de egresados de estos programas entre los años 2001 y 2007, que en este último año cotizaron al Sistema de Seguridad Social. Estos datos no captan la emigración de profesionales, ni la situación de empleo de los egresados en años anteriores al 2001 y solo constituyen una aproximación al empleo.

Por esta razón, paralelamente a la definición de estrategias, como la Atención Primaria en Salud, para enfocar acciones intersectoriales e institucionales en la promoción y mantenimiento de la salud, que den un mayor protagonismo a los equipos de salud y los profesionales no especializados, para resolver las situaciones de salud más comunes de la población, se requiere establecer normas y políticas orientadas a mejorar la pertinencia y la calidad de los procesos de formación, ejercicio y gestión del Talento Humano en Salud considerando, además, unas condiciones adecuadas para su desempeño.

En este sentido, las instituciones, programas y procesos de formación de talento humano en salud en sus diversos niveles, deben procurar que sus egresados desarrollen las competencias necesarias para desempeñarse en el nuevo modelo de atención que se plantea en el proyecto de ley, dando mayor énfasis a las características y necesidades de salud de la población colombiana, sin desconocer los criterios y estándares internacionales. También, se requieren normas que permitan regular y ordenar la relación docencia servicio, buscando que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Institución de Educación Superior, desarrollen alianzas de largo plazo alrededor de proyectos educativos, con objetivos comunes en temas de formación y prestación de servicios, cerrando los espacios a prácticas fundadas únicamente en relaciones de tipo económico o comercial que afectan la calidad de la formación.

Dado que la formación y oferta de talento humano tienen un alto impacto en el acceso a los servicios de salud y calidad de los mismos, es prioritario que el Estado a través de la autoridad sanitaria asuma un mayor liderazgo y control sobre estos aspectos, particularmente en aquellas áreas que tienden a ser críticas, como es el caso de los servicios y talento humano especializado.

Para garantizar este propósito, la autoridad sanitaria tiene la responsabilidad de identificar y señalar, con el soporte técnico, científico y estadístico necesario, cuáles son los elementos que desde el sistema de salud se consideran pertinentes y relevantes para orientar el diseño y desarrollo de programas y procesos de formación. También se hace necesario orientar el uso de la red prestadora de servicios que sirve como escenario de práctica para la formación de profesionales y especialistas de la salud, estableciendo criterios que den prioridad a los requerimientos de sistema para atender las necesidades de salud de la población.

No se pueden dejar de lado las condiciones en las cuales se forma y desempeña en talento humano en salud. Para mejorar en esta área, lo fundamental es armonizar las dinámicas de los sistemas educativo, laboral y de servicios de salud, de tal forma que se reduzcan progresivamente las brechas de oferta y demanda de ocupaciones, profesiones, especialidades, tanto en el ámbito nacional como regional y local. Para esto es necesario establecer normas e incentivos adecuados, que sin vulnerar la autonomía universitaria y los derechos de los profesionales

de la salud, garanticen una oferta equitativa de profesionales de la salud en las diversas regiones del país, tanto en zonas rurales como urbanas.

Para armonizar estos objetivos, se considera que el servicio social voluntario para los profesionales de la salud, articulado a beneficios como el acceso privilegiado a los programas de especialización, constituye una herramienta efectiva. De un lado, obliga a las entidades prestadoras de servicios de salud a establecer mejores condiciones laborales para atraer a los profesionales a cumplir con este servicio y, por otro lado se genera un incentivo poderoso, con el acceso a la especialización, para que haya más profesionales dispuestos a prestar sus servicios a poblaciones pobres y vulnerables, que tienen dificultades para acceder a los servicios de salud.

Sin embargo, estos propósitos sólo se pueden garantizar en la medida en que el Estado, a través del Gobierno Nacional, tenga la competencia para dirigir y organizar la oferta, aprobación y asignación de cupos de especialidades en salud, que se otorgan a través de la red de prestación de servicios de salud, como se prevé en el proyecto de ley. Esta competencia está articulada a la creación de cargos especiales en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para los residentes, que tengan en cuenta la temporalidad de dichas actividades y la participación progresiva del residente en la prestación de servicios de salud, cuya financiación parcialmente se hará con recursos del presupuesto nacional, que actualmente están orientados a la financiación de programas de becas crédito para la formación de especialistas.

PROGRAMA BECAS CRÉDITO PARA ESPECIALISTAS EN SALUD						
PRESUPUESTO Y BECAS ASIGNADAS POR AÑO, 2003 - 2010						
Año	Presupuesto (\$ millones)			Beneficiarios beca crédito		
	MPS	ICETEX	Total	Renovados	Nuevos	Total
2003	6.000	6.000	12.000	1.552	783	2.335
2004	7.725	7.725	15.450	1.163	781	1.944
2005	8.000	8.000	16.000	1.914	801	2.715
2006	9.469	9.469	18.938	1.787	894	2.681
2007	9.848	9.872	19.720	2.336	301	2.637
2008	10.200	10.240	20.440	1.700	672	2.372
2009	11.000	10.573	21.573	1.813	816	2.629
2010	11.000	10.573	21.573	1.800	1.034	2.834
Totales	73.242	72.452	145.694	N.A	6.082	N.A

Fuente: Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos.

En síntesis, la Política de Talento Humano en Salud, liderada por el Ministerio de la Protección Social, deberá garantizar una adecuada articulación entre las necesidades de la población, las características del sistema de salud y las expectativas de los profesionales, técnicos, tecnólogos y auxiliares de la salud.

6. 7. CALIDAD Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Lograr mejoras en calidad requiere orientar a los agentes del sistema hacia la obtención de resultados que sean medibles y relevantes para los ciudadanos. En este sentido, es fundamental definir y hacer pública la información sobre los resultados de salud de todos los agentes del Sistema, pero de manera especial de los prestadores, aseguradores y las direcciones territoriales de salud, haciendo obligatorio el reporte y la difusión de la misma.

Para facilitar el cumplimiento del principio de libre escogencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que se refuerza en el presente proyecto de ley, se considera como herramienta fundamental la provisión de información a los usuarios de los servicios de salud, que permita la valoración por parte de los ciudadanos de variables asociadas a los resultados en salud (indicadores trazadores y centinela), satisfacción de los usuarios, y aspectos administrativos como la solvencia financiera, entre otros. Con estas medidas se busca reducir las asimetrías de información entre el usuario y los agentes.

Para este efecto, se establece la obligación de proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos que se establezcan en el reglamento a todos los agentes, con imposición de sanciones a quienes no reporten la información requerida.

En este contexto, se determina la obligación para el Ministerio de la Protección Social de establecer las guías e indicadores que den cuenta del desempeño de las direcciones territoriales de salud, entidades promotoras de salud y de las instituciones prestadoras de servicios de salud, así como la implementación de un sistema de evaluación y calificación de estas entidades, el cual dará a conocer públicamente a más tardar el primero (1°) de marzo de cada año, información que deberá incluir el número de quejas, gestión de riesgo, programas de prevención y control de enfermedades implementados, resultados en la atención de la enfermedad, prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, listas de espera; administración y flujo de recursos.

En la actualidad el SGSSS cuenta con el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), el cual integra la información de las instituciones que generan información para la toma de decisiones de política y de aspectos regulatorios, y el monitoreo y evaluación de la gestión de servicios de salud. El SISPRO sirve para consolidar y administrar grandes cantidades de datos de varias fuentes.

Durante la última década se han puesto en marcha diversas iniciativas para mejorar la información sobre el SGSSS, que varían en su alcance y grado de consolidación, como son el Sistema de Protección Social (SISPRO), el Registro Único de Afiliados (RUAF), la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), el Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), entre otros.

Pese a los avances, es frecuente que los diferentes agentes del sistema no reporten información relevante para los usuarios y con la periodicidad y la calidad que se requiere. Las medidas para cambiar esta situación no han logrado los resultados esperados y es urgente contar con herramientas para que todos los agentes pongan a disposición de los organismos competentes y de la ciudadanía información relevante y oportuna que permita conocer el

desempeño de sus actuaciones y que sea útil para el diseño de política y para una adecuada regulación y dirección del sistema.

Con el propósito de que los diferentes actores del sistema cuenten con información oportuna y confiable para la toma de decisiones, se crean los mecanismos para que a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) se articulen las bases de datos de otras entidades como la Registraduría Nacional del Registro Civil, el Sisbén y las Entidades promotoras de salud, que permitan la identificación completa de los afiliados.

Tal como lo plantea el proyecto de Reforma a la Salud, se propone fortalecer los sistemas de información del SGSSS para apoyar la política de mejoramiento de la gestión y resultados del sector de la salud orientando las acciones a la mejora en la calidad y atención en la prestación de los servicios. Ratificando estas necesidades se han priorizado como propuestas del sector salud en el marco del Plan Nacional de Tecnologías de Información y Comunicaciones -TIC-, las siguientes iniciativas de fortalecimiento de los sistemas de información en salud, en aspectos tales como:

a) Afiliación única: disminuir el tiempo y número de documentos requeridos para realizar la afiliación de empresas y ciudadanos a los diferentes componentes del sistema de seguridad integral y protección social.

b) Sistema de información unificado e integrado centrado en el paciente: garantizar que la información clínica centrada en el paciente sea compartida de manera unificada por parte de los diferentes actores del sector salud por medio de la definición de lineamientos, normas y estándares que rijan el funcionamiento, interoperabilidad y seguridad de los sistemas de información.

c) Sistema verificación derechos y autorización servicios: con el propósito de simplificar y agilizar el trámite correspondiente a la verificación y autorización de servicios de salud.

d) Telemedicina: Mejorar el acceso y oportunidad en la prestación de servicios de salud en poblaciones remotas por medio de la oferta de servicios de telemedicina.

e) Diálogo con los ciudadanos: crear un sistema de Información sobre Salud Sexual y Reproductiva y otros tópicos de interés en salud pública dirigida a la población general y grupos específicos mediante el uso de redes sociales.

f) SIHO-calidad y resultados: monitorear y hacer seguimiento a la gestión de los hospitales públicos y privados, a través del reporte periódico que realizan las IPS de información financiera, producción, calidad, y recurso humano.

g) RIPS: sistematizar vía internet, ampliar cobertura y calidad del registro individual de prestación de servicios de salud.

h) Sistema de precios de insumos y dispositivos médicos: permitir el control y análisis general de los precios para insumos y dispositivos médicos por

medio de la automatización y estandarización del reporte de precios para todos los actores relevantes dentro del sistema de salud.

i) Sistema de información de calidad en medicamentos: complementar un sistema para evaluar la calidad de los medicamentos para otorgar el registro sanitario así como realizar las inspecciones periódicas requeridas. Adicionalmente, la información de calidad y precios será compartida con los usuarios.

j) SIVIGILA: habilitar el sistema para la vigilancia en salud pública y vigilancia sanitaria y fitosanitaria para contar con información en tiempo real para la toma de decisiones y el control de epidemias y pandemias.

k) Centro Nacional de Enlace (CNE): crear un centro virtual de enlace de alerta y respuesta de orden intersectorial con capacidad de realizar la detección, verificación y evaluación de riesgos para la salud pública y de notificar a autoridades y organismos internacionales.

l) Sistema de Información del PAI: administrar técnica y eficientemente los datos que requieren la gestión y operación del PAI con el propósito de proveerle información confiable, oportuna y sistemática de la vacunación por cada individuo a todos los niveles territoriales y a los diferentes actores que intervienen en la toma de decisiones y en la definición de políticas y estrategias.

7. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

La inspección, vigilancia y control (IVC) es uno de los factores que debe ser fortalecido para que el SGSSS cumpla adecuadamente con sus objetivos. Los problemas de coordinación interinstitucional, articulación territorial, duplicidad de funciones y de capacidad de las diversas instituciones con competencias de IVC son algunos de los principales problemas que amenazan el funcionamiento adecuado del sistema.

Este proyecto permite fortalecer el orden jerárquico de la SNS como la máxima autoridad que vigila, controla e inspecciona en el sector salud, dándole herramientas más efectivas para determinar las sanciones que se acarrean a sus vigilados. El proyecto dispone que la DIAN se integre al sistema de IVC para el control a la evasión, elusión, a los empleadores, en la vigilancia de la afiliación; además de vigilar los recursos del Sistema.

El proyecto busca fortalecer la función preventiva de la Superintendencia Nacional de Salud, reconociendo que actualmente sus actuaciones son reactivas, lo que limita su efectividad. Con el propósito de garantizar el debido proceso, es requisito fortalecer el principio de la publicidad y el de oportunidad dentro de los mecanismos de IVC.

Uno de los puntos centrales de este proyecto es la desconcentración de funciones de la Superintendencia Nacional de Salud, que en la actualidad cuenta con 230 funcionarios, es nacional, y no tiene presencia regional. La desconcentración es una necesi-

dad sentida, y una herramienta clave para garantizar el cumplimiento de las ambiciosas metas que se ha fijado el Gobierno Nacional en materia de calidad.

Finalmente, el proyecto de ley avanza en la definición de la función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud. Se define el marco normativo y la creación de la superintendencia delegada de la función jurisdiccional y de conciliación, la norma que le da vida es el artículo 41 de la ley 1122 de 2007. Se definen cuatro casos en los cuales la SNS puede actuar como juez: i) cuando exista negativa de la cobertura del POS, ii) reembolso de recursos, iii) multifiliación; y iv) violación a la libre elección y de movilidad.

8. DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA

La normatividad existente en materia de participación en salud, fue importante en su momento (Decreto 1757/94 y Ley 1122/07), al crear nuevas formas de participación en el sector, sin embargo, se queda corta en cuanto a reglamentar alcances de la participación.

Se reconoce la existencia de múltiples organizaciones que trabajan por la salud, pero que por lo general son débiles, poco representativas, desarticuladas entre sí, y sin reconocimiento de las instituciones del sector, que no responden a sus solicitudes y reclamos y crean barreras para su real participación.

La participación en salud ha tenido algunos niveles de desarrollo en los sectores público y solidario. No obstante, en el sector privado prácticamente no se ha desarrollado y su acción se ha orientado especialmente a los procesos de vigilancia y control social, por tanto se requieren desarrollos normativos que promuevan la participación activa de las comunidades en los distintos procesos que componen el sector de la salud.

Para ello, en el presente proyecto de ley se propone una política nacional de participación social, a cargo del Ministerio de la Protección Social, se definen los deberes y las obligaciones de los usuarios, se refuerza la figura del defensor del usuario en cada EPS y se facilitan los trámites de los usuarios.

9. PROPOSICIÓN FINAL

Solicitamos a las honorables Comisiones Séptimas Conjuntas debatir y aprobar el **Proyecto de ley número 01 de 2010 Senado, 106 de 2010 Cámara, por medio de la cual se modifica el Sistema General de SSS y se dictan otras disposiciones y sus acumulados Proyecto de ley número 01 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 95 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 143 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 147 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 160 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 161 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 182 de 2010 Senado, Proyecto de ley número 111 de 2010 Cámara y Proyecto de ley número 126 de 2010 Cámara, Proyecto de ley número 035 de 2010 de iniciativa gubernamental y Proyecto de ley número 087 de 2010 Cámara, con base en el texto propuesto que se adjunta y que forma parte integral del presente informe de ponencia.**

Atentamente,
Por el honorable Senado de la República,

 JORGE E. BALLESTEROS B. Coordinador Senador de la República	 ANTONIO JOSÉ CORREA Coordinador Senador de la República
 GILMA JIMÉNEZ GÓMEZ Senadora de la República	 DILIAN FRANCISCA TORO TORRES Senadora de la República
 GUILLERMO A. SANTOS M. Senador de la República	 FERNANDO E. TAMAYO T. Senador de la República
 MAURICIO OSPINA GÓMEZ Senador de la República	 GERMÁN B. CARLOSAMA LÓPEZ Senador de la República
EDUARDO CARLOS MERLANO MORALES Senador de la República	
Por la Honorable Cámara de Representantes,	
 ARMANDO A. ZABARAIN D'ARCE Coordinador Representante a la Cámara	 DIELA LILIANA BENAVIDES SOLARTE Representante a la Cámara
 MARTHA CECILIA RAMÍREZ ORREGO Representante a la Cámara	 ELÍAS RAAD HERNÁNDEZ Representante a la Cámara
 HOLGER HORACIO DÍAZ HERNÁNDEZ Representante a la Cámara	 LUIS FERNANDO OCHOA ZULUAGA Representante a la Cámara
 RAFAEL ROMERO PIÑEROS Representante a la Cámara	

COMISIONES SÉPTIMAS CONSTITUCIONALES PERMANENTES DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA Y DE LA HONORABLE CÁMARA DE REPRESENTANTES

En Sesiones Conjuntas y con mensaje de urgencia, Bogotá D. C., a los once (11) días del mes de noviembre año dos mil diez (2010).- En la presente fecha se autoriza la publicación en la Gaceta del Congreso de la República, la Ponencia para Primer Debate y Texto propuesto para Primer, en Sesiones Conjuntas de las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes, al Proyecto de ley 01 de 2010 Senado, 106 de 2010 Cámara”, por medio de la cual se Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, y sus Proyectos acumulados: 95 de 2010 Senado, 143 de 2010 Senado, 147 de 2010 Senado, 160 de 2010 Senado, 161 de 2010 Senado, 182 de 2010 Senado, 035 de 2010 Cámara, 087 de 2010 Cámara, 111 de 2010 Cámara y 126 de 2010 Cámara, en ciento veintinueve (129) folios y Texto contentivo de ciento veintinueve (129) artículos.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

Nota Secretarial

El presente informe de ponencia para primer debate y texto propuesto para Primer debate, que se or-

dena publicar, con proposición de debate (positiva), solamente está refrendado por los honorables Senadores Jorge Eliécer Ballesteros, Dilian Francisca Toro Torres, Gilma Jiménez Gómez, Antonio José Correa Jiménez, Guillermo Antonio Santos Marín, Fernando Tamayo Tamayo y Eduardo Carlos Merlano Morales (por el honorable Senado de la República), y por la honorable Cámara de Representantes está refrendado por los siguientes ponentes: Armando Zabarain D’Arce, Martha Cecilia Ramírez Orrego, Luis Fernando Ochoa Zuluaga y Rafael Romero Piñeros (no la refrendaron: Diela Liliana Benavides Solarte, Elías Raad Hernández, Alba Luz Pinilla Pedraza y Holger Horacio Díaz Hernández), en su calidad de ponentes. Los honorables Senadores Germán Bernardo Carlosama López y Mauricio Ernesto Ospina Gómez, no refrendaron el presente informe de ponencia.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 01 DE 2010 SENADO, 106 DE 2010 CÁMARA, Y SUS ACUMULADOS AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 95 DE 2010 SENADO, AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 143 DE 2010 SENADO, AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 147 DE 2010 SENADO, AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 160 DE 2010 SENADO, AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 161 DE 2010 SENADO, AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 182 DE 2010 SENADO, AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 111 DE 2010 CÁMARA Y AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 126 DE 2010 CÁMARA

por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°. *Objeto de la ley.* Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud definiendo un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

Artículo 2°. *Principios del sistema general de seguridad social en salud.* Modifícase el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto: “Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

1. UNIVERSALIDAD. El Sistema General de Seguridad Social en Salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.

2. **SOLIDARIDAD.** Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de seguridad social en salud entre las personas.

3. **IGUALDAD.** El acceso a la seguridad social en salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano por razones de sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.

4. **OBLIGATORIEDAD.** La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia.

5. **PREVALENCIA DE DERECHOS.** En ningún caso existirán barreras de accesibilidad para la prestación del servicio de salud para las mujeres en estado de embarazo, los niños, niñas y adolescentes, dentro del Plan de Beneficios. Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a los niños, niñas y adolescentes para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral, y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderán con los ciclos vitales formulados en esta ley.

6. **EQUIDAD.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago, evitando que prestaciones individuales pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.

7. **CALIDAD.** Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma ágil y oportuna, mediante una atención humana.

8. **EFICIENCIA.** Es la óptima relación entre los recursos disponibles y los resultados en salud de los afiliados.

9. **PARTICIPACIÓN SOCIAL.** Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

10. **PROGRESIVIDAD.** Es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios.

11. **LIBRE ESCOGENCIA.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red.

12. **SOSTENIBILIDAD.** Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema de Seguridad Social en salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal.

13. **TRANSPARENCIA.** Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.

14. **DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA.** La organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud será descentralizada y de ella harán parte las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.

15. **COMPLEMENTARIEDAD Y CONCURRENCIA.** El sistema propiciará que la acción y aportes de los actores del sistema en los distintos niveles territoriales se complementen y todos concurren con acciones y recursos en el logro de los fines del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las inversiones de los fondos que administren recursos del Sistema no podrán afectar el flujo de recursos del mismo.

16. **CORRESPONSABILIDAD.** Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, por una efectiva atención primaria, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio.

17. **INTERSECTORIALIDAD.** Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta afectan los determinantes y el estado de salud de la población.

Artículo 3°. *Rectoría del sector salud.* La dirección, orientación y conducción del Sector Salud estará en cabeza del Ministerio de la Protección Social, como órgano rector de dicho sector.

Artículo 4°. *Competencias de los distintos niveles de la administración pública.* Adicionar al artículo 42 de la Ley 715 de 2001 los siguientes numerales:

42.22. Aprobar los planes bienales de inversiones públicas para la prestación de los servicios de salud de los Departamentos y Distritos, en los términos que determine el Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con la Política de Prestación de Servicios de Salud.

42.23. Diseñar indicadores para medir logros en salud, determinar la metodología para su aplicación, así como la distribución de recursos de conformidad con estos, cuando la ley así lo autorice.

Modificar los siguientes numerales del artículo 43 y 44 de la Ley 715 de 2001 así:

43.2.7. Avalar los planes bienales de inversiones públicas en salud de los municipios de su jurisdicción, en los términos que defina el Ministerio de la Protección Social, de acuerdo con la Política de Prestación de Servicios de Salud cuyo consolidado constituye el plan bienal de inversiones públicas departamentales.

43.3.4. Formular y ejecutar el Plan de Intervenciones Colectivas departamentales.

43.3.9. Asistir técnicamente y supervisar a los municipios en la prestación del Plan de Intervenciones Colectivas y las acciones de salud pública individuales que se realicen en su jurisdicción.

43.4.3. Cofinanciar la afiliación al Régimen Subsidiado de la población pobre y vulnerable.

44.3.1. Adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental, así como formular, ejecutar y evaluar los Planes de Intervenciones Colectivas.

Adicionar a los artículos 43 y 44 de la Ley 715 el siguiente numeral:

43.3.10. La responsabilidad para la coordinación de la estrategia de Atención Primaria en Salud será departamental. El Gobierno Nacional y los departamentos concurrirán en el financiamiento de dichos servicios.

44.3.7. La responsabilidad para la coordinación de la organización de los servicios en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud será distrital y municipal.

TÍTULO II SALUD PÚBLICA, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

CAPÍTULO I

Salud Pública

Artículo 5°. *Plan decenal para la salud pública.* El Ministerio de la Protección Social elaborará un plan decenal de salud pública a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población.

El Plan definirá los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables sectoriales, los indicadores de seguimiento y los mecanismos de evaluación del plan.

El Ministerio de la Protección Social podrá hacer modificaciones al plan decenal de acuerdo con las prioridades en salud según análisis de los eventos de interés en salud pública que se presenten.

Parágrafo transitorio. El primer Plan Decenal deberá ponerse en vigencia en el año 2012.

Artículo 6°. *Observatorio Nacional de Salud.* El Ministerio de la Protección Social creará el Observatorio Nacional de Salud, dirigido por el Instituto Nacional de Salud. El Gobierno Nacional establecerá mediante reglamento las condiciones de organización y operación del Observatorio Nacional de Salud y apropiará los recursos necesarios para su implementación.

Artículo 7°. *Funciones del Observatorio Nacional de Salud.* El Observatorio Nacional de Salud tendrá a su cargo las siguientes funciones:

1. Realizar el seguimiento a las condiciones de salud de la población colombiana, mediante el análisis de las variables e indicadores que recomiende la práctica sanitaria y la política pública en materia de condiciones de salud.

2. Servir de soporte técnico a las autoridades del país en materia de análisis de la situación de salud.

3. Realizar directa o indirectamente evaluaciones periódicas sobre la situación de salud de las regiones, de grupos poblacionales especiales y hacer públicos los resultados.

4. Fortalecer el sistema de información epidemiológica con énfasis en las zonas de frontera.

5. Formular recomendaciones, propuestas y advertencias de seguimiento al Ministerio de la Protección Social y a la Comisión de Regulación en Salud o a la entidad que haga sus veces.

CAPÍTULO II

Acciones de salud pública, atención primaria en salud y promoción y prevención

Artículo 8°. *Uso de los recursos de promoción y prevención.* El Gobierno Nacional será el responsable de la política de promoción de salud y la prevención de la enfermedad como pilares de la estrategia de atención primaria en salud, para lo cual determinará la prioridad en el uso de los recursos que para este fin administren las entidades territoriales y las Entidades Promotoras de Salud.

El Ministerio de la Protección Social y las entidades territoriales establecerán objetivos, metas, indicadores de seguimiento sobre resultados e impactos en la salud pública de las actividades de promoción de salud y la prevención de la enfermedad.

Parágrafo. Lo anterior no excluye las prioridades que tengan las Entidades Promotoras de Salud soportadas por el perfil epidemiológico y desviación del costo de sus afiliados.

Artículo 9°. *Contratación de las acciones de salud pública y promoción y prevención.* Las acciones de salud pública y promoción y prevención serán ejecutadas en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, de acuerdo con el plan territorial de salud y se contratarán y ejecutarán de forma articulada.

Los recursos de las entidades territoriales a los que se refiere el presente artículo continuarán girándose y manejándose en las cuentas maestras de que trata el literal b) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007.

Los gobernadores y alcaldes contratarán las acciones colectivas de salud pública de su competencia con las redes habilitadas en el espacio poblacional determinado por el municipio con base en la reglamentación establecida por el Ministerio de la Protección Social, para la prestación de servicios de salud conforme a la estrategia de atención primaria en salud.

Las Entidades Promotoras de Salud prestarán las intervenciones de promoción de la salud, detección temprana, protección específica, vigilancia epidemiológica y atención de las enfermedades de interés en salud pública del Plan de Beneficios con las redes definidas para una población y espacio determinados.

Las redes conformadas por los municipios y las Entidades Promotoras de Salud en los espacios poblacionales para la prestación de servicios de salud serán habilitadas por el departamento o los distritos en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad, de acuerdo con la reglamentación que para tal fin establezca el Ministerio de la Protección Social.

La contratación incluirá las coberturas por grupo etario, metas, resultados, indicadores de impacto y seguimiento, que se verificarán con los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS).

CAPÍTULO III

Atención Primaria en Salud

Artículo 10. *De la atención primaria en salud.* La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción

de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La atención primaria hace uso de métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo-efectividad de los servicios de salud.

Artículo 11. *Implementación de la atención primaria en salud.* Para implementar la atención primaria en el Sistema General de Seguridad Social en salud se tendrán en cuenta los siguientes elementos:

1. Énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
2. Acciones Intersectoriales para impactar los determinantes en salud.
3. Cultura del autocuidado.
4. Orientación individual, familiar y comunitaria.
5. Atención integral, integrada y continua.
6. Interculturalidad, que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud.
7. Talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado.
8. Fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la resolutiveidad.
9. Participación activa de la comunidad.
10. Enfoque territorial.

Artículo 12. *Coordinación intersectorial.* Para el desarrollo del Plan Decenal de Salud en el marco de la estrategia de atención primaria, concurrirán todas las instancias que hacen parte del Sistema de Protección Social y otros actores, quienes ejecutarán tareas para la intervención sobre los determinantes en salud, en forma coordinada, bajo las directrices, criterios y mecanismos del Consejo Nacional de Política Social (Conpes) y del Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 1°. Para garantizar la coordinación intersectorial, el Conpes tendrá un Consejo Especial que se reunirá cada seis (6) meses para hacer seguimiento a las acciones a realizar para el manejo de determinantes en salud.

Parágrafo 2°. A nivel de las entidades territoriales esta coordinación se realizará a través de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en salud con la participación de las instituciones y organizaciones comprometidas con los determinantes en salud.

Artículo 13. *Fortalecimiento de la baja complejidad.* El Gobierno Nacional formulará la Política de fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar su capacidad resolutive, con el fin de que se puedan resolver las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población.

Artículo 14. *Equipos básicos de salud.* Se promoverá la conformación de los Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud (EBAPS) como un

concepto funcional y organizativo que permita desarrollar de manera práctica la estrategia de atención primaria en salud. Para la financiación y constitución de estos equipos podrán concurrir talento humano y recursos interinstitucionales del sector salud destinados a la salud pública y de otros sectores que participan en la atención de los determinantes en salud.

La constitución de equipos básicos implica la reorganización funcional, capacitación y adecuación progresiva del talento humano. Los equipos básicos deberán ser adaptados a las necesidades y requerimientos de la población.

Artículo 15. *Funciones de los Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud – EBAPS.* Los EBAPS tendrán entre sus funciones las siguientes:

1. Realizar el diagnóstico familiar de acuerdo con la ficha unificada que se defina a nivel nacional.
2. Identificación de riesgo individual, familiar y comunitario de los usuarios.
3. Informar sobre el portafolio de servicios de la protección social en salud a las familias de acuerdo a sus necesidades y a las políticas y reglamentación de dichos servicios.
4. Promover la afiliación al Sistema, la identificación plena de las familias de manera que al identificar a una persona no afiliada al Sistema se inicie el trámite de afiliación de manera que puedan acceder a los servicios de protección social.
5. Inducir la demanda de servicios de los eventos relacionados con las prioridades en salud pública y aquellos que ocasionan un alto impacto en salud pública.
6. Facilitar la prestación de los servicios básicos de salud, educación, prevención, tratamiento y rehabilitación.

TÍTULO III

SALUD PREVALENTE Y DIFERENCIAL PARA LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Artículo 16. *Salud prevalente.* El Plan de Beneficios incluirá una parte especial y diferenciada, que garantice la efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de enfermedades de los niños, niñas y adolescentes. Se deberá estructurar de acuerdo con los ciclos vitales de nacimiento: prenatal y hasta los cinco (5) años, de 6 a menores de 14 años, y de 14 a menores de 18 años.

La Comisión de Regulación en Salud o quien haga sus veces definirá y actualizará esta parte especial y diferenciada, una vez al año, que contemple prestaciones de servicios de salud para los niños, niñas y adolescentes, garantice la promoción, la efectiva prevención, detección temprana y tratamientos adecuados de enfermedades, atención de emergencias, restablecimiento físico y psicológico de derechos vulnerados, y rehabilitación de las habilidades físicas y mentales de los niños, niñas y adolescentes en situación de discapacidad, teniendo en cuenta sus ciclos vitales, el perfil epidemiológico y la carga de la enfermedad.

Artículo 17. *Servicios y medicamentos para los niños, niñas y adolescentes con discapacidad y enfermedades catastróficas.* Los servicios y medicamentos de la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios para los niños, niñas y adolescentes con discapacidades físicas, sensoriales, y los afec-

tados por enfermedades catastróficas y ruinosas, del plan de beneficios de familias de Sisbén 1 y 2 serán gratuitos para las familias.

Artículo 18. *Restablecimiento de la salud de niños, niñas y adolescentes cuyos derechos han sido vulnerados.* Los servicios de salud física y mental para los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física o sexual serán totalmente gratuitos, sin importar el régimen de afiliación. Serán diseñados e implementados garantizando la atención integral para cada caso, hasta que se certifique médicamente la recuperación de las víctimas.

Artículo 19. *Corresponsabilidad.* Los padres o representantes legales de los niños y adolescentes son responsables de su cuidado, desarrollo y de prevenir sus enfermedades y accidentes; gestionar la atención oportuna e integral a la salud de sus hijos o representados menores, y exigir al Sistema de Seguridad Social en Salud los servicios establecidos en la parte especial y diferenciada del plan de beneficios.

El Estado y las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud establecerán los mecanismos legales, administrativos y presupuestales para dar efectivo y oportuno cumplimiento a la parte especial y diferenciada del plan de beneficios y de ofrecer oportuna y efectivamente y con calidad los servicios.

Artículo 20. *Obligación de denunciar posible vulneración de derechos, maltrato o descuido.* Las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud deberán notificar al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) los casos en que pueda existir negligencia de los padres o adultos responsables en la atención de los niños, niñas y adolescentes, y además denunciar ante la Fiscalía General de la Nación cuando detecten indicios de maltratos físicos, psicológicos o violencia sexual.

TÍTULO IV

ASEGURAMIENTO

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 21. *Portabilidad nacional.* Todas las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, a través de acuerdos con prestadores de servicios de salud y Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer los planes de beneficios en los dos regímenes.

El Gobierno Nacional reglamentará las condiciones para asegurar que las Entidades Promotoras de Salud tengan un número mínimo de afiliados que garantice las escalas necesarias para la gestión del riesgo y cuenten con los márgenes de solvencia y la capacidad financiera necesaria para operar de manera adecuada.

En todo caso las Entidades Promotoras de Salud deberán hacer públicos los porcentajes de la UPC dedicados a administración y prestación de servicios.

Parágrafo transitorio. Esta disposición entrará en vigencia a más tardar el 1° de junio de 2013.

Artículo 22. *Comité Técnico Científico de la Entidad Promotora de Salud.* Cuando los profesionales de la salud, bajo su responsabilidad médica y personal, ordenen prestaciones no previstas explícitamente en el Plan de Beneficios porque se requieren

con necesidad, el Comité Técnico Científico de la Entidad Promotora de Salud conformada por profesionales de la salud especializados, deberá emitir concepto sobre la pertinencia médica y científica de la prestación ordenada por el profesional de la salud tratante, que no esté prevista explícitamente en el Plan de Beneficios, para documentar, comprometiéndose su responsabilidad médica y personal, el derecho a solicitar al sistema su reconocimiento.

Las actuaciones de los comités serán objeto de auditoría por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. En los casos en los que se documente que se aprueban prestaciones que no se requieran con necesidad, la Entidad Promotora de Salud deberá asumir el costo de las mismas, las sanciones administrativas. En caso de reincidencia, la Entidad Promotora de Salud podrá perder su habilitación.

Artículo 23. *Conformación de la Junta Técnica Científica de Pares.* La Superintendencia Nacional de Salud tendrá una lista de médicos especialistas y otros profesionales especializados, para que emitan concepto sobre la pertinencia médica y científica de la prestación ordenada por el profesional de la salud tratante no prevista en el plan de beneficios, negada o aceptada por el comité técnico científico de la Entidad Promotora de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá un plazo no mayor a seis (6) meses para la conformación de las Juntas mencionadas en el presente artículo.

Artículo 24. *Reestructuración de Entidades Promotoras de Salud.* Se autoriza a las Entidades Promotoras de Salud independientemente de su naturaleza jurídica para realizar procesos de fusión, escisión, cesión de activos, pasivos y contratos, transformación de tipo de entidad y adquisición, en los términos que defina el Gobierno Nacional para el efecto. Hasta tanto se definan los procedimientos aquí señalados, se dará aplicación a las normas vigentes de la Superintendencia de Sociedades.

Se establecerán mecanismos necesarios para que la autorización de estas operaciones no afecten el derecho de los usuarios y se dé continuidad a la afiliación en las entidades resultantes de los respectivos procesos, quienes conservarán su habilitación, sin perjuicio de la verificación posterior por parte de la Superintendencia Nacional de Salud de las condiciones de permanencia.

Artículo 25. *Prescripción del derecho a solicitar reembolso de prestaciones económicas.* El derecho de los empleadores de solicitar a las Entidades Promotoras de Salud el reembolso del valor de las prestaciones económicas prescribe en el término de cuatro (4) años contados a partir de la fecha en que el empleador hizo el pago correspondiente al trabajador.

Artículo 26. *Reaseguro de salud.* Las Entidades Promotoras de Salud tendrán la obligación de contratar un reaseguro para cubrir la ocurrencia de enfermedades catastróficas o de alto costo, las contingencias o complicaciones de las atenciones de los servicios de salud que excedan lo incluido en los planes de beneficios. Este reaseguro podrá ser contratado con compañías de seguro por cada Entidad Promotora de Salud o por un grupo de ellas.

CAPÍTULO II

Administración del Régimen Subsidiado

Artículo 27. *Administración del régimen subsidiado.* Los entes territoriales administrarán el Régimen Subsidiado mediante el seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados dentro de su jurisdicción, garantizando el acceso oportuno y de calidad al Plan de Beneficios.

El Ministerio de la Protección Social girará directamente, a nombre de las Entidades Territoriales la Unidad de Pago por Capitación a las Entidades Promotoras de Salud, con fundamento en el instrumento jurídico definido por el Gobierno Nacional. En todo caso, el Ministerio de la Protección Social podrá realizar el giro directo con base en la información disponible, sin perjuicio de la responsabilidad de las entidades territoriales en el cumplimiento de sus competencias legales. El Ministerio de la Protección Social, definirá un plan para la progresiva implementación del giro directo.

La Nación podrá colaborar con los municipios, distritos y departamentos, cuando aplique, con la identificación y registro de los beneficiarios del Régimen Subsidiado.

Parágrafo transitorio 1°. Los Distritos y los Municipios de más de cien mil habitantes (100.000) podrán continuar administrando los recursos del Régimen Subsidiado hasta el 31 de diciembre de 2012, utilizando el instrumento jurídico definido en el presente artículo.

Artículo 28. *Aseguramiento en territorios con población dispersa geográficamente.* El Gobierno Nacional definirá los territorios de población dispersa y los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades y fortalecerá el aseguramiento.

Artículo 29. *Mecanismo de recaudo y giro de los recursos del régimen subsidiado.* El Ministerio de la Protección Social diseñará un sistema de administración de recursos y contratará un mecanismo financiero para recaudar y girar directamente los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud, incluidos los del Sistema General de Participaciones y los recursos de los que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

Habrà una cuenta individual por cada distrito, municipio y departamento, en las cuales se registrarán los valores provenientes de los recursos de que trata el inciso anterior, cuyos titulares son las entidades territoriales, las cuales deberán presupuestarlos y ejecutarlos sin situación de fondos. Para estos efectos, se entenderá que las entidades territoriales comprometen el gasto al determinar los beneficiarios de los subsidios y ejecutan la apropiación mediante los giros que realice la Nación de conformidad con la presente ley.

De la cuenta individual se girarán directamente estos recursos a las Entidades Promotoras de Salud y/o a los prestadores de servicios de salud. El giro a las Entidades Promotoras de Salud se realizará mediante el pago de una Unidad de Pago por Capitación, por cada uno de los afiliados que tenga registrados y validados mediante el instrumento definido para tal fin. En el caso de los prestadores de servicios el giro directo de los recursos, se hará con base en el instrumento definido para tal fin.

Parágrafo 1°. Los departamentos, distritos y municipios podrán girar a su cuenta, en el sistema de pagos establecido por la Nación, los recursos que cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud con recursos correspondientes al esfuerzo propio territorial y las rentas cedidas, los cuales serán girados a las Entidades Promotoras de Salud para afiliar aquellas personas que no han sido cubiertas con los recursos administrados por el sistema de pagos contratado por la Nación.

Parágrafo 2°. Los costos y gastos de la administración, apoyo técnico, auditoría y la remuneración necesaria para financiar el mecanismo previsto en el presente artículo, se pagarán con cargo a los rendimientos financieros de estos o con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, si los primeros no son suficientes.

Parágrafo 3°. El Gobierno Nacional unificará el sistema de administración y pagos de los recursos de los regímenes contributivo y subsidiado mediante el mecanismo financiero que se determine para tal fin.

Los giros de recursos de la Nación y aquellos que determine el reglamento podrán hacerse directamente por la Tesorería General de la Nación o el FOSYGA según el caso.

La forma y las condiciones de operación del Régimen Subsidiado serán determinadas por el Gobierno Nacional de forma similar al Régimen Contributivo.

Parágrafo transitorio 1°. Término para la liquidación de los contratos. Los Gobernadores o alcaldes y las Entidades Promotoras de Salud procederán en el término de tres (3) meses calendario contados a partir de la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, a liquidar de mutuo acuerdo los contratos suscritos con anterioridad al 1° de abril de 2010. De no realizarse la liquidación dentro de los términos establecidos, la entidad territorial con base en sus soportes y los de la Entidad Promotora de Salud, si los tiene, procederá a la liquidación unilateral dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes al vencimiento del término descrito en el presente artículo.

El incumplimiento de estos términos conllevará el reporte a los organismos de control y a las respectivas sanciones disciplinarias, y el monto del contrato será la cuantía de referencia con la cual se determinará la responsabilidad fiscal del agente del Estado. Del incumplimiento se informará a los organismos de control y vigilancia correspondientes.

En el evento en que las entidades territoriales no paguen las deudas por contratos liquidados, el Gobierno Nacional en aras de salvaguardar la sostenibilidad del Sistema y la garantía de acceso a los afiliados, descontará de los recursos asignados a ese municipio por regalías, por el Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP) u otras fuentes municipales que se dispongan en el nivel nacional, los montos adeudados y serán girados a las Entidades Promotoras de Salud respectivas en los términos establecidos en el presente artículo. El Gobierno Nacional reglamentará el procedimiento para tal fin exigiendo para ello las actas de liquidación donde consten los recursos recaudados.

Parágrafo Transitorio 2°. *Deudas por concepto de contratos liquidados.* El monto a favor de la Entidad Promotora de Salud contenido en el acta de liquidación de mutuo acuerdo de los contratos de admi-

nistración del Régimen Subsidiado o en el acto de liquidación unilateral vigente a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley y los que surjan del cumplimiento de la misma, debe ser girado a la Entidad Promotora de Salud, por la Entidad Territorial, dentro de los treinta (30) días siguientes a la expedición de la presente ley, giro que se realizará directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el caso en que las Entidades Promotoras de Salud les adeude recursos, el monto restante, si hubiere lugar a ello, se girará a la Empresa Promotora de Salud dentro del mismo plazo.

Los saldos que queden a favor del ente territorial, serán girados por la Entidad Promotora de Salud a las cuentas maestras, dentro del mismo término.

Artículo 30. Liquidación expedita de contratos. Cuando una Entidad Promotora de Salud decida terminar unilateralmente o por mutuo acuerdo el contrato de prestación de servicios de salud con una Institución Prestadora de Salud, deberá cancelar la totalidad de los servicios prestados en los siguientes 30 días calendarios o llegar a un acuerdo de pagos. Cuando la Entidad Promotora de Salud no remita pacientes durante seis (6) meses se presumirá la terminación unilateral. El incumplimiento de los pagos a que se refiere este artículo, en término, generará a favor de la Institución Prestadora de Salud los intereses de mora. En el evento que transcurridos noventa (90) días calendario de terminado el contrato, la Entidad Promotora de Salud no haya cancelado al prestador los servicios prestados, la Superintendencia Nacional de Salud impondrá las sanciones del caso.

CAPÍTULO III

Universalización del aseguramiento

Artículo 31. Universalización del aseguramiento. Todos los residentes en el país deberán ser afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional desarrollará mecanismos para garantizar la afiliación.

Cuando una persona requiera atención en salud y no sea afiliado, la Institución Prestadora de Salud en la cual solicite la atención procederá a adelantar el trámite de afiliación a la Entidad Promotora de Salud de la preferencia del afiliado, mediante el mecanismo simplificado que se desarrolle para tal fin, en cualquier caso el pago se hará con cargo a la afiliación del individuo al Régimen Subsidiado. Si no tuviera documento de identidad, se tomará el registro dactilar y los datos de identificación, siguiendo el procedimiento establecido por el Ministerio de la Protección Social en coordinación con la Registraduría Nacional del Estado Civil para el trámite de la afiliación.

Si la persona manifiesta tener capacidad de pago y no está afiliada al Régimen Contributivo, deberá pagar la totalidad del servicio prestado por la Institución Prestadora de Salud.

Si la persona manifiesta no tener capacidad de pago, la afiliación inicial se hará al Régimen Subsidiado. Realizada la afiliación la Entidad Promotora de Salud verificará en un plazo no mayor a 8 días hábiles si la persona es elegible para el subsidio en salud. De no serlo, se cancelará la afiliación y se realizará el cobro de los servicios prestados, para lo cual se informará a la Entidad Promotora de Salud para que proceda a realizar el cobro de los servicios. Se

podrá reactivar la afiliación al Régimen Subsidiado cuando se acredite las condiciones que dan derecho al subsidio.

A quienes ingresen al país, no sean residentes y no estén asegurados, se los conminará a adquirir un seguro médico, aprobado por la Superintendencia Financiera, para su atención en el país de ser necesario.

Parágrafo. Quienes disfruten de los regímenes especiales y de excepción podrán permanecer en ellos; las entidades administradoras de estos regímenes deberán entregar información periódica que solicite el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo transitorio. A partir del 1° de enero del 2012 no habrá periodo de carencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 32. Presunción de capacidad de pago y de ingresos. Se presume con capacidad de pago y, en consecuencia, obligados a afiliarse al Régimen Contributivo:

1. Las personas naturales declarantes del impuesto de renta, y del impuesto a las ventas o que tengan certificado de ingresos y retenciones.

2. Los propietarios de bienes inmuebles.

3. Quienes cumplan con otros indicadores que establezca el reglamento.

Lo anterior, sin perjuicio de poder ser clasificados nivel 1 y 2 del Sisbén de acuerdo con las normas sobre la materia.

El Gobierno Nacional reglamentará un sistema de presunción de ingresos con base en la información sobre las actividades económicas. En caso de existir diferencias ente los valores declarados ante la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) y los aportes al sistema estos últimos deberán ser ajustados.

Artículo 33. Subsidio parcial a la cotización. Las personas del nivel III del Sisbén no afiliadas al Sistema de Salud, pagarán sobre un ingreso base de cotización de un salario mínimo legal vigente y un porcentaje de cotización del 10,5%, o aporte equivalente de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional. Estas personas tendrán derecho a un subsidio parcial de su cotización al régimen subsidiado o al régimen contributivo en cuyo caso no incluirá prestaciones económicas. Este subsidio será el 67% de la cotización o del aporte equivalente con cargo a los recursos de la subcuenta de Compensación del Fosyga en el caso de los afiliados al Régimen Contributivo y de la subcuenta de Solidaridad en el caso del Subsidiado. El 33% de la cotización o aporte equivalente deberá ser pagado previamente por el afiliado.

Artículo 34. Permanencia en el régimen subsidiado. Los afiliados al Régimen Subsidiado podrán permanecer en este cuando obtengan un contrato de trabajo y pasen a estar vinculados laboralmente. En estos casos, los empleadores o los afiliados pagarán los aportes que debería pagar en el Régimen Contributivo a la misma Entidad Promotora de Salud y será compensado mensualmente a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). En este evento, el afiliado tendrá derecho a prestaciones económicas.

Cuando un trabajador temporal o jornalero, cuya asignación mensual no alcance a un salario mínimo legal mensual vigente, no desee ser desvinculado del

Régimen Subsidiado en razón de su relación laboral, el patrono deberá aportar al Régimen Subsidiado el equivalente al valor que en proporción al pago que por el trabajador debería aportar al Régimen Contributivo. En este caso no se tendrá derecho a prestaciones económicas.

En caso que el empleador no cumpla con la obligación de pagar la cotización, al concluir la relación laboral el trabajador podrá reclamar a su favor un monto equivalente a los aportes no realizados, sin perjuicio de la obligación del empleador de pagar los mencionados aportes.

Artículo 35. *Planes de beneficios parciales.* Al unificar los planes de beneficios no podrán existir planes de beneficios parciales.

CAPÍTULO IV

Planes voluntarios de salud

Artículo 36. *Planes voluntarios de salud.* Sustitúyase el artículo 169 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto:

“**Artículo 169. Planes voluntarios de salud.** Los Planes Voluntarios de Salud podrán incluir coberturas asistenciales o económicas relacionadas con los servicios de salud, serán contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o el subsidio a la cotización.

La adquisición y permanencia de un Plan Voluntario de Salud implica la afiliación previa y la continuidad mediante el pago de la cotización al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Tales Planes podrán ser:

169.1 Planes de atención complementaria del Plan Obligatorio de Salud emitidos por las Entidades Promotoras de Salud.

169.2 Planes de Medicina Prepagada, de atención prehospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada.

169.3 Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera.

169.4 Otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud”.

Artículo 37. *Estímulo a la creación de planes voluntarios de salud.* El Gobierno Nacional estimulará la creación, diseño, autorización y operación de planes voluntarios y seguros de salud tanto individuales como colectivos que ofrezcan beneficios no incluidos en el Plan de Beneficios.

Artículo 38. *Coberturas.* Los Planes Voluntarios de Salud pueden cubrir total o parcialmente una o varias de las prestaciones derivadas de riesgos de salud, estén o no incluidas en el Plan de Beneficios, tales como; servicios de salud, médicos, odontológicos, pre y pos hospitalarios, hospitalarios o de transporte; condiciones diferenciales frente a los planes obligatorios; y otras coberturas de contenido asistencial o prestacional. Igualmente podrán cubrir copagos y cuotas moderadoras exigibles en otros planes de beneficios.

Artículo 39. *Protección al usuario.* Las entidades habilitadas para emitir planes voluntarios no podrán

incluir como preexistencias al tiempo de la renovación del contrato, enfermedades, malformaciones o afecciones diferentes a las que se padecían antes de la fecha de celebración del contrato inicial.

Las entidades que ofrezcan planes voluntarios de salud no podrán dar por terminado los contratos ni revocarlos a menos que medie incumplimiento en las obligaciones de la otra parte.

TÍTULO V FINANCIAMIENTO

Artículo 40. *Financiación de las acciones de salud pública, atención primaria en salud y promoción y prevención.* Las acciones de Salud Pública, Atención Primaria en Salud y Promoción y Prevención se financiarán con:

1. Hasta un punto porcentual de los recursos del Sistema General de Participaciones para salud se destinarán para la estrategia de Atención Primaria en Salud.

2. El 60% de los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones que trata ley 715 de 2001 que se destinará para la estrategia de Atención Primaria en Salud.

3. El 40% de los recursos del componente de salud pública del Sistema General de Participaciones que trata la Ley 715 de 2001 que se destinará para la financiación de las competencias en salud pública lo seguirán ejecutando las entidades territoriales.

4. Los recursos de la Unidad de Pago por Capitalización destinados a promoción y prevención del régimen subsidiado y contributivo que administran las Entidades Promotoras de Salud se articularán con la Estrategia de Atención Primaria en Salud.

5. Los recursos de la subcuenta de promoción y prevención del Fosyga que se articularán con la estrategia de Atención Primaria en Salud conforme al reglamento que establezca el Ministerio de la Protección Social.

6. Los recursos de promoción y prevención que destine del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) para la prevención de los de accidentes de tránsito se articularán a la estrategia de Atención Primaria en Salud, conforme a la reglamentación.

7. Los recursos que se destinen las Aseguradoras de Riesgos Profesionales para la promoción y prevención que se articularán a la estrategia de Atención Primaria en Salud, conforme a la reglamentación.

8. Recursos del Presupuesto General de la Nación para salud pública.

9. Otros recursos que destinen las entidades territoriales.

Artículo 41. *Distribución de recursos del sistema general de participaciones.* El artículo 4° de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 2° de la Ley 1176 de 2007, quedará así:

“*Distribución Sectorial de los Recursos.* El monto total del Sistema General de Participaciones, una vez descontados los recursos a que se refiere el párrafo 2° del artículo 2° de la Ley 715 y los párrafos transitorios 2° y 3° del artículo 4° del Acto Legislativo 04 de 2007, se distribuirá entre las participaciones mencionadas en el artículo 3° de la Ley 715, así:

1. Un 58.5% corresponderá a la participación para educación.

2. Un 26% corresponderá a la participación para salud.

3. Un 5.4% corresponderá a la participación para agua potable y saneamiento básico.

4. Un 10.1% corresponderá a la participación de propósito general”.

Artículo 42. *Recursos para aseguramiento*. El artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007 y por el artículo 34 de la Ley 1393 de 2010, quedará así:

“La Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado se financiará con los siguientes recursos:

1) De las entidades territoriales.

1. Los recursos del Sistema General de Participaciones para salud – SGP, descontando los recursos del Sistema General de Participaciones se destinen a Atención Primaria en Salud, se destinarán en una forma progresiva a financiar el aseguramiento mediante la afiliación al régimen subsidiado en salud así: en el año 2011 el 70%, en el año 2012 el 72%, en el año 2013 el 75%, en el año 2014 el 78%. A partir del año 2015, este porcentaje será del 80%. En todo caso el 10% del Sistema General de Participaciones para Salud se destinará a financiar las acciones en salud pública. El porcentaje restante se podrá utilizar para financiar subsidios de oferta y la prestación de servicios en aquellos lugares donde solo el Estado está en capacidad de prestar el servicio.

2. Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por Etesa a las entidades territoriales, que no estén asignados por ley a pensiones, funcionamiento e investigación. Estos recursos se girarán directamente a la cuenta de la entidad territorial en el fondo de financiamiento del régimen subsidiado y se contabilizarán como esfuerzo propio territorial serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente ley.

3. Sin perjuicio de lo previsto en el primer inciso del artículo 60 de la Ley 715 de 2001, del monto total de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y el Distrito Capital, se destinarán por lo menos el 50% a la financiación del Régimen Subsidiado o el porcentaje que a la entrada en vigencia de la presente ley estén asignando, si este es mayor. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial y no podrán disminuirse serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente ley.

4. Los recursos de regalías serán transferidas directamente por la Nación a través del mecanismo de giro directo establecido en la presente ley.

5. Otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la financiación del Régimen Subsidiado.

2) Del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga).

1. Uno punto cinco de la cotización de los regímenes especiales y de excepción y hasta el 1.5% de los recursos de la cotización de los afiliados al Régimen Contributivo.

2. El monto de las cajas de compensación familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

3. Recursos del Presupuesto General de la Nación que a partir del monto asignado para el año 2010, que se requieran de manera progresiva para la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios, una vez aplicadas las demás fuentes que financian el Régimen Subsidiado.

4. Las cotizaciones que realizarán los patronos al Fondo de Solidaridad cuando el trabajador no quiera retirarse del Régimen Subsidiado, en los términos de la presente ley.

5. Los recursos que para tal efecto sean aportados por gremios, asociaciones y otras organizaciones.

3) Otros

1. Recursos definidos por recaudo de IVA definidos en la Ley 1393.

2. Los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el Régimen Subsidiado.

3. Recursos de la contribución parafiscal de las Cajas de Compensación Familiar.

Artículo 43. *Financiación adicional del régimen contributivo*. El Ministerio de la Protección Social definirá el porcentaje hasta el 1.5% de la cotización que se destinará a la financiación de la subcuenta de Solidaridad y Promoción y Prevención de la cotización del Régimen Contributivo previsto en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 10 de la Ley 1122 de 2007.

Artículo 44. *Recursos de las cajas de compensación para el régimen subsidiado*. Un cuarto ($\frac{1}{4}$) de punto de la contribución parafiscal al pago de salarios, establecida en la Ley 21 de 1982 en los artículos 11, numeral 1, y 12, numeral 1, a favor de las Cajas de Compensación, se destinará a la subcuenta de solidaridad del Fosyga como recursos adicionales para el financiamiento del Régimen Subsidiado.

Parágrafo. En ningún caso el traslado de los recursos parafiscales para el sector salud aquí establecido, afectará las apropiaciones actualmente vigentes en los Fondos para el Subsidio Familiar de Vivienda – Fovis, que seguirán calculándose sobre los recursos del 4 por ciento de las Cajas de Compensación Familiar por aportes parafiscales, y de acuerdo con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional.

Artículo 45. *Seguro de salud por desempleo*. Modifíquense los artículos 10 y 11 de la Ley 789 de 2002 así:

“**Artículo 10. Régimen de apoyo para desempleados con vinculación anterior a las cajas de compensación familiar**: Los Jefes cabeza de Hogar que se encuentren en situación de desempleo luego de haber estado vinculados al sistema de Cajas de Compensación Familiar no menos de 1 año dentro de los tres años anteriores a la solicitud de apoyo, tendrán derecho con cargo a los recursos del Fondo para el Fomento del Empleo y la protección del desempleo de que trata el artículo 6° de la presente ley a los siguientes beneficios, por una sola vez y hasta que se agoten los recursos del Fondo. La reglamentación establecerá los plazos y condiciones a partir de los cuales se reconocerá este subsidio:

a) Un subsidio equivalente a un salario y medio mínimo legal mensual, el cual se dividirá y otorgará en seis cuotas mensuales iguales, las cuales se podrán hacer efectivas a través de aportes al sistema de salud. Los aportes al Sistema de Salud serán priorita-

rios frente a los otros usos siempre que el beneficiario no se encuentre afiliado. Para efectos de esta obligación las cajas destinarán un máximo del cuarenta y cinco (45%) de los recursos que les corresponde administrar con cargo al fondo para el fomento del empleo y la protección del desempleo;

b) Capacitación para el proceso de inserción laboral y/o educación y/o bonos alimentarios. Para efectos de esta obligación las Cajas destinarán un máximo del diez por ciento (10%) de los recursos que les corresponde administrar con cargo al fondo para el fomento al empleo y protección al desempleo.

Artículo 11. Régimen de apoyo para desempleados sin vinculación anterior a cajas de compensación familiar. Con cargo al cinco por ciento (5%) del fondo para el fomento del empleo y la protección del desempleo de que trata el artículo 6° de la presente ley, las Cajas establecerán un régimen de apoyo y fomento al empleo para jefes cabeza de hogar sin vinculación anterior a las Cajas de Compensación Familiar, que se concretará en un subsidio equivalente a un salario y medio mínimo legal mensual, el cual se otorgará en seis cuotas mensuales iguales, las cuales se podrán hacer efectivas a través de aportes al sistema de salud. Los aportes al Sistema de Salud serán prioritarios frente a los otros usos siempre que el beneficiario no se encuentre afiliado. Tendrán prioridad frente a las Cajas de Compensación Familiar, los artistas, escritores y deportistas afiliados a las correspondientes asociaciones o quienes acrediten esta condición en los términos en que se defina por el Gobierno Nacional. Para acceder a esta prestación, se deberá acreditar falta de capacidad de pago, conforme términos y condiciones que disponga el reglamento en materia de organización y funcionamiento de este beneficio”.

Artículo 46. *Impuesto social a las armas y municiones.* Modifícase el artículo 224 de la Ley 100 de 1993, de la siguiente manera:

“**Artículo 224.** *Impuesto social a las armas y municiones.* A partir del 1° de enero de 1996, créase el impuesto social a las armas de fuego que será pagado por quienes las porten en el territorio nacional, y que será cobrado con la expedición o renovación del respectivo permiso y por el término de este. El recaudo de este impuesto se destinará al fondo de solidaridad previsto en el artículo 221 de esta ley. El impuesto tendrá un monto equivalente al 30% de un salario mínimo mensual. Igualmente, créase el impuesto social a las municiones y explosivos, que se cobrará como un impuesto *ad valorem* con una tasa del 20%. El gobierno reglamentará los mecanismos de pago y el uso de estos recursos: el plan de beneficios, los beneficiarios y los procedimientos necesarios para su operación.

Parágrafo: se exceptúan de este impuesto las armas de fuego y municiones y explosivos que posean las fuerzas armadas y de policía y las entidades de seguridad del Estado”.

Artículo 47. *Recursos destinados para unidad de pago por capitación subsidiada por departamentos, distritos y municipios.* Los montos de recursos que los departamentos, distritos y municipios venían aportando para financiar la salud en su territorio no podrán disminuir, salvo que se acredite, ante el Ministerio de la Protección Social, que está debidamente asegurada el 100% de la población.

El pago de la Unidad de Pago por Capitación subsidiada para toda la población de los niveles 1 y 2 del Sisbén y otra elegible no afiliada al régimen contributivo tendrá prioridad sobre cualquier otro gasto en salud. Asegurado el 100% de esta población, podrá destinarse los recursos con esa destinación para financiar cualquier otro concepto de salud.

El primero de enero de 2012 se cancelarán las cuentas del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) con las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud, en su totalidad.

Artículo 48. *Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet).* Créase el Fondo de Garantías para el sector salud como un fondo cuenta sin personería jurídica administrado por el Ministerio de la Protección Social, cuyo objeto será asegurar el pago de las obligaciones que no fuere posible pagar por parte de las Entidades Promotoras de Salud o de las Empresas Sociales del Estado, en caso de liquidación de Entidades Promotoras de Salud se financiará hasta el monto que establezca el Ministerio de la Protección Social; en el caso de las Empresas Sociales del Estado intervenidas se financiará hasta el 20% del gasto operacional; en el caso de las Empresas Sociales del Estado liquidadas hasta el monto que determine el Ministerio de la Protección Social.

Para financiar este fondo, en el caso de las Entidades Promotoras de Salud, estas deberán realizar un aporte equivalente al 0.2% de sus ingresos. En el caso de las Empresas Sociales del Estado estas deberán realizar un aporte equivalente al 0.2% de sus ingresos. También se financiará con excedentes de los recursos destinados para salud de la Ley 1393 de 2010 y los recursos descritos en los artículos 59, 60 y 78 de la Ley 715, conforme a la reglamentación del Gobierno Nacional.

Las Instituciones Prestadoras de Salud privadas deberán contratar seguros que aseguren el pago de las obligaciones que adquieran.

Este fondo podrá comprar o comercializar la cartera de las entidades intervenidas o en liquidación. También podrá hacer esta operación para evitar la intervención o liquidación.

Parágrafo. La facturación de las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud deberán ajustarse en todos los aspectos a los requisitos fijados por el Estatuto Tributario y la Ley 1231 de 2008.

Artículo 49. *Retención en la fuente de aportes al sistema de seguridad social en salud.* El Gobierno Nacional establecerá un sistema de retención en la fuente tomando como base los conceptos constitutivos del Ingreso Base de Cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El agente retenedor girará los recursos al encargado del recaudo de los aportes.

TÍTULO VI DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 50. *Contratación por capitación.* Se establecen las siguientes reglas aplicables en la suscripción de contratos de pago por capitación de las Entidades Promotoras de Salud con los prestadores de servicios de salud:

1. Sólo se podrá contratar la prestación de servicios por el mecanismo de pago por capitación para los servicios de baja complejidad, siempre y cuando el prestador y el asegurador reporten con oportunidad y calidad la información de los servicios prestados objeto de la capitación.

2. La capitación no libera a la Entidades Promotoras de Salud de su responsabilidad por el servicio ni de la gestión del riesgo.

3. Se excluyen del mecanismo de contratación por capitación las actividades de prevención y promoción, las intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública que deben hacerse bajo un esquema de inducción de la demanda.

Parágrafo transitorio. Se podrá hacer contratación por capitación de las actividades de prevención y promoción, sobre la base de indicadores de resultados basados en la estrategia de Atención Primaria en Salud y rendición pública de cuentas, hasta el año 2013.

Artículo 51. *Prohibición de limitaciones al acceso.* Están prohibidos aquellos mecanismos de pago, acuerdos o políticas internas que limiten el acceso al servicio de salud o que restrinjan su continuidad, oportunidad o calidad.

Artículo 52. *Pagos a los prestadores de servicios de salud.* Las Entidades Promotoras de Salud pagarán los servicios a los prestadores de servicios de salud dentro de los plazos, condiciones, términos y porcentajes que establezca el Gobierno Nacional según el mecanismo de pago, de acuerdo con lo establecido en el Capítulo V de la Ley 1122 de 2007.

El no pago dentro de los plazos causará intereses moratorios a la tasa establecida para los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN).

Se prohíbe el establecimiento de la obligatoriedad de procesos de auditoría previa a la presentación de las facturas por prestación de servicios o cualquier práctica tendiente a impedir la recepción.

Los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago, deberán establecer mecanismos que permitan la facturación en línea de los servicios de salud, de acuerdo con los estándares que defina el Ministerio de la Protección Social.

Se entienden por recibidas las facturas que hayan sido enviadas por los prestadores de servicios de salud a las Entidades Promotoras de Salud a través de correo certificado.

Artículo 53. *Habilitación de prestadores de servicios de salud.* Los Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, las Administradoras de Riesgos Profesionales deberán contar con las condiciones necesarias para prestar un servicio de calidad; para tal fin los reglamentos que el Ministerio de la Protección Social expida, deberán garantizar la verificación de dichas condiciones y su periódica revisión. Las Direcciones Territoriales de Salud deberán garantizar la verificación de los servicios que lo requieran en el plazo que establezca el reglamento. La actividad de habilitación, para ser realizada oportuna y en los términos establecidos, puede ser contratada por las entidades territoriales con terceros especializados en la materia.

Parágrafo. A partir de la vigencia de la presente ley toda nueva institución prestadora de servicios de salud para el inicio de actividades y por ende para acceder a contratar servicios de salud deberá tener verificación de condiciones de habilitación expedida por la autoridad competente, que dispondrá de seis (6) meses desde la presentación de la solicitud para realizar la verificación. Deberá ser inmediata cuando se trate de habilitación de urgencias y servicios de alta complejidad.

Artículo 54. *Fusiones.* Las entidades territoriales podrán asociarse para organizar la prestación de servicios y mediante la fusión de sus Empresas Sociales del Estado, constituir una Empresa Social del Estado para lo cual deberán contar con la autorización de cada una de las Asambleas Departamentales o de los Concejos Municipales o Distritales respectivos. La adscripción se definirá de común acuerdo entre las entidades territoriales involucradas.

El Gobierno Nacional reglamentará el mínimo de habitantes por municipio que para poder crear una Empresa Social del Estado, sin perjuicio de lo establecido en el parágrafo del artículo 44 de la Ley 715 de 2001. La Nación desarrollará estímulos para promover las fusiones voluntarias.

Artículo 55. *Operación con terceros.* Las Empresas Sociales del Estado podrán desarrollar sus funciones mediante contratación con terceros, Empresas Sociales del Estado de mayor nivel de complejidad, entidades privadas o con operadores externos.

CAPÍTULO II

Redes de prestación de servicios

Artículo 56. *De las modalidades de redes de servicios de salud.* La prestación de servicios de salud dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud se hará a través de las redes integradas de servicios de salud ubicadas en un espacio poblacional determinado.

Las redes de atención que se organicen dispensarán con la suficiencia técnica, administrativa y financiera requerida, los servicios en materia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación que demande el cumplimiento eficaz de los planes de beneficios.

Las Entidades Promotoras de Salud deberán articular, y ofrecer los servicios a sus afiliados de manera integral, continua, coordinada y eficiente, con portabilidad, calidad y oportunidad.

Artículo 57. *Conformación de redes de servicios de salud.* Las Entidades Promotoras de Salud establecerán las redes incluyendo prestadores públicos, privados o mixtos que garanticen el plan de beneficios a su cargo, de acuerdo con la reglamentación de habilitación de redes que expida el Ministerio de la Protección Social. La implementación del modelo de atención primaria en salud consagrado en la presente ley será la guía para la organización y funcionamiento de la red.

Las instituciones prestadoras de servicios de salud podrán asociarse mediante Uniones Temporales, consorcios u otra figura jurídica con Instituciones Prestadoras de Salud, públicas, privadas o mixtas, en ejercicio de su autonomía determinarán la forma de integración y podrán hacer uso de mecanismos administrativos y financieros que las hagan eficientes, observando los principios de libre competencia.

Artículo 58. *Criterios determinantes para la conformación de las redes integradas de servicios de salud.* La reglamentación para la habilitación de las redes integradas de servicios de salud se realizará a partir de los siguientes criterios:

1. Población y territorio a cargo, con conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, que defina la oferta de servicios a la demanda real y potencial de la población a atender, tomando en consideración la accesibilidad geográfica, cultural y económica.

2. Oferta de servicios de salud existente para la prestación de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, curación, rehabilitación, integrando tanto los servicios de salud individual como los servicios de salud colectiva.

3. Modelo de atención primaria en salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales, raciales y de género.

4. Recurso humano suficiente, valorado, competente y comprometido.

5. Adecuada estructuración de baja complejidad de atención fortalecido y multidisciplinario que garantice el acceso al sistema, con la capacidad resolutoria para atender las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población a cargo.

6. Mecanismos efectivos de referencia y contra-referencia para garantizar la integralidad y continuidad de la atención del usuario en los diferentes niveles de atención y escenarios intramurales y extramurales.

7. Red de transporte y comunicaciones

8. Acción intersectorial efectiva.

9. Esquemas de participación social amplia.

10. Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, financiero y logístico.

11. Sistema de información único e integral de todos los actores de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.

12. Financiamiento adecuado y mecanismos de seguimiento y evaluación de resultados.

13. Cumplimiento de estándares de habilitación por parte de cada uno de los integrantes de la red conforme al sistema obligatorio de garantía de la calidad.

Artículo 59. *Coordinación de la red.* La coordinación de la red a cargo de la Entidad Promotora de Salud busca que el servicio de salud se brinde de forma precisa, oportuna y pertinente, para garantizar su calidad, reducir complicaciones, optimizar recursos y lograr resultados clínicos eficaces y costo-efectivos. La función de coordinación será esencialmente un proceso del ámbito clínico y administrativo, teniendo como objetivos y componentes:

1. La coordinación y desarrollo conjunto de sistemas de gestión e información clínica que incluyan aspectos como la historia clínica única electrónica, el reporte de exámenes clínicos, y la elaboración y gestión, según la reglamentación que para el efecto desarrolle el Ministerio de la Protección Social.

2. La garantía de un punto de primer contacto, que serán los Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud, con capacidad de acceder a la información clínica obtenida en los diferentes escenarios de atención y de proporcionarla a estos mismos.

3. El desarrollo de un proceso de vigilancia epidemiológica, que incluya la notificación y la aplicación de medidas que sean de su competencia en la prestación de servicios y en la evaluación de resultados.

4. La coordinación del portafolio de servicios de los prestadores que la conforman y la información permanente y actualizada a los usuarios sobre los servicios disponibles.

5. Las condiciones de acceso y los principales indicadores de calidad que se establezcan en el reglamento técnico de la red.

6. La facilitación por su intermedio de la gestión de servicios, medicamentos e insumos entre sus integrantes, en las mejores condiciones de calidad y costo, efectividad.

7. La coordinación de esquemas de comunicación electrónica, servicios de telemedicina, telecuidado, asistencia y atención domiciliaria y las demás modalidades que convengan a las condiciones del país y a las buenas prácticas en la materia.

CAPÍTULO III

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y Empresas Sociales del Estado

Artículo 60. *Programa de fortalecimiento de hospitales públicos.* El Gobierno Nacional establecerá un Programa de Fortalecimiento de las Empresas Sociales del Estado. Para tal fin podrá constituir un Fondo con recursos del Presupuesto Nacional que permita desarrollar un Plan de Inversiones para fortalecer su capacidad instalada y modernizar su gestión con énfasis en el segundo nivel de atención.

Las Empresas Sociales del Estado articuladas en red que demuestren buenos resultados en los indicadores de salud, bajo riesgo fiscal y financiero, y documenten trabajo en el proceso de calidad podrán acceder a créditos condonables y otros estímulos que ofrezca el Gobierno Nacional, en especial para dotación tecnológica y capacitación del talento humano.

Artículo 61. *De la Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado.* La junta directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial, estará integrada de la siguiente manera:

1. El jefe de la Administración departamental, distrital o municipal o su delegado, quien la presidirá.

2. El director de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.

3. Un representante de los usuarios, designado por las alianzas o asociaciones de usuarios legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la dirección departamental, distrital o municipal de salud.

4. Dos (2) representantes de los servidores públicos de la institución, uno administrativo y uno asistencial, elegidos por voto secreto.

Parágrafo 1°. Los representantes de los usuarios y de los servidores públicos de la entidad tendrán un periodo de dos (2) años y no podrán ser reelegidos para periodos consecutivos, ni podrán ser parte de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado en más de dos ocasiones.

Parágrafo 2°. La Junta Directiva de las Empresas Sociales del Estado del nivel municipal que forme parte de convenios o planes de desempeño suscritos o que se llegaren a suscribir entre el departamento y la Nación tendrá, además de los miembros ya definidos en el presente artículo, como miembro de la junta directiva al gobernador del departamento o su delegado.

Parágrafo 3°. Cuando en una sesión de junta directiva exista empate para la toma de decisiones, el mismo se resolverá con el voto de quien preside la junta directiva.

Artículo 62. *Inhabilidades e incompatibilidades.* Los miembros de las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado no podrán ser representante legal, miembros de los organismos directivos, directores, socios o administradores de entidades del sector salud, ni tener participación en el capital de estas en forma directa o a través de su cónyuge, compañero o compañera permanente o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o único civil o participar a través de interpuesta persona, excepto alcaldes y gobernadores; esta inhabilidad regirá hasta por un año después de la dejación del cargo. Tampoco podrán ser vinculados a la Empresa Social del Estado respectiva, el cónyuge, compañero o compañera permanente o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o único civil de gobernadores o alcaldes que tengan puesto en la Junta Directiva respectiva o de los miembros de las mismas.

Artículo 63. *Elección y evaluación de directores o gerentes de hospitales.* La junta directiva de la empresa social del Estado del orden territorial deberá aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el Director o Gerente de la entidad, durante el período para el cual ha sido designado y respecto del cual dicho funcionario deberá ser evaluado. Dicho plan contendrá, entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios, y las metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere, y el reporte de información a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de la Protección Social. El plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social. La evaluación insatisfactoria de dichos planes será causal de retiro del servicio del Director o Gerente, para lo cual se deberá adelantar el proceso que establezca en la presente ley. En caso de que el cargo de Director o Gerente de una Empresa Social del Estado esté vacante a más tardar dentro de los noventa (90) días calendario siguientes se iniciará un proceso de concurso público para la su elección. El proceso de elección y selección durará máximo sesenta (60) días calendario. La Junta Directiva escogerá entre los candidatos con los tres (3) mejores puntajes evaluados por las universidades al Director o Gerente. La persona elegida en el primer lugar del concurso se deberá nombrar a más tardar en los quince (15) días calendario siguientes a su elección.

El Gobierno Nacional promoverá la formulación del Estatuto de Empresas Sociales del Estado, que contendrá, entre otros, el sistema de elección de directores o gerentes e indicadores de gestión.

Artículo 64. *Procedimiento para la aprobación del plan de gestión de las empresas sociales del Estado del orden territorial.* Para la aprobación del plan de gestión se deberá seguir el siguiente procedimiento:

1. El Director o Gerente de la Empresa Social del Estado deberá presentar a la junta directiva el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo, o para los ya posesionados a los treinta (30) días hábiles siguientes a la expedición de la reglamentación. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social.

2. La junta directiva de la respectiva Empresa Social del Estado deberá aprobar el plan de gestión dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del plan de gestión

3. El gerente podrá presentar observaciones al plan de gestión aprobado en los 5 días hábiles siguientes a su aprobación, y se resolverá dentro de los diez (10) días hábiles siguientes.

4. En caso de que la junta directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el Director o Gerente se entenderá aprobado.

Artículo 65. *Evaluación del Plan de Gestión del Director o Gerente de Empresas Sociales del Estado del Orden Territorial.* Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:

1. El Director o Gerente de la empresa social del Estado del orden territorial deberá presentar a la junta directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1° de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. Los contenidos del informe y de la metodología serán definidos por el Ministerio de la Protección Social.

2. La junta directiva deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del Director o Gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión.

3. Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo de la junta directiva, debidamente motivado, el cual se notificará al Director o Gerente, quien podrá interponer recurso de reposición ante la junta directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.

4. La decisión de la junta directiva tendrá recurso de reposición ante la misma junta y de apelación en el efecto suspensivo, ante el Superintendente Nacional de Salud, para resolver dichos recursos se contará con un término de quince días (15) hábiles.

5. Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación y esta fuere insatisfactoria dicho resultado será causal de retiro del servicio del Director o Gerente, para lo cual la junta directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber quedado en firme el resultado de la evaluación, deberá solicitar al nominador con carácter obligatorio para este, la remoción del Director o Gerente aun sin terminar su período, para lo cual el nominador deberá expedir el acto ad-

ministrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra este acto procederán los recursos de ley.

6. La no presentación del proyecto de plan de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión dentro de los plazos señalados en la presente norma, la Superintendencia Social de Salud en los términos y plazos establecidos para tal fin, producirá de manera inmediata la evaluación no satisfactoria y será causal de retiro.

Artículo 66. *Metodología de Reporte de Ingresos, Gastos y Costos de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud.* El Ministerio de la Protección Social en un término no superior a un año establecerá la metodología para la clasificación y reporte de los ingresos, gastos y costos de las Instituciones Prestadoras de Salud públicas, teniendo en cuenta las condiciones que pueden afectar las estructuras de costos. Con base en esta información se construirán razones de costo y gasto que deberán formar parte de los planes de gestión para evaluar la gestión de los gerentes y de los indicadores de desempeño de las instituciones.

Artículo 67. *Contratación con instituciones públicas prestadoras de servicios de salud.* Las Entidades Promotoras de Salud deberán contratar y ejecutar con las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud mínimo el sesenta por ciento (60%) del gasto en salud del Régimen Subsidiado. Una vez finalizado el proceso de unificación de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado este porcentaje disminuirá progresivamente hasta el 40%.

Este porcentaje podrá disminuir 10 puntos cada dos años, si los resultados de interventoría de aseguramiento y los planes de salud pública evaluados por la Superintendencia Nacional de Salud demuestran que la red pública no garantiza condiciones de acceso, calidad y oportunidad en los servicios contratados, o no reporta la información suficiente y con la calidad mínima establecida por el Ministerio de la Protección Social. Si cumple con estos requisitos se recuperará el porcentaje.

Artículo 68. *Eficiencia y Transparencia en Contratación, Adquisiciones y Compras de las Empresas Sociales del Estado.* Con el propósito de promover la eficiencia y transparencia en la contratación las Empresas Sociales del Estado podrán asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública. Para lo anterior la junta directiva deberá adoptar un estatuto de contratación de acuerdo con los lineamientos que defina el Ministerio de la Protección Social.

Igualmente, las Empresas Sociales del Estado podrán contratar de manera conjunta sistemas de información, sistema de control interno, de interventorías, gestión de calidad y auditorías, de recurso humano y demás funciones administrativas, para el desarrollo de actividades especializadas, de tipo operativo y de apoyo que puedan cubrir las necesidades de la empresa, de forma tal que la gestión resulte más eficiente, con calidad e implique menor costo.

Artículo 69. *Saneamiento de cartera.* El Gobierno pondrá en marcha un Programa para el Saneamiento de cartera de las Empresas Sociales del Estado.

Artículo 70. *Financiación de la prestación del servicio en zonas alejadas.* Se garantizarán los recursos necesarios para financiar la prestación de servicios de salud a través de instituciones públicas en aquellos lugares alejados, con poblaciones dispersas o de difícil acceso, en donde estas sean la única opción de prestación de servicios, y los ingresos por venta de servicios sean insuficientes para garantizar su sostenibilidad en condiciones de eficiencia.

Artículo 71. *Determinación del riesgo de las Empresas Sociales del Estado.* El Ministerio de la Protección Social determinará y comunicará a las direcciones departamentales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de equilibrio financiero, a partir de sus ingresos y gastos.

Las Empresas Sociales del Estado, atendiendo su situación financiera, se clasificarán en:

1. Empresas Sociales de Estado en Riesgo Bajo: Aquellas entidades cuyo indicador de equilibrio financiero sea mayor o igual a 1,0.

2. Empresas Sociales de Estado en Riesgo Medio: Aquellas entidades cuyo indicador de equilibrio financiero esté entre 0,90 y 0,99.

3. Empresas Sociales del Estado en Riesgo Alto: Aquellas entidades cuyo indicador de equilibrio financiero sea menor a 0,90 o que no hayan superado el riesgo medio en los términos establecidos en el plan de fortalecimiento fiscal y financiero.

Cuando no se reciba la información utilizada para la categorización del riesgo de una Empresa Social del Estado o se detecte alguna imprecisión en esta y no sea corregida o entregada oportunamente, dicha empresa quedará categorizada en riesgo alto.

El informe de riesgo formará parte del plan de gestión del gerente de la respectiva entidad a la junta directiva y a otras entidades que lo requieran.

Parágrafo. Cuando se detecte alguna imprecisión en la información utilizada para la categorización del riesgo de una Empresa Social del Estado, dicha empresa quedará categorizada por lo menos en riesgo medio y deberá adoptar un programa de saneamiento fiscal y financiero. Lo anterior, sin perjuicio de las investigaciones que se deban adelantar por parte de los organismos de vigilancia y control.

Artículo 72. *Adopción de programa de saneamiento fiscal y financiero.* Una vez comunicada la información de determinación del riesgo por parte del Ministerio de la Protección Social, dentro de los siguientes sesenta (60) días calendario, las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio o alto deberán someterse a un programa de saneamiento fiscal y financiero, con el acompañamiento de la dirección departamental o distrital de salud en las condiciones que determine el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo. Cuando una Empresa Social del Estado no adopte el programa de saneamiento fiscal y financiero en los términos y condiciones previstos, será causal de intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 73. *Incumplimiento del Programa de Saneamiento Fiscal*. Si con la implementación del programa de saneamiento fiscal y financiero, la Empresa Social del Estado en riesgo alto no logra categorizarse en riesgo medio en los términos definidos en la presente ley, deberá adoptar una o más de las siguientes medidas:

1. Acuerdos de reestructuración de pasivos.

2. Intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, independientemente de que la Empresa Social del Estado esté adelantando o no programas de saneamiento.

3. Liquidación, o supresión, o fusión de la entidad.

Generará responsabilidad disciplinaria y fiscal al Gobernador o Alcalde que no den cumplimiento a lo dispuesto en el presente artículo.

Parágrafo. En las liquidaciones de Empresas Sociales del Estado que se adelanten por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, se dará aplicación a lo dispuesto en el Decreto-ley 254 de 2000 y en la ley 1105 de 2006, y demás normas que los modifiquen, adiciónen o sustituyan. Las liquidaciones que se estén adelantando se ajustarán a lo aquí dispuesto.

Artículo 74. *Recursos de crédito para el rediseño, modernización y reorganización de los hospitales de la red pública para desarrollo de las redes territoriales de prestación de servicios de salud*. Para la ejecución de los créditos condonables de que trata el parágrafo 3° del artículo 54 de la Ley 715 de 2001, la Nación y las entidades territoriales concurrirán, bajo la modalidad de préstamos condonables, en el financiamiento de los procesos de rediseño, modernización y reorganización de Instituciones Prestadoras de Salud públicas, mediante convenios de desempeño con las instituciones hospitalarias, que como mínimo garanticen, por parte de la entidad hospitalaria, su sostenibilidad durante diez (10) años, mediante el equilibrio financiero, eficiencia en la prestación de los servicios y su articulación en red.

La asignación de estos recursos de crédito por el Gobierno Nacional permitirá que las Instituciones Prestadoras de Salud públicas puedan participar del proceso de conformación de redes territoriales de servicios de salud para poder desarrollar la política de Atención Primaria en Salud (APS). Dicha asignación se regirá por los principios de proporcionalidad y equidad territoriales.

Artículo 75. *Saneamiento de pasivos*. Con el fin de facilitar los procesos de saneamiento de pasivos, las Empresas Sociales del Estado que hayan adoptado programas de saneamiento fiscal y financiero en virtud de lo dispuesto en la presente ley, tengan suscrito o suscriban programas o convenios de desempeño en virtud de lo establecido en la Ley 715 de 2001 o estén intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud, podrán iniciar simultáneamente o en cualquier momento durante la vigencia de los mismos, la promoción de acuerdos de reestructuración de pasivos de que tratan las Leyes 550 de 1999 y 1116 de 2006 y demás normas que las modifiquen, adiciónen o sustituyan.

Artículo 76. *Del pasivo prestacional de las instituciones del sector salud*. Las instituciones de salud beneficiarias del pasivo prestacional del sector salud

deberán remitir la información necesaria para que en los términos y condiciones previstos en la Ley 715 de 2001 se suscriban los convenios de concurrencia, en un término no mayor a cinco (5) años, contados a partir de la expedición de la presente ley. Para efectos de la cofinanciación de dichos convenios, las entidades territoriales y las instituciones hospitalarias públicas podrán utilizar recursos que por la presente ley se destinan para financiar la oferta pública de prestación de servicios de salud.

Artículo 77. *Saneamiento de aportes patronales*. Las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar o el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, según corresponda, las Administradoras de Riesgos Profesionales, las entidades administradoras de pensiones tanto del Régimen de Prima Media con Prestación Definida, como las de ahorro individual con solidaridad y las administradoras de cesantías, incluido el Fondo Nacional de Ahorro, que hubieren recibido o que tengan en su poder recursos por concepto de aportes patronales del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones para salud, las direcciones territoriales de salud, las Instituciones Prestadoras de Salud públicas y demás entidades a las que se les hayan asignado recursos para el pago de aportes patronales, contarán con doce (12) meses, para realizar el proceso de saneamiento por concepto de aportes patronales con el procedimiento que determine el Ministerio de la Protección Social. En este proceso de saneamiento podrán concurrir recursos de ambas fuentes.

Si vencido este término no se hubiere realizado el saneamiento, las entidades mencionadas en el presente artículo girarán los recursos excedentes al mecanismo financiero que determine el Ministerio de la Protección Social, sin perjuicio de los contratos que se hubieren ejecutado con cargo a estos recursos.

CAPÍTULO IV

Medicamentos e insumos médicos

Artículo 78. *Política farmacéutica y de dispositivos médicos*. El Ministerio de la Protección Social definirá la Política Farmacéutica y de Dispositivos Médicos a nivel nacional y en su implementación, establecerá y desarrollará mecanismos y estrategias dirigidos a optimizar la utilización de medicamentos e insumos, a evitar las inequidades en el acceso y asegurar la calidad de los mismos, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 79. *Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMD)*. En adelante la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos de que trata el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, se denominará Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, y tendrá a su cargo la formulación y la regulación de la política de precios de medicamentos y dispositivos médicos.

Artículo 80. *Negociación de medicamentos y dispositivos*. El Ministerio de la Protección Social establecerá los mecanismos para adelantar negociaciones de precios de medicamentos y dispositivos.

El Ministerio de la Protección Social establecerá los mecanismos para adelantar negociaciones que generen precios de referencia de medicamentos y dispositivos de calidad. En el caso que los mismos no operen en la cadena, el Gobierno Nacional podrá

acudir a la compra directa. Las instituciones públicas prestadoras del servicio de salud no podrán comprar por encima de los precios de referencia.

Artículo 81. *Garantía de la calidad de medicamentos, insumos y dispositivos médicos.* El Invima garantizará la calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos, los insumos y dispositivos médicos que se comercialicen en el país.

Artículo 82. *Garantía de la competencia.* El Gobierno Nacional deberá garantizar la competencia efectiva para la producción, venta, comercialización y distribución de medicamentos, podrá realizar o autorizar la importación paralela de estos, establecer límites al gasto y adelantar las gestiones necesarias para que la población disponga de medicamentos de buena calidad a precios accesibles.

El Gobierno Nacional, las entidades públicas y privadas podrán realizar compras centralizadas de medicamentos dentro y fuera del país y desarrollar modelos de gestión que permitan disminuir los precios de los medicamentos y facilitar el acceso de la población a estos.

CAPÍTULO V

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

Artículo 83. *Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud.* Autorícese al Ministerio de la Protección Social la creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud como una corporación sin ánimo de lucro de naturaleza mixta, de la cual podrán formar parte, entre otros, las sociedades científicas y la Academia Nacional de Medicina, esta entidad será responsable de la evaluación de tecnologías en salud basada en la evidencia científica, sus orientaciones serán un referente para la definición de planes de beneficios y para los prestadores de los servicios de salud.

Artículo 84. *Objetivos del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud.* Son objetivos del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud:

1. Evaluar las tecnologías en materia de salud, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: seguridad, eficacia, eficiencia, efectividad, utilidad e impacto económico.

2. Consultar las evaluaciones de tecnologías con Centros de Evaluación acreditados para la evaluación de tecnologías médicas nacionales e internacionales.

3. Articular la evaluación de los medios técnicos y de procedimientos para la promoción y atención en salud en sus fases de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y su impacto en la reducción de la morbilidad y mortalidad del país así como el impacto potencial por la adopción de nuevas tecnologías.

4. Diseñar estándares, protocolos y guías de atención en salud, basados en evidencia científica, que sirvan de referente para la prestación de los servicios de salud.

5. Difundir las metodologías empleadas y la información producida.

6. Los demás que sean necesarios para el desarrollo de su objeto.

Artículo 85. *Referentes basados en evidencia científica.* Son los estándares, guías, normas técnicas, conjuntos de acciones o protocolos que se adopten para una o más fases de la atención como

promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, para la atención de una situación específica de la salud, basados en evidencia científica. Incluyen principalmente las evaluaciones de tecnologías en salud y las guías de atención integral que presentan el conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos e insumos o dispositivos que procuran que la atención sea de calidad, segura y costo-efectiva.

Artículo 86. *De los protocolos de atención.* La autoridad competente desarrollará protocolos sobre procedimientos, medicamentos y tratamientos de acuerdo con los contenidos del Plan de Beneficios. Para su elaboración se consultará a los profesionales de la salud, las sociedades científicas, los colegios de profesionales y las facultades de salud.

Artículo 87. *De las guías de atención.* La autoridad competente desarrollará guías de atención sobre procedimientos, medicamentos y tratamientos de acuerdo con los contenidos del Plan de Beneficios. Las guías médicas serán desarrolladas por la autoridad competente en coordinación con los profesionales de la salud, las sociedades científicas, los colegios de profesionales y las facultades de salud

CAPÍTULO VI

Talento Humano

Artículo 88. *De la Política de Talento Humano.* El Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, definirá la política de Talento Humano en Salud que oriente la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones del área de la salud, en coherencia con las necesidades de la población colombiana, las características y objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 89. *De la Formación Continua del Talento Humano en Salud.* El Gobierno Nacional establecerá los lineamientos para poner en marcha un sistema de formación continua para el Talento Humano en Salud, dando prioridad a la implementación de un programa de Atención Primaria para los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que deberá implementarse en forma progresiva. Dicho programa contendrá módulos específicos para profesionales, técnicos, tecnólogos, auxiliares de la salud, directivos y ejecutivos de las direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Servicios de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios.

Concurrirán para este efecto las entidades territoriales, las sociedades científicas, los centros de formación superior y media y los empleadores.

Artículo 90. *De la pertinencia y calidad en la formación de talento humano en salud.* Modifícase el artículo 13 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

“**Artículo 13.** *De la pertinencia y calidad en la formación de Talento Humano en Salud.* Las instituciones y programas de formación del Talento Humano en Salud buscarán el desarrollo de perfiles y competencias que respondan a las características y necesidades en salud de la población colombiana, a los estándares aceptados internacionalmente y a los requerimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, fundados en la ética, calidad, perti-

nencia y responsabilidad social. El Ministerio de la Protección Social desarrollará los mecanismos para definir y actualizar las competencias de cada profesión atendiendo las recomendaciones del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud.

Los programas que requieran adelantar prácticas formativas en servicios asistenciales deberán contar con escenarios de prácticas conformados en el marco de la relación docencia-servicio. Esta relación se sustentará en un proyecto educativo de largo plazo compartido entre una institución educativa y una entidad prestadora de servicios, que integrará las actividades asistenciales, académicas, docentes y de investigación.

Los programas de formación en el área de la salud serán aprobados considerando criterios de calidad y pertinencia de los mismos y la evaluación de la relación docencia-servicio y de los escenarios de práctica, según los estándares y procedimientos que definan los Ministerios de la Protección Social y de Educación Nacional, los cuales formarán parte integral del Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior. Para determinar la pertinencia de los nuevos programas de formación en el área de la salud se requerirá concepto del Ministerio de la Protección Social”.

Artículo 91. *Hospitales universitarios.* El Hospital Universitario es una Institución Prestadora de Salud que proporciona entrenamiento universitario, enfocado principalmente en programas de posgrado, supervisado por autoridades académicas competentes y comprometidas con las funciones de formación, investigación y extensión.

El Hospital Universitario es un escenario de práctica con características especiales por cuanto debe cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:

1. Estar habilitado y acreditado, de acuerdo con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.
2. Tener convenios de prácticas formativas, en el marco de la relación docencia-servicio, con instituciones de educación superior que cuenten con programas en salud acreditados.
3. Diseñar procesos que integren en forma armónica las prácticas formativas, la docencia y la investigación a prestación de los servicios asistenciales.
4. Contar con servicios que permitan desarrollar los programas docentes preferentemente de posgrado.
5. Obtener y mantener reconocimiento nacional o internacional de las investigaciones en salud que realice la entidad y contar con la vinculación de por lo menos un grupo de investigación reconocido por Colciencias.
6. Incluir procesos orientados a la formación investigativa de los estudiantes y contar con publicaciones y otros medios de información propios que permitan la participación y difusión de aportes de sus grupos de investigación.
7. Contar con una vinculación de docentes que garanticen la idoneidad y calidad científica, académica e investigativa.

Los Hospitales Universitarios reconocidos conforme a la presente ley tendrán prioridad en la participación en los proyectos de investigación, docencia y formación continua del talento humano financiados con recursos estatales.

Parágrafo transitorio. A partir del 1° de enero del año 2016 solo podrán denominarse Hospitales Universitarios, aquellas instituciones que cumplan con los requisitos definidos en este artículo.

Artículo 92. *Del servicio social voluntario.* Modifícase el artículo 33 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

“Créase el servicio social voluntario para las profesiones del área de la salud que se cumplirá inmediatamente después de finalizado un programa de pregrado o de especialización, en plazas ubicadas en instituciones que atiendan población en condiciones de pobreza o vulnerabilidad que tengan dificultades de acceso a los servicios de salud.

Estas plazas serán empleos de período fijo no sujetos a carrera administrativa, tendrán las condiciones laborales y salariales vigentes para los cargos similares de la institución que las ofrece y serán aprobadas por la Dirección Territorial de Salud respectiva.

La duración del Servicio Social Voluntario será de un año para profesionales no especialistas y especialistas.

Quienes cumplan el servicio social voluntario tendrán acceso preferencial a los programas de especialización, créditos, becas y estímulos ofrecidos por instituciones que se financien con recursos del presupuesto público o del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

Artículo 93. *De la formación de especialistas del área de la salud.* Modifícase el artículo 30 de la Ley 1164 de 2007, adicionando los siguientes incisos:

“Las instituciones que forman parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud promoverán y facilitarán la formación de especialistas en el área de la salud, conforme a las necesidades de la población y las características del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Ministerio de la Protección Social definirá las condiciones, requisitos y procedimientos para la oferta, aprobación y asignación de cupos de prácticas formativas de los programas de especialización que impliquen residencia.

Los cupos de residentes de los programas de especialización en salud se aprobarán conforme a las normas que regulan la relación docencia-servicio y, en todo caso, deberán corresponder a cargos de empleos temporales no sujetos a carrera administrativa creados para tal fin en las Instituciones Prestadoras de Salud.

Se autoriza a las Instituciones Prestadoras de Salud públicas a crear cargos en sus plantas de personal para la formación de residentes, los cuales tendrán carácter temporal y no estarán sujetos a las normas de carrera administrativa. El Estado cofinanciará parte del costo de los cargos de residentes que cursen programas de especialización considerados prioritarios para el país, para lo cual los recursos del presupuesto nacional destinados a financiar el programa de becas crédito establecido en el parágrafo 1° del artículo 193 de la Ley 100 de 1993, se reorientarán a la financiación de los cargos contemplados en el presente artículo, el Gobierno Nacional determinará la contraprestación para estos.

Para las regiones donde no se cuenta con Entidades de Educación Superior, aquellos profesionales de la salud que deseen especializarse podrán recibir

becas financiadas con recursos de las entidades territoriales, suscribiendo convenios para prestar los servicios especializados durante un tiempo no inferior al requerido para la especialización en la región correspondiente. Estos profesionales tendrán prioridad de acceso a las especializaciones.

Para efectos administrativos y asistenciales, a los profesionales de la salud vinculados mediante la modalidad de residentes se les reconocerá conforme al título más alto obtenido y a la autorización para ejercer por la entidad competente.

Artículo 94. *Contratación del personal misional.* El personal misional de las Instituciones Prestadoras de Salud no podrá estar vinculado mediante la modalidad de cooperativas de trabajo asociado.

Parágrafo transitorio. Esta disposición entrará en vigencia a partir del 1° de julio de 2013.

Artículo 95. *Autorregulación Profesional.* Modifícase el artículo 26 de la Ley 1164 de 2007 el cual quedará así:

“**Artículo 26.** *Acto propio de los profesionales de la salud.* Es el conjunto de acciones orientadas a la atención integral de salud, aplicadas por el profesional autorizado legalmente para ejercerlas. El acto profesional se caracteriza por la autonomía profesional y la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio, basada en la competencia profesional.

Los profesionales de la salud tienen la responsabilidad permanente de la autorregulación. Cada profesión debe tomar a su cargo la tarea de regular concertadamente la conducta y actividades profesionales de sus pares sobre la base de:

1. El ejercicio profesional responsable, ético y competente, para mayor beneficio de los usuarios.
2. La pertinencia clínica y uso racional de tecnologías, dada la necesidad de la racionalización del gasto en salud, en la medida que los recursos son bienes limitados y de beneficio social.
3. En el contexto de la autonomía se buscará prestar los servicios médicos que requieran los usuarios, aplicando la autorregulación, en el marco de las disposiciones legales.
4. No debe permitirse el uso inadecuado de tecnologías médicas que limite o impida el acceso a los servicios a quienes los requieran.
5. Las actividades profesionales y la conducta de los profesionales de la salud debe estar dentro de los límites de los Códigos de Ética Profesional vigentes. Las asociaciones científicas deben alentar a los profesionales a adoptar conductas éticas para mayor beneficio de sus pacientes.

Artículo 96. *Autonomía profesional.* Entiéndase por autonomía de los profesionales de la salud, la garantía que el profesional de la salud pueda emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes con calidad, aplicando las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión.

Artículo 97. *Prohibición de prebendas o dádivas a trabajadores en el sector de la salud.* Queda expresamente prohibida la promoción u otorgamiento de cualquier tipo de prebendas, dádivas o incentivos perversos a profesionales de la salud, sea este en di-

nero o en especie, por parte de las Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud, empresas farmacéuticas productoras, distribuidoras, comercializadoras u otros, de medicamentos, insumos, dispositivos y equipos que no esté vinculado al cumplimiento de una relación laboral contractual o laboral formalmente establecida entre la institución y el profesional.

Parágrafo 1°. Las empresas o instituciones que incumplan con lo establecido en el presente artículo serán sancionadas con multas que van de 100 a 500 SMMLV, multa que se duplicará en caso de reincidencia. Estas sanciones serán tenidas en cuenta al momento de evaluar procesos contractuales con el Estado y estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 2°. Los profesionales de la salud y los empleados de las áreas diferentes a la de prestación directa de servicios que reciban este tipo de prebendas y dádivas incurrirán en conflicto de intereses y serán investigados por las autoridades competentes. Lo anterior, sin perjuicio de las normas disciplinarias vigentes.

CAPÍTULO VII

Calidad y sistemas de información

Artículo 98. *Indicadores en salud.* El Ministerio de la Protección Social deberá establecer indicadores de salud tales como indicadores centinela y trazadores, así como indicadores administrativos que den cuenta del desempeño de las direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales y de las Instituciones Prestadoras de Salud, con el fin de que los ciudadanos puedan contar con información objetiva que permita reducir las asimetrías de información y garantizar al usuario su derecho a la libre elección de los prestadores de servicios y aseguradores.

Artículo 99. *Sistema de evaluación y calificación de direcciones territoriales de salud, entidades promotoras de salud e instituciones prestadoras de salud.* Como resultado de la aplicación de los indicadores, el Ministerio de la Protección Social desarrollará un sistema de evaluación y calificación de las direcciones territoriales de salud, de Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Salud que permita conocer públicamente a más tardar el primero (1°) de marzo de cada año, como mínimo: número de quejas, gestión de riesgo, programas de prevención y control de enfermedades implementados, resultados en la atención de la enfermedad, prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, listas de espera; administración y flujo de recursos.

Deberá también alimentarse de las metas de los planes de desarrollo nacional, y territoriales.

Se definirán igualmente indicadores de calidad en la atención, de calidad técnica y de satisfacción del usuario.

El incumplimiento de las condiciones mínimas de calidad dará lugar a la descertificación en el proceso de habilitación. En el caso de los entes territoriales se notificará a la SNS para que obre de acuerdo a su competencia.

Artículo 100. *Articulación del Sistema de Información.* El Ministerio de la Protección Social, a

través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) articulará el manejo y la administración de los indicadores.

Las bases de datos de afiliados en salud se articularán con las bases de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil, el Sisbén y de las Entidades Promotoras de Salud para identificar a los beneficiarios y su lugar de residencia, entre otras.

Artículo 101. *Sistema de Información Integrado del Sector Salud.* El Ministerio de la Protección Social junto con el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones definirá y contratará un plan para que en un periodo menor a 3 años se garantice la conectividad de las instituciones vinculadas con el sector de salud en el marco del Plan Nacional de Tecnologías de Información y Comunicaciones –TIC.

Artículo 102. *Obligación de reportar.* Es una obligación de las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios de salud, de las direcciones territoriales de salud, las empresas farmacéuticas y los demás agentes del sistema, proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos que se establezcan en el reglamento, con el objetivo de elaborar los indicadores. Es deber de los ciudadanos proveer información veraz y oportuna.

Artículo 103. *Indicadores de salud sobre niños, niñas y adolescentes.* Las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud deberán presentar anualmente a la Superintendencia Nacional de Salud información detallada sobre el estado de salud de los menores de edad afiliados.

Artículo 104. *Restricciones por la no provisión de información.* Los obligados a reportar que no cumplan con el reporte oportuno, confiable, suficiente y con la calidad mínima aceptable de la información necesaria para la operación del sistema de monitoreo, de los sistemas de información del sector salud, o de las prestaciones de salud (Registros Individuales de Prestación de Servicios) serán reportados ante las autoridades competentes para que impongan las sanciones a que hubiera lugar. En el caso de las Entidades Promotoras de Salud y prestadores de servicios de salud podrá dar lugar a la revocatoria de la certificación de habilitación. En el caso de los entes territoriales se notificará a la Superintendencia Nacional de Salud para que obre de acuerdo a su competencia.

Artículo 105. *Análisis de condiciones de mercado a nivel regional.* El Gobierno Nacional realizará análisis periódicos de las condiciones de competencia en el mercado de aseguradores y prestadores, así como de las tarifas de prestación de servicios, a nivel territorial.

TÍTULO VII

INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Artículo 106. *Desconcentración.* Con el fin de tener mayor efectividad en las actividades del sistema de inspección, vigilancia y control, la Superintendencia Nacional de Salud podrá desconcentrar o delegar sus funciones a nivel departamental o distrital.

La Superintendencia Nacional de Salud ejecutará sus funciones de manera directa o por convenio interadministrativo con las direcciones departamentales o distritales de Salud, acreditadas, en el marco del

Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, las cuales para los efectos de las atribuciones correspondientes responderán funcionalmente ante el Superintendente Nacional de Salud.

Las direcciones departamentales o distritales de Salud, presentarán en audiencia pública semestral y en los plazos que la Superintendencia establezca, los informes que esta requiera. El incumplimiento de esta función dará lugar a multas al respectivo director de hasta diez (10) salarios mínimos legales mensuales y en caso de reincidencia podrá dar lugar a la intervención administrativa.

La Superintendencia Nacional de Salud implementará procedimientos participativos que permitan la operación del sistema de forma articulada, vinculando las personerías, la defensoría del pueblo, las contralorías y otras entidades u organismos que cumplan funciones de control.

Artículo 107. *Recursos para fortalecer las funciones de inspección, vigilancia y control.* Los recursos a que se refiere el literal e) del artículo 13 de la ley 1122 de 2007 se destinarán a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza la inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales. El recaudo al que hace referencia el presente inciso, será reglamentado por el Gobierno Nacional, por primera vez, dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley. Los recursos del régimen subsidiado destinados por los municipios y distritos a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza la inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales, se incrementarán del 0.2% al 0.4%.

Parágrafo transitorio. Los recursos a que se refiere inciso primero del literal e) del artículo 13 de la ley 1122 de 2007 se aplicarán a la auditoría para el cumplimiento del seguimiento y control del aseguramiento de los afiliados y el acceso oportuno y de calidad al Plan de Beneficios. Para este efecto la Superintendencia acreditará empresas de interventoría con las cuales contratarán los municipios mediante concurso de méritos. La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá vigilancia sobre el proceso y ejecución de esta contratación.

Artículo 108. *Recursos por multas.* Las multas impuestas por la Superintendencia Nacional de Salud serán apropiadas en el Presupuesto General de la Nación como recursos adicionales de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 109. *Sujetos de inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.* Serán sujetos de inspección, vigilancia y control integral de la Superintendencia Nacional de Salud:

1. Las Entidades Promotoras de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud.

2. Las Direcciones Territoriales de Salud en el ejercicio de las funciones que las mismas desarrollan en el ámbito del sector salud, tales como el asegura-

miento, la inspección, vigilancia y control, la prestación de servicios de salud y demás relacionadas con el sector salud.

3. Los prestadores de servicios de salud públicas, privadas o mixtas.

4. La Comisión de Regulación en Salud y el Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga o quienes hagan sus veces.

5. Los que exploten, administren u operen, bajo cualquier modalidad, el monopolio rentístico de loterías, apuestas permanentes y demás modalidades de los juegos de suerte y azar.

6. Las personas naturales o jurídicas que programen, gestionen, recauden, distribuyan, administren, transfieran o asignen los recursos públicos y demás arbitrios rentísticos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

7. Las rentas que produzcan cervezas, sifones, refajos, vinos, aperitivos y similares y quienes importen vinos, aperitivos y similares y cervezas.

Artículo 110. *Presentación de informes financieros de las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.* Para la vigilancia y control de las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Salud, y otros actores del sistema deberán presentar los estados financieros consolidados del grupo económico, incluyendo todas las entidades subordinadas que directa o indirectamente reciban recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 111. *Inspección, Vigilancia y Control a los Deberes de los Empleadores.* La Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN) ejercerá la inspección, vigilancia y control del cumplimiento a los deberes de los empleadores conforme a lo establecido en el numeral 2 del artículo 161 de la ley 100 de 1993 y sobre el monto y la distribución de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud conforme a lo establecido en el artículo 204 de la ley 100 de 1993. Igualmente, ejercerá inspección, vigilancia y control respecto de los trabajadores independientes y contratistas y las entidades que los asocien o agrupen para su afiliación colectiva.

La Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, previa solicitud de explicaciones, podrá imponer, en caso de violación a las normas contenidas en los artículos 161, 204 y, 210 de la ley 100 de 1993 por una sola vez, o en forma sucesiva, multas en cuantía hasta de mil (1.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes a favor de la subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía.

Artículo 112. *Eje de acciones y medidas especiales.* El numeral 5 del artículo 37 de la ley 1122 de 2007 quedará así:

5. Eje de acciones y medidas especiales. Su objetivo es adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza y monopolios rentísticos cedidos al sector salud no asignados a otra entidad, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los derechos de los afiliados

dos y los recursos del sector salud. En casos en que la Superintendencia Nacional de Salud revoque el certificado de autorización o funcionamiento que le otorgue a las Entidades Promotoras de Salud o Instituciones Prestadoras de Salud, deberá decidir sobre su liquidación.

Artículo 113. *Cesación provisional.* El Superintendente Nacional de Salud podrá ordenar, de manera inmediata, a la entidad competente, la medida cautelar de cesación provisional de las acciones que pongan en riesgo la vida o la integridad física de los pacientes o el destino de los recursos del sistema general de seguridad social en salud.

Las medidas señaladas anteriormente se adoptarán mediante acto administrativo motivado y dará lugar al inicio del proceso administrativo ante el Superintendente Nacional de Salud.

Artículo 114. *Función Jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud.* Adiciónese el literal (e) y (f) al artículo 41 de la ley 1122 de 2007:

(e) Sobre las prestaciones excluidas del Plan de Beneficios que no sean pertinentes para atender las condiciones particulares del individuo.

(f) Conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Modificar el párrafo 2° del artículo 41 de la ley 1122 de 2007, así:

La función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud se desarrollará mediante un procedimiento preferente y sumario, con arreglo a los principios de publicidad, prevalencia del derecho sustancial, economía, celeridad y eficacia, garantizando debidamente los derechos al debido proceso, defensa y contradicción.

La solicitud dirigida a la Superintendencia Nacional de Salud debe expresar, con la mayor claridad, la causal que la motiva, el derecho que se considere violado, las circunstancias de tiempo, modo y lugar, así como el nombre y residencia del solicitante. La acción podrá ser ejercida, sin ninguna formalidad o autenticación, por memorial, telegrama u otro medio de comunicación que se manifieste por escrito, para lo cual se gozará de franquicia. No será necesario actuar por medio de apoderado. Dentro de los diez días siguientes a la solicitud se dictará fallo, el cual se notificará por telegrama o por otro medio expedito que asegure su cumplimiento. Dentro de los tres días siguientes a la notificación, el fallo podrá ser impugnado. En el trámite del procedimiento jurisdiccional prevalecerá la informalidad.

Artículo 115. *Medidas cautelares en la función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud.* Adicionar un nuevo párrafo al artículo 41 de la ley 1122 de 2007 así:

“Párrafo 3°. La Superintendencia Nacional de Salud deberá:

1. Ordenar, dentro del proceso judicial, las medidas provisionales para la protección del usuario del Sistema.

2. Definir en forma provisional la Entidad a la cual se entiende que continúa afiliado o atendido el demandante mientras se resuelve el conflicto que se suscite en materia de multifiliación y movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Para tal efecto, el funcionario competente en ejercicio de las funciones jurisdiccionales consultará, antes de emitir su fallo definitivo o la medida cautelar, la doctrina médica, las guías, los protocolos o las recomendaciones del comité técnico científico, según sea el caso”.

Artículo 116. *Procedimiento sancionatorio.* La Superintendencia Nacional de Salud aplicará las multas o la revocatoria de la licencia de funcionamiento realizando un proceso administrativo sancionatorio consistente en la solicitud de explicaciones en un plazo de cinco (5) días hábiles después de recibida la información, la práctica de las pruebas a que hubiere lugar en un plazo máximo de quince (15) días calendario, vencido el término probatorio las partes podrán presentar alegatos de conclusión dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes. La Superintendencia dispondrá de un término de diez (10) días calendario después del vencimiento del término para presentar alegatos de conclusión para imponer la sanción u ordenar el archivo de las actuaciones. Si no hubiere lugar a decretar pruebas, se obviará el término correspondiente. La sanción será susceptible de los recursos contenidos en el Código Contencioso Administrativo.

Parágrafo. Con sujeción a lo anterior y teniendo en cuenta, en lo que no se oponga, lo previsto en el Código Contencioso Administrativo, la Superintendencia Nacional de Salud, mediante acto administrativo, desarrollará el procedimiento administrativo sancionatorio, respetando los derechos al debido proceso, defensa, contradicción y doble instancia.

Artículo 117. *Conductas que vulneran el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Derecho a la Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud, impondrá multas en las cuantías señaladas en la presente ley o revocará la licencia de funcionamiento, si a ello hubiere lugar, a las personas naturales y jurídicas que se encuentren dentro del ámbito de su vigilancia, así como a título personal a los representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud o quien haga sus veces, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y privado de las entidades vigiladas por dicha Superintendencia, cuando violen las disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otras, por incurrir en las siguientes conductas:

1. Violar la ley 1098 de 2006 en lo relativo a la prestación de servicios de salud.
2. Aplicar preexistencias a los afiliados por parte de la Entidad Promotora de Salud.
3. Impedir u obstaculizar la atención inicial de urgencias.
4. Poner en riesgo la vida de las personas de especial protección constitucional.
5. No realizar las actividades en salud derivadas de enfermedad general, maternidad, accidentes de trabajo, enfermedad profesional, accidentes de tránsito y eventos catastróficos.
6. Impedir o atentar en cualquier forma contra el derecho a la afiliación y selección de organismos e

instituciones del Sistema de Seguridad Social Integral, por parte del empleador y en general por cualquier persona natural o jurídica.

7. Incumplir las instrucciones y órdenes impartidas por la Superintendencia, así como por la violación de la normatividad vigente sobre la prestación del servicio público de salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

8. Incumplir con las normas de afiliación por parte de los empleadores, contratistas, entidades que realizan afiliaciones colectivas o trabajadores independientes.

9. Incumplir la ley 972 de 2005.

10. Efectuar por un mismo servicio o prestación un doble cobro al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

11. Efectuar cobros al Sistema General de Seguridad Social en Salud con datos inexactos o falsos.

12. No reportar oportunamente la información que se le solicite por parte del Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, o por la Comisión de Regulación en Salud o quien haga sus veces.

13. Obstruir las investigaciones e incumplir las obligaciones de información.

Parágrafo. De conformidad con lo previsto en el artículo 68 de la ley 715 de 2001, el pago de las multas que se impongan a título personal debe hacerse con recursos de su propio patrimonio, y en consecuencia no se puede imputar al presupuesto de la entidad de la cual dependen.

Artículo 118. *Valor de las multas por conductas que vulneran el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el derecho a la salud.* De conformidad con el artículo 68 de la ley 715 de 2001, las multas a los representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud o quienes hagan sus veces, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y privado oscilarán entre diez (10) y dos mil (2.000) salarios mínimos mensuales legales vigentes y su monto se liquidará teniendo en cuenta el valor del salario mínimo vigente a la fecha de expedición de la Resolución sancionatoria.

Las multas a las personas jurídicas que se encuentren dentro del ámbito de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud se impondrán hasta por una suma equivalente a cinco mil (5.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes y su monto se liquidará teniendo en cuenta el valor del salario mínimo vigente a la fecha de expedición de la Resolución sancionatoria.

Las multas se aplicarán sin perjuicio de la facultad de revocatoria de la licencia de funcionamiento cuando a ello hubiere lugar.

Artículo 119. *Multas por infracciones al régimen aplicable al control de precios de medicamentos y dispositivos médicos.* La Superintendencia de Industria y Comercio impondrá multas hasta de cinco mil salarios mínimos legales mensuales vigentes (5.000 smlmv) a cualquiera de las entidades, agentes y actores de las cadenas de producción, distribución, comercialización y otras formas de intermediación de medicamentos, dispositivos médicos

o bienes del sector salud, sean personas naturales o jurídicas, cuando infrinjan el régimen aplicable al control de precios de medicamentos o dispositivos médicos. Igual sanción se podrá imponer por la omisión, renuencia o inexactitud en el suministro de la información que deba ser reportada periódicamente.

Cuando se infrinja el régimen de control de precios de medicamentos y dispositivos médicos acudiendo a maniobras tendientes a ocultar a través de descuentos o promociones o en cualquier otra forma el precio real de venta, se incrementará la multa de una tercera parte a la mitad.

Artículo 120. *Multas por no pago de las acreencia por parte del Fosyga o la Entidad Promotora de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud impondrá multas hasta de doscientos salarios mínimos legales mensuales vigentes (200 smlmv) cuando el Fosyga, injustificadamente, no gire oportunamente de acuerdo con los tiempos definidos en la ley, las obligaciones causadas por prestaciones o medicamentos o cuando la Entidad Promotora de Salud no gire oportunamente a una Institución Prestadora de Salud las obligaciones causadas por actividades o medicamentos.

Parágrafo. El pago de las multas que se impongan a título personal debe hacerse con recursos de su propio patrimonio y, en consecuencia, no se puede imputar al presupuesto de la entidad de la cual dependen.

Artículo 121. *Dosificación de las multas.* Para efectos de graduar las multas previstas en la presente ley, se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

1. El grado de culpabilidad.
2. La trascendencia social de la falta o el perjuicio causado, en especial respecto de personas en debilidad manifiesta o con protección constitucional reforzada.
3. Poner en riesgo la vida o la integridad física de la persona.
4. En función de la naturaleza del medicamento o dispositivo médico de que se trate, el impacto que la conducta tenga sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
5. El beneficio obtenido por el infractor con la conducta en caso de que este pueda ser estimado.
6. El grado de colaboración del infractor con la investigación.
7. La reincidencia en la conducta infractora.
8. La existencia de antecedentes en relación con infracciones al régimen de Seguridad Social en Salud, al régimen de control de precios de medicamentos o dispositivos médicos.
9. Las modalidades y circunstancias en que se cometió la falta y los motivos determinantes del comportamiento.

TÍTULO VIII DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA

Artículo 122. *Política nacional de participación social.* El Ministerio de la Protección Social definirá una política nacional de participación social que tenga como objetivos:

1. Promover la cultura de la salud y el autocuidado, modificar los factores de riesgo y estimular los factores protectores de la salud.
2. Incentivar la veeduría de recursos del sector salud y el cumplimiento de los planes de beneficios.
3. Participar activamente en los ejercicios de definición de política.
4. Defender el derecho de la salud de los ciudadanos y detectar temas cruciales para mejorar los niveles de satisfacción del usuario.

Artículo 123. *Defensor del Usuario de la Salud.* Para financiar el Defensor del Usuario en Salud de que trata el artículo 42 de la ley 1122 de 2007, la tasa establecida en el artículo 98 de la ley 488 de 1998 deberá incluir el costo que demanda su organización y funcionamiento.

Artículo 124. *Antitrámites en salud.* El Gobierno Nacional, dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de esta ley, deberá adoptar un sistema único de trámites en salud que incluirá los procedimientos y formatos de la afiliación y de la autorización, registro, auditoría, facturación y pago de los servicios de salud.

Artículo 125. *Deberes y obligaciones.* Los usuarios del sistema de seguridad social en salud deberán cumplir los siguientes deberes y obligaciones:

1. Actuar frente al sistema y sus actores de buena fe.
2. Suministrar oportuna y cabalmente la información que se les requiera para efectos del servicio.
3. Informar a los responsables y autoridades de todo acto o hecho que afecte el sistema.
4. Procurar en forma permanente por el cuidado de la salud personal y de la familia y promover las gestiones del caso para el mantenimiento de las adecuadas condiciones de la salud pública.
5. Pagar oportunamente las cotizaciones e impuestos y, en general, concurrir a la financiación del sistema.
6. Realizar oportuna y cabalmente los pagos moderadores, compartidos y de recuperación que se definen dentro del sistema.
7. Contribuir según su capacidad económica al cubrimiento de las prestaciones y servicios adicionales a favor de los miembros de su familia y de las personas bajo su cuidado.
8. Cumplir las citas y atender los requerimientos del personal administrativo y asistencial de salud, así como brindar las explicaciones que ellos les demanden razonablemente en ejecución del servicio.
9. Suministrar la información veraz que se le demande y mantener actualizada la información que se requiera dentro del sistema en asuntos administrativos y de salud.
10. Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del sistema.
11. Hacer un uso racional de los recursos del sistema.
12. Respetar a las personas que ejecutan los servicios y a los usuarios.
13. Hacer uso, bajo criterios de razonabilidad y pertinencia, de los mecanismos de defensa y de las acciones judiciales para el reconocimiento de derechos dentro del sistema.

TÍTULO IX
OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 126. *Enfermedades huérfanas*. Modifícase el artículo 2° de la ley 1392 de 2010, así:

“**Artículo 2°.** *Denominación de las enfermedades huérfanas*. Las enfermedades huérfanas son aquellas crónicamente debilitantes, graves, que amenazan la vida y con una prevalencia menor de 1 por cada 5.000 personas, comprenden, las enfermedades raras, las ultra-huérfanas y olvidadas. Las enfermedades olvidadas son propias de los países en desarrollo y afectan ordinariamente a la población más pobre y no cuentan con tratamientos eficaces o adecuados y accesibles a la población afectada.

Parágrafo. Con el fin de mantener unificada la lista de denominación de las enfermedades huérfanas, el Ministerio de la Protección Social emitirá y actualizará esta lista cada dos años a través de acuerdos con la Comisión de Regulación en Salud (CRES), o el organismo competente”.

Artículo 127. *Difusión y capacitación para el desarrollo de la ley*. El Ministerio de la Protección Social deberá organizar y ejecutar un programa de difusión del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de capacitación a las autoridades locales, las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras, trabajadores y, en general, los usuarios que integren el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 128. *Compilación*. Facúltese al Gobierno Nacional para compilar las leyes que regulen aspectos relacionados con la salud y la seguridad social, sin que esta facultad implique modificar su contenido.

Artículo 129. *Vigencia y derogatorias*. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias, en especial los párrafos de los artículos 7° y 9° de la ley 1392 de 2010, los artículos 171, 172, 175, 215 y 216 numeral 1 de la ley 100 de 1993, el párrafo del artículo 3°, el literal (c) del artículo 13, el literal (d) del artículo 14, el artículo 42 de la Ley 1122 de 2007, el artículo 121 del Decreto-ley 2150 de 1995, el literal (d) del artículo 13, derogar artículos 16, 42, ley 715 de 2001 numerales 43.4.2, 44.1.7, 44.2.3. Los artículos relacionados con salud de ley 1066 de 2006.

Por el honorable Senado de la República,

Jorge E. Ballesteros B., Antonio José Correa, Coordinadores; *Gilma Jiménez Gómez, Dilian Francisca Toro Torres, Guillermo A. Santos M., Fernando E. Tamayo T., Mauricio Ospina Gómez, Germán B. Carlosama L., Eduardo Carlos Merlano Morales*, Senadores de la República.

Por la honorable Cámara de Representantes,

Armando A. Zabaraín D'Arce, Coordinador; *Diela Liliana Benavides Solarte, Martha Cecilia Ramírez Orrego, Elías Raad Hernández, Holger Horacio Díaz Hernández, Luis Fernando Ochoa Zuluaga, Rafael Romero Piñeros*, Representantes a la Cámara.

COMISIONES SÉPTIMAS
CONSTITUCIONALES PERMANENTES
DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA
Y DE LA HONORABLE CÁMARA
DE REPRESENTANTES

En Sesiones Conjuntas y con mensaje de urgencia, Bogotá D. C., a los once (11) días del mes de noviembre año dos mil diez (2010).

En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso* de la República, la ponencia para primer debate y texto propuesto para primer debate, en Sesiones Conjuntas de las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes, al Proyecto de ley número 01 de 2010 Senado, 106 de 2010 Cámara, por medio de la cual se Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, y sus Proyectos Acumulados: 95 de 2010 Senado, 143 de 2010 Senado, 147 de 2010 Senado, 160 de 2010 Senado, 161 de 2010 Senado, 182 de 2010 Senado, 035 de 2010 Cámara, 087 de 2010 Cámara, 111 de 2010 Cámara y 126 de 2010 Cámara, en ciento veintinueve (129) folios y texto contentivo de ciento veintinueve (129) artículos.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

NOTA SECRETARIAL

El presente informe de ponencia para primer debate y texto propuesto para primer debate, que se ordena publicar, con proposición de debate (POSITIVA), solamente está refrendado por los honorables Senadores *Jorge Eliécer Ballesteros, Dilian Francisca Toro Torres, Gilma Jiménez Gómez, Antonio José Correa Jiménez, Guillermo Antonio Santos Marín, Fernando Tamayo Tamayo y Eduardo Carlos Merlano Morales* (por el honorable Senado de la República) y por la honorable Cámara de Representantes está refrendado por los siguientes ponentes: *Armando Zabaraín D'Arce, Martha Cecilia Ramírez Orrego, Luis Fernando Ochoa Zuluaga y Rafael Romero Piñeros* (no refrendaron: *Diela Liliana Benavides Solarte, Elías Raad Hernández, Alba Luz Pinilla Pedraza y Holger Horacio Díaz Hernández*), en su calidad de ponentes. Los honorables Senadores *Germán Bernardo Carlosama López y Mauricio Ernesto Ospina Gómez*, no refrendaron el presente informe de ponencia.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.