REPÚBLICA DE COLOMBIA

GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5a. de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXI - Nº 723 Bogotá, D. C., miércoles, 24 de octubre de 2012 EDICIÓN DE 28 PÁGINAS

DIRECTORES: GREGORIO ELJACH PACHECO, 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 135 DE 2012 CÁMARA, 119 DE 2012 SENADO

por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de alguno recursos del sector salud.

PROYECTO DE LEY 106 DE 2012 SENADO

por medio de la cual se adoptan medidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para mejorar el flujo de recursos y se dictan otras disposiciones.

1. Contexto

En la actualidad existe un saldo de 1.77 billones de pesos en las cuentas maestras de las entidades territoriales, que se atribuye según la Federación Colombiana de Municipios, a que tras una gestión eficiente de las administraciones locales del régimen subsidiado, mediante interventoría se evitó el pago indebido de multiafiliados entre varias EPS, duplicidades al interior de una EPS, fallecidos y cupos asignados pero sin afiliado, etc., por lo que los recursos no apropiados se fueron acumulando progresivamente.

Ahora bien, de acuerdo con cuadro elaborado por el Senador Ballesteros de acuerdo con información del Minsalud, la deuda por concepto de régimen subsidiado asciende a $2.007.969 billones; por tanto, ante la grave situación de iliquidez de las IPS del país, el Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales identificaron la necesidad de adoptar un mecanismo que facilite la habilitación de esos saldos para la cofinanciación del régimen subsidiado de salud en lo que respecta a recursos de esfuerzo propio, para saneamiento fiscal de las IPS, financiación de servicios NO POS y servicios a población vinculada y, para invertir en el fortalecimiento de las IPS.

De igual forma de acuerdo con información suministrada por el Minsalud, existen recursos por $62.359 millones, más rendimientos financieros estimados en $6.000 millones, que corresponden a recursos de aportes patronales no aplicados a la cotización de salud de los afiliados de hospitales públicos que hacían parte de los activos remanente de la liquidada EPS Cajanal; los cuales en la actualidad hacen parte de un patrimonio autónomo creado en virtud del Decreto-ley 073 de 2010, expedido en el marco de la Emergencia Social decretada por el Gobierno Nacional en diciembre de 2009; sin embargo, dada su inexequibilidad, el patrimonio autónomo entró en proceso de liquidación.

De acuerdo con el artículo 43 de la Ley 715 de 2001, el titular de dichos recursos, serían las entidades territoriales o los hospitales públicos cuando mediaba contrato de prestación de servicios para la población no cubierta con subsidios a la demanda.

DEPARTAMENTO	SALDO CUENTAS MAESTRAS	DEUDA RÉGIMEN SUBSIDIADO
BOGOTA	$ 758.591	$ 292.928
CUNDINAMARCA	$ 148.724	$ 81.068
SANTANDER	$ 124.919	$ 87.207
ANTIOQUIA	$ 119.091	$ 213.092
META	$ 79.606	$ 80.521
TOLIMA	$ 47.550	$ 82.625
VALLE DEL CAUCA	$ 47.482	$ 162.084
CASANARE	$ 39.512	$ 24.163
NORTE DE SANTANDER	$ 38.863	$ 72.847
RISARALDA	$ 36.277	$ 31.162
BOYACA	$ 35.599	$ 67.214
CESAR	$ 34.033	$ 80.726
CAUCA	$ 32.347	$ 89.458
GUAVIARE	$ 30.539	$ 15.515
CORDOBA	$ 27.441	$ 66.530
BOLIVAR	$ 25.066	$ 59.297
NARIÑO	$ 24.959	$ 80.228
QUINDIO	$ 15.639	$ 33.599
CALDAS	$ 14.176	$ 49.102
ARAUCA	$ 13.731	$ 14.284
CAQUETA	$ 13.475	$ 21.060
AMAZONAS	$ 12.956	$ 4.616
MAGDALENA	$ 11.984	$ 33.187
HUILA	$ 11.712	$ 83.930
PUTUMAYO	$ 6.158	$ 27.697
SUCRE	$ 5.954	$ 27.305
GUAINIA	$ 5.232	$ 420
LA GUAJIRA	$ 3.810	$ 28.398
CHOCO	$ 3.158	$ 2.491
SAN ANDRES	$ 3.103	
VAUPES	$ 2.620	$ 2.154
ATLANTICO	$ 2.116	$ 89.033
VICHADA	$ 1.897	$ 4.031
TOTAL	**$ 1.778.322**	**$ 2.007.969**

2. Antecedentes

a) Proyecto de ley número 135 de 2012

- Iniciativa: *Alejandro Gaviria Uribe*, Ministro de Salud.

- Publicación: ***Gaceta del Congreso*** número 622 de 2012 (5 artículos).

- Ponentes para primer debate: honorables Senadores *Antonio José Correa Jiménez, Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Gloria Inés Ramírez Ríos, Gabriel Ignacio Zapata Correa, Guillermo Antonio Santos Marín*.

b) Proyecto de ley número 106 de 2012

- Iniciativa: honorable Senador *Antonio José Correa Jiménez* (PIN).

- Fecha de radicación Senado: agosto 30 de 2012.

- Fecha de radicación Comisión Séptima Senado: septiembre 6 de 2012.

- Publicación: ***Gaceta del Congreso*** número 564 de 2012.

- Ponentes para primer debate: honorables Senadores *Antonio José Correa Jiménez, Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Gloria Inés Ramírez Ríos, Gabriel Ignacio Zapata Correa, Guillermo Antonio Santos Marín*.

3. Objetos de los proyectos de ley

a) Proyecto de ley número 135 de 2012 (12 artículos)

Los objetivos del proyecto de ley son dos básicamente:

1. Mejorar la liquidez del sector salud a través del uso de unos recursos que corresponden a:

- Saldos o excedentes de cuentas maestras del régimen subsidiado de salud.

- Aportes patronales.

- Rentas cedidas.

2. Definir mecanismos para el financiamiento de las deudas reconocidas del régimen subsidiado por las entidades territoriales en el marco de lo señalado en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011.

b) Proyecto de ley número 106 de 2012 (8 artículos)

1. Fortalecer los mecanismos que existen actualmente para el giro directo de los recursos a las EPS e IPS del régimen subsidiado, estableciendo que todos los recursos que financian el mismo, incluidos los de esfuerzo propio de las entidades territoriales y los que actualmente se encuentran en las cuentas maestras y que no están comprometidos, serán girados al Fosyga en el que se constituirán unas cuentas individuales a nombre de cada uno de los entes territoriales desde las cuales el Ministerio de la Salud y la Protección Social girará directamente a las EPS e IPS; de esa forma se garantiza el control del Gobierno Nacional sobre los recursos.

2. Promover la Telemedicina, sobre todo, en las zonas apartadas del país, facultando a las EPS y a las entidades territoriales para contratar con operadores especializados y, consagrando la posibilidad de que estos financien proyectos de salud en zonas apartadas con recursos de Colciencias.

4. Normatividad vigente

- **Ley 1122 de 2007.** Dispuso la creación de las cuentas maestras para la administración de los recursos de la salud en las entidades territoriales, que permitiera identificar el origen y destinación de los recursos de cada fuente; siendo una de las cuentas maestras la destinada al manejo de los recursos del régimen subsidiado.

- **Resolución 3042 de 2007.** Reguló la administración de los recursos de la salud por parte de las entidades territoriales, a través de cuentas maestras correspondientes a 4 subcuentas:

Subcuenta del Régimen Subsidiado de Salud.

Subcuenta de Prestación de Servicios de Salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda.

Subcuenta de salud pública colectiva.

Subcuenta de otros gastos en salud.

- **Resolución 1470 de 2011.** Condiciones para la operación y funcionamiento de las cuentas maestras.

- **Ley 1438 de 2011(artículo 29).** Adoptó correctivos para garantizar la fluidez de los recursos del régimen subsidiado, entre las entidades territoriales, las EPS e IPS, a través del giro directo por parte del Minsalud a nombre de las entidades territoriales, de la UPC.

- **Ley 1450 de 2011 (artículo 275)** "Plan Nacional de Desarrollo 2012-2014". Dispuso el pago de las deudas de las entidades territoriales, por concepto de recursos del régimen subsidiado, a las EPS por contratos hasta marzo 31 de 2011, mediante el descuento que haga el Gobierno Nacional por Sistema General de Participaciones de propósito general de libre de inversión, regalías, Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP) u otras fuentes municipales que se dispongan en el nivel nacional. Caso en el que los montos serán girados directamente a las IPS públicas que hayan prestado los servicios.

- **Ley 1485 de 2011 (artículo 72 y 89)** Presupuesto 2012. Dispuso el giro directo por Minsalud, a nombre de las Entidades Territoriales, de la UPC a las EPS o a las IPS de los distritos y los municipios de más de cien mil (100.000) habitantes a partir del primero (1°) de enero de 2012, de acuerdo al artículo 29 de la Ley 1438 de 2011. En el artículo 89 estableció que los departamentos, distritos y municipios que asumieron la prestación de servicios de salud a 31 de julio de 2001 y que no hayan ejecutado en su totalidad los recursos para la cofinanciación del Régimen Subsidiado de las vigencias anteriores a 2012, siempre que hayan garantizado la financiación de las deudas de los contratos de aseguramiento en los que concurrieron en su cofinanciación, podrán destinarlos en la vigencia 2012 para servicios prestados a población

vinculada, pago de los servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y obligaciones derivadas de la liquidación de contratos de vigencias anteriores.

- **Decreto 1080 de 2012.** Reglamentó el artículo 275 de la Ley 1450 que definió un procedimiento para el pago de las deudas del régimen subsidiado por contratos anteriores a marzo de 2011.

4. Posiciones sobre los proyectos de ley

- Juan Carlos Giraldo Valencia, Director de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), considera que el problema se debe afrontar desde una perspectiva integral y que las fallas en la fluidez de los recursos no se circunscriben a los de las cuentas maestras.

- Ulahy Beltrán López, Asesor de la Contraloría General de la República. Este funcionario pone el énfasis en que el problema no es la ausencia de instrumentos legales sino el cumplimiento de los mismos. Señala que el mismo Congreso le dio medidas suficientes al Ejecutivo a través de Ley 1438 de 2011 para que mediante un acto reglamentario posterior se hiciera efectivo el giro directo, pues hasta ahora se ha concentrado en el Régimen Subsidiado y en la capitación que sólo abarca el primer nivel de atención, quedando por fuera los eventos alta complejidad que generalmente se facturan por evento y el régimen contributivo en el que aún no es una realidad. Posteriormente, el Gobierno expidió el Decreto 1080 de 2012, para dinamizar el flujo de los recursos, en relación con el cual, la Contraloría ha hecho seguimiento de los recursos en tiempo real, que fijó primero el 25 de julio y, posteriormente, el 5 septiembre de 2012 para que se diera el giro, pero la misma Dirección de Financiamiento Sectorial del Ministerio de Salud ha reportado que no todos los actores han cumplido sus obligaciones.

Adicionalmente señala el delegado de la Contraloría que el problema no es de recursos pues los mismos han sido suficientes sólo que se deben quitar los costos de la corrupción; por tanto, el llamado de la Contraloría es a preservar la debida utilización de los recursos para lo que fueron destinados, pues un cambio en las reglas de juego a operados del mercado puede generar contingencias para el Estado.

Además se requiere al Minsalud y Superintendencia, el reporte de acciones como las ordenadas por el Consejo de Estado con la restitución de liquidez al sistema por parte de una EPS, así como el desmonte de operaciones fiscales de préstamo, donación, inversión, leasing que se ha establecido que las EPS hicieron con la UPC y los parafiscales.

Aunado a lo anterior la idoneidad financiera de los operadores debe analizarse a la luz de la normatividad actual, pues lo contrario constituye una expropiación indirecta y se debe exigir cumplimiento financiero de las condiciones de la ley.

- Ministro de Salud y de la Protección Social, Alejandro Gaviria Uribe. Justifica la necesidad del proyecto porque para variar la destinación de los recursos para el régimen subsidiado para algunos de los usos del proyecto, como servicios NO POS e infraestructura, se requiere su aprobación por el Congreso, pero admite que para saneamiento de las deudas antiguas del régimen subsidiado, se podría hacer por decreto como lo hizo el 1080.

- Federación Colombiana de Municipios. Solicitan se tenga presente que los excedentes de que se quiere disponer, se deben a una administración eficiente de los recursos; adicionalmente, solicitan que los proyectos de ley se adecúen a las competencias de los municipios y distritos según estén certificados o no y, que las deudas reconocidas por cientos municipios con EPS, de los cuales hay 164 que no cuenta con dineros en las cuentas maestras al tiempo que han sido víctimas de grupos al margen de la ley que se han apropiado de los recursos de la salud, se puedan pagar mediante un préstamo de la nación a 10 años.

- Mario Hernández. Miembro de la Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, médico, doctor en Historia, profesor Asociado, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Señala que el proyecto de ley bajo estudio no es recomendable ya que en esencia no constituye un avance para la salud como derecho fundamental, pues no busca contrarrestar la principal causa del flujo inadecuado de los recursos de la salud cual es la intermediación financiera ejercida por las EPS, con sus sobrecostos y malversación de los recursos, hasta ahora, impunemente; y, sólo, persigue acabar la intermediación de las entidades territoriales, que si bien presentan casos de corrupción, en algunos casos con la intervención de grupos armados ilegales, implicaría la centralización del sistema de salud. Adicionalmente, considera que la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011, pendiente de la debida regulación, y la Ley 1485 de 2011 son instrumentos jurídicos suficientes para cumplir el mismo objeto que se proponen los proyectos de ley.

5. Postura frente a los proyectos de ley

Se comparte el propósito esencial de los proyectos de ley bajo estudio consistente en habilitar unos saldos de las cuentas maestras de los entes territoriales y los excedentes de aportes patronales provenientes del proceso de liquidación de Cajanal-EPS, bajo el entendido que como lo ha señalado el Secretario de Salud Distrital, se requiere de una nueva norma que autorice el cambio de destinación de unos recursos que en el caso de las cuentas maestras, originalmente, son para el régimen subsidiado; todo esto con el fin de aliviar la situación de iliquidez de las instituciones prestadoras del servicio de salud para que se garantice la prestación efectiva del servicio público de salud.

Sobre las demás disposiciones, especialmente, lo relativo a rentas cedidas y deudas reconocidas del régimen subsidiado consideramos que no obedece al fin con que se presentaron a la opinión pública y al Congreso los proyectos de ley y que las mismas o bien ya están reguladas en la legislación vigente, especialmente en la Ley 1485 de 2011, o bien deben ser aspectos a tratar dentro de la reforma integral al sistema de salud que está demandando el sistema.

En concordancia con lo dicho y apoyados en las intervenciones del señor Ulahy Beltrán López, Asesor de la Contraloría General de la República en las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, consideramos que más que un problema de normas es un problema de cumplimiento de las mismas; pues en general y haciendo abstracción de que el principal problema del sistema es el esquema de intermediación financiera a través de las EPS, la normatividad vigente, como en efecto lo es la Ley 1438 de 2011, que consagra en sus artículos 29[1] y 31[2], la progresiva implementación del giro directo por parte del Ministerio de Salud y la Protección Social, a nombre de las entidades territoriales, a las EPS'S y a las IPS'S de acuerdo al mecanismo que defina el Gobierno, excepto para los recursos de esfuerzo propio que podrán girar directamente los entes territoriales; conservando estos su obligación de garantizar la calidad y oportunidad de la prestación del servicio.

Por su parte el Decreto 971 de 2011[3], en sus artículos 12 a 15, desarrolla la forma como el Go-

---

1 "***Artículo 29. 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, o podrá hacer pagos directos a las Instituciones Prestadoras 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. *Los distritos y los municipios de más de cien mil habitantes (100.000) podrán continuar administrando los recursos del Régimen Subsidiado hasta el treinta y uno (31) de diciembre de 2012, utilizando el instrumento jurídico definido en el presente artículo".* (Subraya por fuera del texto).

2 *"**Artículo 31. Mecanismo de recaudo y giro de los recursos del régimen subsidiado.** El Gobierno Nacional diseñará un sistema de administración de recursos y podrá contratar 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. En el caso del esfuerzo propio territorial el mecanismo financiero se podrá contratar con el sistema financiero y/o los Institutos de Fomento y Desarrollo Regional (Infis).*
Habrá 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 o a las Entidades Promotoras de Salud, 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 y/o a los prestadores de servicios de salud por pago de servicios que hayan sido capitados…"* (Subraya por fuera del texto).

3 *CAPÍTULO IV*
Giro directo de los recursos del régimen subsidiado a los prestadores de servicios de salud
Artículo 12. Giro directo de los recursos del régimen subsidiado a los prestadores de servicios de salud. *El Ministerio de la Protección Social definirá un plan para la implementación progresiva del giro directo a los prestadores de servicios de salud de naturaleza pública y privada. Para el diseño del plan, se adelantará una prueba piloto.*
Con base en los resultados de la prueba piloto, se establecerán los criterios técnicos y operativos que deberán cumplir las EPS y los prestadores de servicios de salud para ser sujetos de giro directo. En todo caso, el giro directo a los prestadores de naturaleza pública se iniciará antes del 31 de diciembre de 2011.
Artículo 13. Prueba piloto. *El Ministerio de la Protección Social definirá las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores públicos que harán parte de la prueba piloto. Las entidades seleccionadas reportarán antes del 15 de abril de 2011, en el mecanismo que se defina, la certificación del monto a girar al prestador debidamente habilitado por concepto de los contratos celebrados mediante la modalidad de pago por capitación correspondientes al pago de los meses de mayo, junio y julio de 2011, con la siguiente información:*
a) Certificación firmada por el Representante de la Entidades Promotoras de Salud que incluya una relación del nombre y NIT de cada una de las Instituciones Prestadoras de Salud.
b) Copia original del certificado de existencia y representación legal de las Instituciones Prestadoras de Salud.
c) Original del certificado de la cuenta bancaria de las Instituciones Prestadoras de Salud expedido por la entidad financiera.
Con base en el anexo Reporte de Información de Recursos Contratados mediante la modalidad Pago por Capitación de la "Liquidación Mensual de Afiliados", el Ministerio de la Protección Social girará a los prestadores el monto certificado por la EPS con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones en su componente de Subsidios a la Demanda y demás recursos del Presupuesto General de la Nación, y del Fosyga.

bierno Nacional va a implementar el giro directo a las EPS'S y a las IPS'S y ya establece para los entes territoriales la obligación de girar a estas directamente los recursos de esfuerzo propio en la proporción de financiación al régimen subsidiado que corresponda.

Así pues, lo que hace falta es que el Gobierno Nacional regule los artículos que están pendientes de la Ley 1438 de 2011, se tiene conocimiento de que son 47 y, que todos los agentes del sistema cumplan a cabalidad sus funciones, incluyendo las de vigilancia y control ejercidas por la Superintendencia de Salud.

Adicionalmente, en relación con este último punto, se echan de menos medidas administrativas contundentes que garanticen la restitución por parte de las EPS'S de los dineros de la UPC y parafiscales, destinados a fines ajenos a la prestación del servicio de salud, o lo que es igual la restitución de la liquidez del sistema como lo dejara sentado el Consejo de Estado en el proceso adelantado contra la EPS-Saludcoop.

En punto a lo referente a la telemedicina, si bien se tiene conocimiento que tras la acumulación de los Proyectos de ley número 135 de 2012 Cámara y 106 de 2012 Senado, se excluiría del texto a debatir, es pertinente acotar:

- La Telemedicina no puede corresponder a un elemento aislado, que se pretende incrustar en un proyecto de ley cuyo objeto es totalmente diferente *"por medio de la cual se adoptan medidas en el sistema general de seguridad social en salud para mejorar el flujo de recursos y se dictan otras disposiciones"* sino que debe hacer parte de una política de salud rural integral que además es esencial para cualquier proceso de paz que se quiera adelantar en el país. A propósito de esto se pregunta al Gobierno Nacional ¿cuál es su política de salud rural para el país?

- La telemedicina es un recurso para la atención en salud especializada, por tanto, la misma sólo es efectiva en la medida que sea complemento y respuesta a las necesidades de los equipos de salud de atención primaria ubicados en las zonas de población dispersa del país; de lo contrario es inocua.

- La telemedicina no puede ser un negocio si con la misma se quiere verdaderamente mejorar la oportunidad y calidad del servicio de salud a la población ubicada en zonas aisladas del territorio nacional, por tanto, la misma debe ser operada únicamente por Empresas Sociales del Estado o Instituciones Académicas Públicas, las cuales han demostrado ser eficaces en ese sentido, para ello invitó a estudiar las experiencias del Hospital Santa Clara ubicado en San Juan del Sumapaz y de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional.

Finalmente se itera la necesidad inaplazable de que se asuma responsablemente la tarea legislativa de reformar integralmente el sistema de salud, para lo cual es indispensable la eliminación de la intermediación financiera llevada a cabo por las EPS, y, en general, cualquier concepto que busque la negociación con el derecho fundamental a la salud; proyectos de ley como los que se están debatiendo para solucionar reactivamente los problemas del sistema, sólo son una prueba más de lo mencionado.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, se propone archivar el Proyecto de ley número 106 de 2012, por cuanto no se está de acuerdo con lo referente a la telemedicina ni a la centralización de los recursos de las cuentas maestras en el Fosyga, por pertenecerles a las entidades territoriales, y en lo demás se encuentra subsumido de una manera más integral en el Proyecto de ley número 135 de 2012, al cual se solicita introducirle las siguientes modificaciones:

A su vez, las entidades territoriales deberán realizar el giro directo a las Instituciones Prestadoras de Salud de los recursos de esfuerzo propio en el porcentaje correspondiente a la financiación del Régimen Subsidiado.

CAPÍTULO V

Seguimiento y control

Artículo 14. Seguimiento y control del régimen subsidiado. *Las entidades territoriales vigilarán permanentemente que las EPS cumplan con todas sus obligaciones frente a los usuarios. De evidenciarse fallas o incumplimientos en las obligaciones de las EPS, estas serán objeto de requerimiento por parte de las entidades territoriales para que subsanen los incumplimientos y de no hacerlo, remitirán a la Superintendencia Nacional de Salud, los informes correspondientes.*

Según lo previsto por la ley, la vigilancia incluirá el seguimiento a los procesos de afiliación, el reporte de novedades, la garantía del acceso a los servicios, la red contratada para la prestación de los servicios de salud, el suministro de medicamentos, el pago a la red prestadora de servicios, la satisfacción de los usuarios, la oportunidad en la prestación de los servicios, la prestación de servicios de promoción y prevención, así como otros que permitan mejorar la calidad en la atención al afiliado, sin perjuicio de las demás obligaciones establecidas en las normas vigentes.

Artículo 15. Giro a la red prestadora por incumplimiento de las EPS. *El Ministerio de la Protección Social podrá realizar giros directos a la red prestadora de servicios si se evidencian situaciones en las que, por la no realización del pago oportuno con base en obligaciones generadas con posterioridad al primero de abril de 2011 por parte de las EPS a la red prestadora, se ponga en grave riesgo el acceso a los servicios de salud a los afiliados, en los términos previstos en la normativa vigente. Dichas situaciones serán informadas por las entidades territoriales o por las instituciones de la red prestadora a la Superintendencia Nacional de Salud, quien previa evaluación de la situación, podrá solicitar al Ministerio de la Protección Social la suspensión parcial o total del giro de los recursos a las EPS de manera provisional.*

Una vez realizada la verificación y de acuerdo con la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, el Ministerio de la Protección Social podrá girar directamente a la red prestadora de servicios, mientras se mantengan las circunstancias que generaron la medida". (Subraya por fuera del texto).

Proyecto de ley número 135 de 2012	MODIFICACIONES PARA LA PONENCIA PRIMER DEBATE	Descripción de los cambios
Artículo 1°. *Objeto*. La presente ley tiene por objeto definir medidas para mejorar la liquidez del sector a través del uso de unos recursos que corresponden a saldos o excedentes de cuentas maestras y aportes patronales y, mecanismos para el financiamiento de las deudas reconocidas del régimen subsidiado por las entidades territoriales en el marco de lo señalado en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011.	Artículo 1°. *Objeto*. La presente ley tiene por objeto definir medidas para mejorar la liquidez del sector a través del uso de unos recursos que corresponden a saldos o excedentes de cuentas maestras y a aportes patronales ~~**y, mecanismos para el financiamiento de las deudas reconocidas del régimen subsidiado por las entidades territoriales en el marco de lo señalado en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011.**~~	• Se excluye lo referente a las rentas cedidas y a las deudas reconocidas del régimen subsidiado por considerar que esto excede el propósito original del proyecto de ley, y porque o bien ya está regulado en la normatividad vigente, especialmente, la Ley 1485 de 2012 o bien debe ser abordado dentro de la reforma integral al sistema de salud.
Artículo 2°. *Uso de los recursos de saldos de las cuentas maestras*. Los saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado de salud, podrán usarse así: 1. En el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios a cargo del departamento. Para este fin las entidades territoriales definirán mediante acto administrativo el monto que se destinará a este propósito, el cual será girado a los Prestadores de Servicios de Salud que hayan prestado servicios y cuyo pago no se haya garantizado con otros recursos. 2. En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Prestadores de Servicios de Salud, de acuerdo con la estrategia de Atención Primaria en Salud –APS, y la organización de la red de prestación de servicios. Los Municipios y Distritos no certificados ejecutarán los recursos a que hace referencia este numeral, en coordinación con el Departamento. 3. Para el saneamiento fiscal de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Salud, con estrategias tales como, el reconocimiento con cargo a estos recursos de copagos y cuotas moderadoras, así como de cuotas de recuperación de difícil cobro por parte del prestador público. 4. Para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios, que durante las vigencias del 2012 y 2013 se deba aportar en la cofinanciación del Régimen Subsidiado en Salud.	Artículo 2°. *Uso de los recursos de saldos de las cuentas maestras*. Los saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado de salud, podrán usarse, ***en el siguiente orden***, así: 1. En el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud a cargo del departamento ***o distrito***. Para este fin las entidades territoriales definirán mediante acto administrativo el monto que se destinará a este propósito, el cual será girado a las Instituciones Prestadores de Servicios de ~~los Prestadores de Servicios~~ de Salud que hayan prestado servicios y cuyo pago no se haya garantizado con otros recursos. 2. Para el saneamiento fiscal de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Salud~~**, con estrategias tales como, el reconocimiento con cargo a estos recursos de copagos y cuotas moderadoras, así como de cuotas de recuperación de difícil cobro por parte del prestador público.**~~ 3. En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud ~~Prestadores de Servicios de Salud~~, de acuerdo con la estrategia de Atención Primaria en Salud –APS, y la organización de la red de prestación de servicios. Los Municipios y Distritos no certificados ejecutarán los recursos a que hace referencia este numeral, en coordinación con el Departamento. 4. Para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios, que durante las vigencias del 2012 y 2013 se deba aportar en la cofinanciación del Régimen Subsidiado en Salud. ***Parágrafo. En la destinación de los recursos a que se refiere este parágrafo se privilegiará la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las deudas de mayor antigüedad.***	- Se considera importante favorecer primero el saneamiento fiscal que permite recuperar el punto de equilibrio y hacer viable y fructífero la inversión en infraestructura y dotación. - Se incluye la referencia a distrito por que se omitió injustificadamente. - Se sugiere eliminar la referencia a estrategias específicas para el saneamiento fiscal por considerarse innecesario restringirlo o sugerir el privilegio de unas sobre otras. - Se corrige prestadores de servicio de salud por Instituciones Prestadores del Servicio de Salud, que es su denominación correcta en el sistema. - Se agrega un parágrafo para establecer el privilegio de las IPS públicas sobre las privadas, en la destinación de los recursos, dado que se trata de recursos públicos, al igual que se privilegian las deudas de mayor antigüedad.
Artículo 3°. *Uso de los recursos de excedentes de aportes patronales y rentas cedidas*. Los recursos de excedentes de aportes patronales correspondientes a activos remanentes del recaudo de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud provenientes del proceso de liquidación de Cajanal – EPS se podrán usar por los departamentos o distritos así: Para el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios a cargo del departamento. Para este fin el Ministerio de Salud y Protección Social, definirá el mecanismo de ejecución de estos recursos y los términos en los cuales los Departamentos y Distritos deberán girarlos a los Prestadores de Servicios de Salud. Los recursos a que hace referencia este artículo se girarán directamente a los Prestadores de Servicios de Salud de la Red Pública desde el mecanismo de recaudo y giro creado en desarrollo del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011. En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública prestadora de servicios de salud. Estos proyectos deberán estar articulados con los planes bienales de las Entidades Territoriales, con la estrategia de Atención Primaria en Salud – APS y con la organización de la red de prestación de servicios. La distribución de estos recursos se hará entre los departamentos y distritos así: 1. 50% del total de los recursos en partes iguales entre todos los departamentos y distritos del país. 2. 50% con la fórmula dispuesta del artículo 49 de la Ley 715 de 2001 y demás disposiciones reglamentarias. Con el propósito de fortalecer la capacidad instalada y modernizar la gestión de los Prestadores de Servi-	Artículo 3°. *Uso de los recursos de excedentes de aportes patronales* ~~***y rentas cedidas***~~. Los recursos de excedentes de aportes patronales correspondientes a activos remanentes del recaudo de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud provenientes del proceso de liquidación de Cajanal – EPS se podrán usar por los departamentos o distritos así: Para el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios a cargo del departamento. Para este fin el Ministerio de Salud y Protección Social, definirá el mecanismo de ejecución de estos recursos y los términos en los cuales los Departamentos y Distritos deberán girarlos a las instituciones Prestadores de Servicios de ~~los Prestadores de Servicios de~~ Salud ***de la red pública.*** Los recursos a que hace referencia este artículo se girarán directamente a ~~los Prestadores de Servicios~~ las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la red pública desde el mecanismo de recaudo y giro creado en desarrollo del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011. En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública prestadora de servicios de salud. Estos proyectos deberán estar articulados con los planes bienales de las Entidades Territoriales, con la estrategia de Atención Primaria en Salud – APS y con la organización de la red de prestación de servicios. La distribución de estos recursos se hará entre los departamentos y distritos así: 1. 50% del total de los recursos en partes iguales entre todos los departamentos y distritos del país. 2. 50% con la fórmula dispuesta del artículo 49 de la Ley 715 de 2001 y demás disposiciones reglamentarias. ~~***Con el propósito de fortalecer la capacidad instalada y modernizar la gestión de los Prestadores***~~	- Se excluye lo referente a las rentas cedidas y a las deudas reconocidas del régimen subsidiado por considerar que esto excede el propósito original del proyecto de ley, y porque o bien ya está regulado en la normatividad vigente, especialmente, la Ley 1485 de 2012 o bien debe ser abordado dentro de la reforma integral al sistema de salud. - Se corrige prestadores de servicio de salud por Instituciones Prestadores del Servicio de Salud, que es su denominación correcta en el sistema. - Se adiciona: de la red pública, para que sea concordante con la frase siguiente que establece que todos los recursos a que se refiere el artículo se girarán a las IPS de la red pública.

Proyecto de ley número 135 de 2012	MODIFICACIONES PARA LA PONENCIA PRIMER DEBATE	Descripción de los cambios
cios de Salud Públicos, los departamentos y distritospara las vigencias 2012 y 2013 podrán utilizar los recursos de las rentas cedidas en el fortalecimiento de la infraestructura, la renovación tecnológica, el saneamiento financiero que garantice la adecuada operación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y en el pago de las deudas reconocidas del Régimen Subsidiado de Salud; en este último caso los recursos serán girados directamente a la Red Prestadora de Servicios de salud a cargo del departamento y/o distrito. El uso de estos recursos según lo aquí previsto, solo se podrá dar si se encuentra financiada la cofinanciación del Régimen Subsidiado de Salud en el caso en que proceda con cargo a estos recursos. Los proyectos de infraestructura y renovación tecnológica deberán estar articulados con los planes bienales de las Entidades Territoriales, con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), y con la organización de la red de prestación de servicios.	~~*de Servicios de Salud Públicos, los departamentos y distritos para las vigencias 2012 y 2013 podrán utilizar los recursos de las rentas cedidas en el fortalecimiento de la infraestructura, la renovación tecnológica,*~~ ~~*el saneamiento financiero que garantice la adecuada operación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y en el pago de las deudas reconocidas del Régimen Subsidiado de Salud;*~~ ~~*en este último caso los recursos serán girados directamente a la Red Prestadora de Servicios de salud a cargo del departamento y/o distrito. El uso de estos recursos según lo aquí previsto, solo se podrá dar si se encuentra financiada la cofinanciación del Régimen Subsidiado de Salud en el caso en que proceda con cargo a estos recursos.*~~ Los proyectos de infraestructura y renovación tecnológica deberán estar articulados con los planes bienales de las Entidades Territoriales, con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), y con la organización de la red de prestación de servicios.	
Artículo 4°. *Seguimiento y control.* Para efectos de control del uso adecuado de los recursos a que hace referencia el artículo 1° de esta ley, se establece la obligación de reportar al Ministerio de Salud y Protección Social los planes de aplicación de los saldos objeto de la presente ley, según en los términos y condiciones que exija este Ministerio. De igual forma, el Gobierno Nacional establecerá los mecanismos para el seguimiento.	Artículo 4°. *Seguimiento y control.* Para efectos de control del uso adecuado de los recursos a que hace referencia el artículo 1° de esta ley, se establece la obligación de reportar al Ministerio de Salud y Protección Social los planes de aplicación de los saldos objeto de la presente ley, según en los términos y condiciones que exija este Ministerio. De igual forma, el Gobierno Nacional establecerá los mecanismos para el seguimiento. ***Asimismo, la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, deberán presentar a los órganos de control competentes, trimestralmente, el informe de las medidas administrativas y sus resultados, adoptadas según su competencia, sobre las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, para efectos de que restituyan la liquidez al sistema, afectada por la destinación de los recursos de la salud a fines diferentes a la prestación del servicio público de salud.***	Atendiendo el llamado de la Contraloría General de la República, y el hecho que son las EPS las principales causantes de la crisis del sistema de salud, se hace necesario reforzar las medidas de control y vigilancia sobre las mismas, con el fin de que se garantice la recuperación de los recursos de la salud malversados y la imposición de las consecuencias jurídicas pertinentes.
Artículo nuevo. Las Empresas Sociales del Estado que sean destinatarias de los recursos a que se refiere la presente ley, deberán acogerse a los Programas de saneamiento y fortalecimiento de Empresas Sociales del Estado. Se entiende por Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de Empresas Sociales del Estado, un programa integral, institucional, financiero y administrativo, que tiene por objeto restablecer su solidez económica y financiera, con el propósito de asegurar la continuidad en la prestación del servicio público de salud. ***El Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero deberá contener medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, restructuración de la deuda, saneamiento de pasivos y fortalecimiento de los ingresos de las Empresas Sociales del Estado, siempre con un criterio de responsabilidad social; que implica el privilegio del derecho fundamental a la salud sobre la sostenibilidad financiera y la responsabilidad del Estado de coadyuvar a alcanzar el equilibrio financiero a aquellas Empresas Sociales del Estado que dadas sus condiciones de ubicación geográfica, entre otras, no son autosostenibles; todo esto con el fin de que se garantice el acceso, oportunidad, continuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud a la población usuaria.*** ***Las Empresas Sociales del Estado que de acuerdo con las evaluaciones realizadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, incumplan el programa de saneamiento fiscal y financiero, deberán iniciar ante este mismo Ministerio, la promoción de un acuerdo de reestructuración de pasivos cuando del análisis de la situación de la Empresa Social del Estado se identifique la capacidad de generar ingresos suficientes para el pago de sus compromisos corrientes y el pago de sus acreencias. La nominación y promoción de los acuerdos de reestructuración de pasivos adelantados por las Empresas Sociales del Estado, estarán a cargo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.***		Es necesario condicionar la recepción de recursos de los que habla el presente proyecto de ley, por parte de las Empresas Sociales del Estado, a su acogimiento a un programa de saneamiento, y fortalecimiento, que garantice el uso eficiente y adecuado de los recursos de la salud para los fines aquí establecidos pero con un criterio de responsabilidad social que privilegie el derecho fundamental a la salud sobre la sostenibilidad financiera.

Proyecto de ley número 135 de 2012	MODIFICACIONES PARA LA PONENCIA PRIMER DEBATE	Descripción de los cambios
Los recursos que destine la Nación o los que en la presente Ley se posibilitan para el saneamiento fiscal y financiero y la reorganización de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, se enmarcarán en lo aquí definido. Parágrafo. Los parámetros generales de contenidos, seguimiento y evaluación de los programas a que hace referencia este artículo se determinarán por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con concepto del Ministerio de Salud y Protección Social. Estos parámetros deberán contener aspectos financieros, administrativos, institucionales, jurídicos y de responsabilidad social en el sentido indicado en este artículo.		

6. Proposición

Por lo anteriormente expuesto, solicitamos a la honorable Mesa Directiva de las Comisiones Séptimas Conjuntas, dar primer debate al **Proyecto de ley número 135 de 2012 Cámara, 119 de 2012 Senado,** *por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud*, conforme a las modificaciones propuestas a continuación.

Atentamente,

Gloria Inés Ramírez Ríos, Senadora de la República, Polo Democrático Alternativo; *Gloria Stella Díaz Ortiz,* Representante a la Cámara por Bogotá, D. C., Movimiento Político MIRA.

LAS COMISIONES SÉPTIMAS DE SENADO Y CÁMARA CONSTITUCIONALES PERMANENTES DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los dieciocho (18) días del mes de octubre año dos mil doce (2012). En la presente fecha se autoriza la **publicación en la *Gaceta del Congreso,* al Proyecto de ley número 135 de 2012 Cámara, 119 de 2012 Senado,** *por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud,* **y su Acumulado al Proyecto de ley número 106 de 2012 Senado,** *por medio de la cual se adoptan medidas en el sistema general de seguridad social en salud para mejorar el flujo de recursos y se dictan otras disposiciones*. Autoría del proyecto de ley del señor Ministro de Salud y Protección Social, doctor Alejandro Gaviria Uribe y el honorable Senador Antonio José Correa Jiménez.

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 *positiva*, solamente está refrendada por las honorables Congresistas: honorable Senadora Gloria Inés Ramírez Ríos y honorable Representante Gloria Stella Díaz Ortiz, en su calidad de ponentes. Los honorables Congresistas: honorables Senadores Antonio José Correa Jiménez, Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Gabriel Ignacio Zapata Correa, Guillermo Antonio Santos Marín y honorables Representantes Rafael Romero Piñeros, Martha Cecilia Ramírez Orrego, Hólger Horacio Díaz Hernandez y Elías Raad Hernández, no refrendaron el presente informe de ponencia.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

6. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 135 DE 2012 CÁMARA, 119 DE 2012 SENADO, *por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud*. **Acumulado con el PROYECTO DE LEY NÚMERO 106 DE 2012 SENADO,** *por medio de la cual se adopta medidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para mejorar el flujo de recursos y se dictan otras disposiciones.*

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto*. La presente ley tiene por objeto definir medidas para mejorar la liquidez del sector a través del uso de unos recursos que corresponden a saldos o excedentes de cuentas maestras y a aportes patronales.

Artículo 2°. *Uso de los recursos de saldos de las cuentas maestras.* Los saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado de salud, podrán usarse, en el siguiente orden, así:

1. En el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud a cargo del departamento o distrito. Para este fin las entidades territoriales definirán mediante acto administrativo el monto que se destinará a este propósito, el cual será girado a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que hayan prestado servicios y cuyo pago no se haya garantizado con otros recursos.

2. Para el saneamiento fiscal de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

3. En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Prestadores de Servicios de Salud, de acuerdo con la estrategia de Atención Primaria en Salud – APS, y la organización de la red de prestación de servicios. Los municipios y distritos no certificados ejecutarán los recursos a que hace referencia este numeral, en coordinación con el departamento.

4. Para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios, que durante las vigencias del 2012 y 2013 se deba aportar en la cofinanciación del Régimen Subsidiado en Salud.

Parágrafo. En la destinación de los recursos a que se refiere este parágrafo se privilegiará la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las deudas de mayor antigüedad.

Artículo 3°. *Uso de los recursos de excedentes de aportes patronales*. Los recursos de excedentes de aportes patronales correspondientes a activos remanentes del recaudo de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud provenientes del proceso de liquidación de Cajanal – EPS se podrán usar por los departamentos o distritos así:

Para el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios a cargo del departamento. Para este fin el Ministerio de Salud y Protección Social, definirá el mecanismo de ejecución de estos recursos y los términos en los cuales los Departamentos y Distritos deberán girarlos a los Prestadores de Servicios de Salud. Los recursos a que hace referencia este artículo se girarán directamente a los Prestadores de Servicios de Salud de la Red Pública desde el mecanismo de recaudo y giro creado en desarrollo del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011.

En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública prestadora de servicios de salud. Estos proyectos deberán estar articulados con los planes bienales de las Entidades Territoriales, con la estrategia de Atención Primaria en Salud – APS y con la organización de la red de prestación de servicios.

La distribución de estos recursos se hará entre los departamentos y distritos así:

1. 50% del total de los recursos en partes iguales entre todos los departamentos y distritos del país.

2. 50% con la fórmula dispuesta del artículo 49 de la Ley 715 de 2001 y demás disposiciones reglamentarias.

Los proyectos de infraestructura y renovación tecnológica deberán estar articulados con los planes bienales de las Entidades Territoriales, con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), y con la organización de la red de prestación de servicios.

Artículo 4°. *Seguimiento y control.* Para efectos de control del uso adecuado de los recursos a que hace referencia el artículo 1° de esta ley, se establece la obligación de reportar al Ministerio de Salud y Protección Social los planes de aplicación de los saldos objeto de la presente ley, según en los términos y condiciones que exija este Ministerio. De igual forma, el Gobierno Nacional establecerá los mecanismos para el seguimiento.

Asimismo, la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social, se obligan a presentar a los órganos de control competentes, trimestralmente, el informe de las medidas administrativas y sus resultados, adoptadas según su competencia, sobre las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, para efectos de que restituyan la liquidez al sistema, afectada por la destinación de los recursos de la salud a fines diferentes a la prestación del servicio público de salud.

Artículo 6°. *Programas de saneamiento y fortalecimiento de Empresas Sociales del Estado*. Las Empresas Sociales del Estado que sean destinatarias de los recursos a que se refiere la presente ley, deberán acogerse a los Programas de saneamiento y fortalecimiento de Empresas Sociales del Estado. Se entiende por Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de Empresas Sociales del Estado, un programa integral, institucional, financiero y administrativo, que tiene por objeto restablecer su solidez económica y financiera, con el propósito de asegurar la continuidad en la prestación del servicio público de salud.

El Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero deberá contener medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, restructuración de la deuda, saneamiento de pasivos y fortalecimiento de los ingresos de las Empresas Sociales del Estado, siempre con un criterio de responsabilidad social; que implica el privilegio del derecho fundamental a la salud sobre la sostenibilidad financiera y la responsabilidad del Estado de coadyuvar a alcanzar el equilibrio financiero a aquellas Empresas Sociales del Estado que dadas sus condiciones de ubicación geográfica, entre otras, no son autosostenibles; todo esto con el fin de que se garantice el acceso, oportunidad, continuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud a la población usuaria.

Las Empresas Sociales del Estado que de acuerdo con las evaluaciones realizadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, incumplan el programa de saneamiento fiscal y financiero, deberán iniciar ante este mismo Ministerio, la promoción de un acuerdo de reestructuración de pasivos cuando del análisis de la situación de la Empresa Social del Estado se identifique la capacidad de generar ingresos suficientes para el pago de sus compromisos corrientes y el pago de sus acreencias. La nominación y promoción de los acuerdos de reestructuración de pasivos adelantados por las Empresas Sociales del Estado, estarán a cargo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Los recursos que destine la Nación o los que en la presente ley se posibilitan para el saneamiento fiscal y financiero y la reorganización de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, se enmarcarán en lo aquí definido.

Parágrafo. Los parámetros generales de contenidos, seguimiento y evaluación de los programas a que hace referencia este artículo se determinarán por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con concepto del Ministerio de Salud y Protección Social. Estos parámetros deberán contener aspectos financieros, administrativos, institucionales, jurídicos y de responsabilidad social en el sentido indicado en este artículo.

Artículo 5°. *Vigencia*. La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Atentamente,

Gloria Inés Ramírez Ríos, Senadora de la República, Polo Democrático Alternativo; *Gloria Stella Díaz Ortiz,* Representante a la Cámara por Bogotá, D. C., Movimiento Político MIRA.

LAS COMISIONES SÉPTIMAS DE SENADO Y CÁMARA CONSTITUCIONALES PERMANENTES DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los dieciocho (18) días del mes de octubre año dos mil doce (2012). En la presente fecha se autoriza la **publicación en la *Gaceta del Congreso,* al Proyecto de ley número 135 de 2012 Cámara, 119 de 2012 Senado,** *por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud,* **y su Acumulado al Proyecto de ley número 106 de 2012 Senado,** *por medio de la cual se adoptan medidas en el sistema general de seguridad social en salud para mejorar el flujo de recursos y se dictan otras disposiciones*. Autoría del proyecto de ley del señor Ministro de Salud y Protección Social, doctor Alejandro Gaviria Uribe y el honorable Senador Antonio José Correa Jiménez.

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 *positiva*, solamente está refrendada por las honorables Congresistas: honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos* y honorable Representante *Gloria Stella Díaz Ortiz*, en su calidad de ponentes. Los honorables Congresistas: honorables Senadores *Antonio José Correa Jiménez, Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Gabriel Ignacio Zapata Correa, Guillermo Antonio Santos Marín* y honorables Representantes *Rafael Romero Piñeros, Martha Cecilia Ramírez Orrego, Hólger Horacio Díaz Hernández* y Elías *Raad Hernández,* no refrendaron el presente informe de ponencia.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

* * *

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 135 DE 2012 CÁMARA, 119 DE 2012 SENADO

por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud.

ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NÚMERO 106 DE 2012 SENADO

por medio de la cual se adoptan medidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para mejorar el flujo de recursos y se dictan otras disposiciones.

Bogotá, D. C., octubre de 2012

Senador

JORGE ELIÉCER BALLESTEROS BERNIER

Presidente

Comisiones Séptimas Conjuntas

Senado de la República y Cámara de Representantes

Ciudad

Representante a la Cámara

RAFAEL ROMERO PIÑEROS

Vicepresidente

Comisiones Séptimas Conjuntas

Senado de la República y Cámara de Representantes

Ciudad

Referencia: Informe de ponencia para primer debate al **Proyecto de ley número 135 de 2012 Cámara, 119 de 2012 Senado,** *por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud*, **acumulado con el Proyecto de ley número 106 de 2012 Senado,** *por medio de la cual se adoptan medidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para mejorar el flujo de recursos y se dictan otras disposiciones*.

Respetada Mesa Directiva:

En cumplimiento del encargo hecho por las honorables Mesas Directivas de las Comisiones Séptimas Constitucionales del Senado de la República y de la Cámara de Representantes, de conformidad con lo establecido en el artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, procedemos a rendir informe de ponencia para primer debate **Proyecto de ley número 135 de 2012 Cámara, 119 de 2012 Senado,** *por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud*, **acumulado con el Proyecto de ley número 106 de 2012 Senado,** *por medio de la cual se adoptan medidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para mejorar el flujo de recursos y se dictan otras disposiciones*.

I. ANTECEDENTES

El Proyecto de ley número 135 de 2012 Cámara, 119 de 2012 Senado, es de autoría del señor Ministro de Salud y Protección Social, doctor Alejandro Gaviria; y el Proyecto de ley número 106 de 2012, es autoría del honorable Senador Antonio José Correa. Dichas iniciativas fueron radicadas, la primera ante la Secretaría General de la Cámara de Representantes, el 14 de septiembre de 2012 con el número 135 y publicada en la ***Gaceta del Congreso*** número 622 de 2012; y la segunda, ante la Secretaría General del Senado, el día 30 de agosto de 2012 bajo el número 106 y publicada en la ***Gaceta del Congreso*** número 565 de 2012. Mediante oficio radicado el día 19 de septiembre de 2012, suscrito por el señor Presidente de la República, doctor Juan Manuel Santos Calderón, y el señor Ministro de Salud, doctor Alejandro Gaviria Uribe, solicitan a los presidentes de ambas Cámaras dar trámite de urgencia y se disponga la deliberación conjunta de las Comisiones Séptimas, tanto de Senado de la República como de Cámara de Representantes.

Una vez recibido en las corporaciones, la solicitud de mensaje de urgencia, procedió la Mesa Directiva a expedir las respectivas resoluciones de autorización de sesiones conjuntas, para lo cual la Mesa Directiva de la honorable Cámara de Representantes expidió la Resolución número MD 2329

del 20 de septiembre de 2012 y Resolución Aclaratoria MD número 2534 del 9 de octubre de 2012; y el honorable Senado de la República expidió la Resolución número 75 del 10 de octubre de 2012.

Una vez repartido el proyecto de ley para conocimiento conjunto de las Comisiones Séptimas Constitucionales Permanentes, fueron asignados ponentes para primer debate los honorables Senadores: Antonio José Correa Jiménez, Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Gloria Inés Ramírez Ríos, Gabriel Ignacio Zapata Correa y Guillermo Antonio Santos Marín; y por la Comisión Séptima de Cámara los honorables Representantes: Rafael Romero Piñeros, Gloria Stella Díaz Ortiz, Martha Cecilia Ramírez Orrego, Hólger Horacio Díaz Hernández y Elías Raad Hernández.

El día 19 de septiembre de 2012 se realizó una audiencia pública convocada en la Comisión Séptima de Senado de la República, sobre la Crisis de los Hospitales Públicos y discusión al Proyecto de ley número 106 de 2012 Senado. En la fecha 2 de octubre de 2012 se llevó a cabo audiencia pública, convocada por la Comisión Séptima de la honorable Cámara de Representantes frente a la proposición presentada por los honorables Representantes a la Cámara Gloria Stella Díaz Ortiz, Lina María Barrera Rueda, Alba Luz Pinilla Pedraza, Luis Fernando Ochoa, Carlos Ávila Durán, Yolanda Duque Naranjo, Juan Valdés Barcha, Ángela María Robledo, José Bernardo Flórez, Armando Zabaraín D'Arce y aprobada en la sesión del 25 de septiembre de 2012. La audiencia pública tuvo como propósito debatir el alcance del Proyecto de ley número 135 de 2012 Cámara y su acumulado el Proyecto de ley número 106 de 2012 Senado. Las conclusiones de estas dos audiencias fueron tenidas a consideración para la elaboración de la presente ponencia.

II. CONTENIDO Y ALCANCE DEL PROYECTO DE LEY

El Proyecto de ley número 135 de 2012 Cámara, 119 de 2012 Senado, consta de cinco (5) artículos, referentes al saneamiento fiscal y financiero del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como definir las medidas que permitan mejorar la liquidez del sector, especialmente a través del uso de los recursos que corresponden a saldos o excedentes de cuentas maestras por concepto de régimen subsidiado, aportes patronales y rentas cedidas.

El Proyecto de ley número 106 de 2012 Senado consta de ocho (8) artículos, disponiendo normas sobre saneamiento fiscal y financiero del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y un capítulo final sobre Telemedicina.

III. 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 y reglamentación colombiana

La legislación colombiana dispuso a través de la **Ley 1122 de 2007,** la creación de las cuentas maestras con el fin de manejar los recursos de la salud en las entidades territoriales, que permitiera conservar un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, logrando identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente, entre estas cuentas se encuentra la cuenta maestra para el manejo de los recursos del Régimen Subsidiado de Salud que contabiliza el recaudo y el gasto en este rubro en las entidades territoriales.

Ocurriendo diversas situaciones al interior de cada ente territorial, se presentó un incumplimiento en el pago que estos debían asumir y girar a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado para cumplir con los contratos suscritos entre ambas, generándose una cartera morosa, que solamente hasta el año de 2011 con la Ley 1438, se lograron implementar correctivos mediante el giro directo de los recursos a las Instituciones Prestadoras; el desarrollo legal que llevó a estas medidas se describe a continuación:

La Ley 1438 de 2011, en su artículo 29 sobre la administración del Régimen Subsidiado, dispuso el giro directo por parte del Ministerio de Salud y Protección Social a nombre de las entidades territoriales, de la Unidad de Pago por Capitación a las Entidades Promotoras de Salud, o podrá hacer pagos directos a las Instituciones Prestadoras de Salud.

Posteriormente en la Ley del Plan de Desarrollo 2012-2014, **Ley 1450 de 2011,** se dispuso para los casos en que las entidades territoriales adeuden los recursos del régimen subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud por contratos realizados hasta marzo 31 de 2011, el Gobierno Nacional descontará de los recursos asignados a ese municipio por Sistema General de Participaciones de propósito general de libre inversión, regalías, por el Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP) u otras fuentes municipales que se dispongan en el nivel nacional. En este caso los montos adeudados serán girados directamente a los Hospitales Públicos que hayan prestado los servicios a los afiliados.

En ese mismo sentido en el artículo 72 de la **Ley 1485 de 2011,** "por la cual se decreta el Presupuesto de Rentas y Recursos de Capital y Ley de Apropiaciones para la vigencia fiscal del 1º de enero al 31 de diciembre de 2012", se dispuso que el Ministerio de Salud y Protección Social girara directamente, a nombre de las Entidades Territoriales, la Unidad de Pago por Capitación a las Entidades Promotoras de Salud o a las Instituciones Prestadoras de Salud de los distritos y los municipios de más de cien mil (100.000) habitantes a partir del primero (1°) de enero de 2012, utilizando el instrumento jurídico definido en el artículo 29 de la Ley 1438 de 2011. De igual manera el artículo 89 de la misma Ley determina que "aquellos departamentos, distritos y municipios que hayan asumido la prestación de servicios de salud a 31 de julio de 2001 de acuerdo con lo previsto en la Ley 715 de 2001 y sus reglamentos, que no hayan ejecutado en su totalidad los recursos para la cofinanciación del Régimen Subsidiado de las vigencias anteriores a 2012, de que trata el artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por los artículos 11 de la Ley 1122 de 2007, 34 de la Ley 1393 de 2010 y 44 de la Ley 1438 de 2011, y los recursos de que tratan los artículos 6° y 8° de la Ley 1393 de 2010, siempre que hayan garantizado la financiación de las deudas de los contratos de aseguramiento en los que concurrieron en su cofinanciación, podrán destinarlos en la vigencia 2012 para la financiación de servicios prestados a la población no afiliada a ningún régimen, para el pago de los servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y obligaciones derivadas de la liquidación de contratos de vigencias anteriores".

Finalmente, mediante el **Decreto 1080 de 2012,** se dispuso la reglamentación del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011, que definió un procedimiento para el pago de las deudas del régimen subsidiado por contratos anteriores a marzo de 2011. Sin embargo pese a este esfuerzo, el cual es un paso importante para resolver la cartera del Régimen Subsidiado de Salud, resulta necesario atender otras problemáticas de la cartera, tales como las deudas de las Entidades Territoriales por atención de lo no POS y de población pobre no afiliada.

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.

IV. CONSIDERACIONES GENERALES

El proyecto de ley que se presenta a consideración del Congreso de la República, tiene como objeto definir algunas medidas para lograr el saneamiento fiscal y financiero del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como definir las medidas que permitan mejorar la liquidez del sector, especialmente a través del uso de los recursos que corresponden a saldos o excedentes de cuentas maestras por concepto de régimen subsidiado, aportes patronales y rentas cedidas.

Adicionalmente, este proyecto de ley pretende identificar otras fuentes de financiamiento que permitan cubrir el pasivo del Régimen Subsidiado con la Red Hospitalaria Pública, en aquellas Entidades Territoriales que no cuentan con los recursos previstos en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011 para el pago de estas deudas, que corresponden a recursos del Sistema General de Participaciones Propósito General de Libre Inversión, Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP) y Regalías.

En el marco de lo establecido en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011, el Gobierno Nacional expidió el Decreto 1080 de 2012, en el cual se establece el procedimiento para el pago de las deudas del Régimen Subsidiado de Salud. En este sentido, el mencionado decreto establecía una etapa inicial en la cual las entidades territoriales debían reconocer las deudas con las Entidades Promotoras de Salud por contratos de aseguramiento a través del régimen subsidiado suscritos hasta el 31 de marzo de 2011.

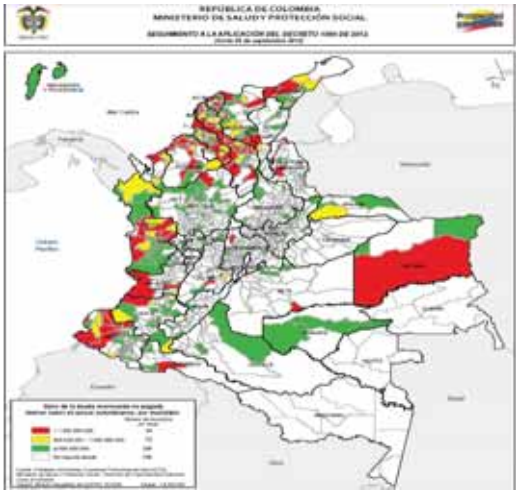
En la segunda etapa, debían informar a las EPS las deudas y determinar el monto de los recursos que podían pagar de dichas deudas con los recursos excedentes en la cuenta maestra del régimen subsidiado. Posteriormente, en el evento que la entidad territorial no tuviera los recursos suficientes en su cuenta maestra, para el pago de las deudas reconocidas, debían informar al Ministerio de Salud y Protección Social el valor pendiente de pago.

De otra parte, las Entidades Promotoras de Salud remitieron la información al Ministerio de Salud y Protección Social de las deudas reconocidas, las deudas pagadas con recursos de cuentas maestras y las deudas reconocidas no pagadas.

En aplicación del procedimiento definido a través del decreto en mención y una vez procesada la información remitida por Entidades Territoriales y EPS, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, se tiene como resultado lo siguiente: las entidades territoriales reconocieron deudas con las EPS por valor de $530.609 millones (ver cuadro número 1), de los cuales se han realizado pagos en cuentas maestras por valor de $105.775 millones y el menor valor de la deuda reconocida y no pagada, reportada por las Entidades Territoriales y EPS, asciende a $320.847 millones (ver cuadro número 2).

Esta deuda está concentrada en 352 municipios del país, la mayoría de categorías 4, 5 y 6 que no tienen los recursos para pagar de forma inmediata las deudas, asimismo, se encuentra que en 149 municipios del país, la deuda es mayor a los 500 millones de pesos, tal como se presenta en el gráfico número 1, donde 55 municipios tienen una deuda entre $500 y $1.000 millones, mientras 94 municipios reflejan niveles superiores a $1.000 millones.

Gráfico número 1



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

Valor de Deuda	No. Municipios	% Municipios
Mayor a 1.000 millones	94	27%
Entre 501 y 1.000 millones	55	16%
Entre 101 y 500 millones	102	29%
Hasta a 100 millones	101	29%
Total general	**352**	**100%**

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

Cuadro número 1

Valor deudas Reportado EPS (Cifras en millones)		
Deuda Reconocida Entidad Territorial	**Valor Deudas Pagadas por Cuentas Maestras**	**Valor deudas no reconocido Entidad Territorial**
$ 530.609	$ 105.775	$ 218.714

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Aplicación Decreto 1080/2012.

Cuadro número 2

Valor Deuda reconocida no pagada (Cifras en millones)		
Reportado por Entidad Territorial	**Reportado EPS**	**Menor Valor**
$ 359.698	$ 424.829	$ 320.847

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Aplicación Decreto 1080/2012.

Efectuado el análisis de las fuentes previstas en la Ley 1450 para el pago de estas deudas, se encuentra que en algunos municipios, dada la disponibilidad de los recursos de SGP o de FAEP, no sería posible asumir en el corto plazo la deuda reconocida y en consecuencia el giro a las IPS, que es el propósito central de la medida, se dilatará en el tiempo. Con relación a la destinación de recursos de regalías, si bien el pago de deudas con estos recursos es posible, el procedimiento para el pago con cargo a esta fuente debe realizarse en los términos de la Ley de Regalías.

Por esta razón se proponen alternativas de financiación para que los recursos de las deudas reconocidas se giren a las IPS en el corto plazo.

Es importante indicar que los recursos de saldos de cuentas maestras y excedentes de aportes patronales no tienen vocación de permanencia, y por lo tanto se considera viable y conveniente su uso en lo planteado en este proyecto de ley.

Las medidas planteadas en este proyecto tienen impacto fiscal favorable por cuanto permite sanear las finanzas en algunos componentes que no cuentan con fuentes de financiación suficientes para efectuar el pago de la deuda reconocida en el corto plazo.

1. Uso de los recursos de saldos o excedentes de cuentas maestras

En primer lugar, debe señalarse que en el marco de la Ley 1122 de 2007[1], la cuenta maestra es aquella cuenta registrada ante el Ministerio de Salud y Protección Social para la recepción de los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud y los demás recursos que financian el régimen y los distintos programas de este sector. De acuerdo con el artículo 13 de la Ley 1122[2], existe una cuenta específica para el manejo de los recursos del régimen subsidiado en salud.

Se tiene información proveniente de las Entidades Territoriales que indica que aun atendiendo lo dispuesto en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011[3], el Decreto 1080 de 2012 y la Ley 1485 de 2011, persistirían saldos de recursos en estas cuentas que se requerirán en el corto plazo para la financiación de otros programas del sector. (Ver cuadro número 3 que contiene el saldo total de las cuentas maestras).

Cuadro 3
Saldo en cuenta maestra del Régimen Subsidiado agosto de 2012
Cifras en millones de pesos

DEPARTAMENTO	SALDO FINAL 31/08/2012
AMAZONAS	12.094
ANTIOQUIA	118.548
ARAUCA	12.567
ATLANTICO	3.329
BOGOTA D.C.	759.163
BOLIVAR	23.622
BOYACA	35.942
CALDAS	12.545
CAQUETA	12.912
CASANARE	45.178
CAUCA	31.259
CESAR	31.289
CHOCO	3.219
CORDOBA	29.275
CUNDINAMARCA	151.799
GUAINIA	5.242
GUAVIARE	30.556
HUILA	13.281
LA GUAJIRA	3.216
MAGDALENA	14.440
META	63.071
NARIÑO	24.708
NORTE DE SANTANDER	40.193
PUTUMAYO	5.588
QUINDIO	17.355
RISARALDA	36.027
SAN ANDRES	3.469
SANTANDER	123.806
SUCRE	4.742
TOLIMA	47.776
VALLE	44.804
VAUPES	2.541
VICHADA	1.797
Total general	**1.765.352**

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Reporte consolidado Entidades Financieras. Resolución 1021 de 2009.

---

1 "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones".

2 Artículo 13 literal b) "Todos los recursos de la salud, se manejarán en las entidades territoriales mediante los fondos locales, distritales y departamentales de salud en un capítulo especial, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. El manejo de los recursos se hará en tres cuentas maestras, con unidad de caja al interior de cada una de ellas. Estas cuentas corresponderán al recaudo y al gasto en salud pública colectiva, régimen subsidiado de salud y prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda…".

3 "Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014".

Los saldos o excedentes de las cuentas maestras, se presentan porque el valor apropiado de las diferentes fuentes de financiación del régimen subsidiado, hasta marzo de 2011, se realizaba con base en los cupos estimados previstos en los contratos de administración de los recursos que no se utilizaban en su totalidad, de tal manera que se fueron acumulando progresivamente excedentes en las cuentas maestras de los municipios. Por ello, en el análisis realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social y las Entidades Territoriales, se identificó la necesidad de habilitar el uso de los saldos para la cofinanciación del régimen subsidiado de salud, saneamiento fiscal de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, financiación de atenciones no incluidas en el Plan de Beneficios y para atender inversión en el mismo sector orientada al fortalecimiento de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas.

La posibilidad de usar estos recursos en otros componentes del sector, diferentes del Régimen Subsidiado de Salud debe enmarcarse en el manejo de redes de atención, la cual deberá coordinarse con los departamentos y siempre y cuando se encuentre garantizada la financiación integral del Régimen Subsidiado de Salud, se haya procedido con el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y se hubiese procedido con aplicación de recursos para el saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado (ESE).

En este sentido, dadas las necesidades de financiación y liquidez que demanda el sistema en este momento, resulta necesario el uso de los recursos de excedentes o saldos del régimen subsidiado de salud que no se requieren para atender las obligaciones derivadas del régimen subsidiado, pero que sí son requeridos para inversión en otros rubros del sector salud de las entidades territoriales, los cuales se encuentran depositados en las cuentas maestras de los municipios.

Del Proyecto de ley número 106 de 2012 Senado, se partió de la intención de saneamiento de cartera, el cual se articuló y ajustó con la propuesta contenida en el Proyecto de ley número 135 de 2012 Cámara, 119 de 2012 Senado, para lo cual se propusieron algunos ajustes y modificaciones en el articulado propuesto y se redactaron nuevos artículos que tienen unidad de materia. Adicionalmente, en aras de conservar la unidad de materia se propuso retirar los artículos del Proyecto de ley número 106 de 2012 referentes a telemedicina, para dejarlos a consideración del autor, si desea presentarlos en otra iniciativa legislativa.

Una de las consideraciones a tener en cuenta es que el Proyecto de ley número 106 de 2012 Senado, buscaba centralizar los recursos disponibles en cuentas maestras en el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), pero estos recursos provienen del Sistema General de Participaciones componente régimen subsidiado, Esfuerzo Propio y recursos del Fosyga, por lo que son recursos del municipio. Adicionalmente, no es posible contar con la información del valor que se tenía disponible para cada una de estas fuentes. Por esta razón se proponen nuevas estrategias para lograr un saneamiento de las deudas reconocidas en el Régimen Subsidiado de Salud.

2. Aportes patronales

En el mismo sentido, existen recursos de aportes patronales del Sistema General de Participaciones por $62.359 millones, más los rendimientos financieros estimados en $6.000 millones, que correspondían a recursos de aportes patronales no aplicados a la cotización de salud de los afiliados de hospitales públicos que hacían parte de los activos remanentes de la liquidada EPS CAJANAL. Estos recursos, en virtud de la ley se encontraban en un patrimonio autónomo constituido al cierre del proceso liquidatorio de la mencionada EPS. Posteriormente, fueron involucrados en el patrimonio autónomo creado en virtud del Decreto-ley 073 de 2010, expedido en el marco de la Emergencia Social decretada por el Gobierno Nacional en diciembre de 2009.

El mencionado decreto-ley definió medidas excepcionales para liberar recursos de los saldos excedentes del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones - Aportes Patronales, para financiar la atención a la población pobre no asegurada en los eventos no cubiertos en el POS, entre otros aspectos. De igual forma, la norma establecía la obligatoriedad de girar al patrimonio autónomo todos los recursos excedentes de aportes patronales que estaban en poder de las EPS, Fosyga, Fondos de Pensiones y Cesantías y Administradoras de Riesgos Profesionales. Posteriormente, con ocasión de la declaratoria de inexequibilidad de la emergencia social, el patrimonio autónomo entró en proceso de liquidación.

Estos recursos tienen origen en las asignaciones del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones realizadas a los departamentos y distritos, para atención de la población pobre no afiliada al régimen subsidiado de salud o para financiar lo no cubierto por subsidios a la demanda.

Los recursos de activos remanentes de la liquidación de Cajanal EPS fueron girados para atender el pago de los aportes de salud a cargo del patrono de los trabajadores de los hospitales públicos del país. Dada la dinámica de giro, estos recursos en muchos casos no pudieron ser aplicados por la EPS Cajanal y durante el proceso de liquidación no se hizo parte para reclamar estos recursos el titular los mismos, que serían las Entidades Territoriales o los hospitales públicos cuando mediaba contrato de prestación de servicios para la población no cubierta con recursos a la demanda.

La competencia de los departamentos y Distritos en la prestación de servicios de salud a la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda, conforme al artículo 43 de la Ley 715 de 2001, se refieren fundamentalmente a gestionar la prestación de servicios y a financiar con los recur-

sos propios o con los recursos del Sistema General de Participaciones la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. En consecuencia, dado que estos recursos son de las Entidades Territoriales, debe disponerse su uso para asumir los compromisos del sector.

3. Rentas cedidas

El proyecto de ley contempla la posibilidad de utilizar recursos excedentes de rentas cedidas de los departamentos y distritos, en el saneamiento fiscal y financiero de las Empresas Sociales del Estado (ESE), pago de deudas reconocidas del Régimen Subsidiado de Salud, fortalecimiento de la infraestructura y renovación tecnológica; para lo cual se procederá con el giro directo de estos recursos conforme a la Ley 1438 de 2011, artículo 31 y el Decreto 1080 de 2012.

V. PLIEGO DE MODIFICACIONES

Las modificaciones propuestas van encaminadas en tres perspectivas: primero, a generar fuentes de financiación a los municipios que no cuentan con saldos en cuentas maestras y donde está concentrada la mayor cantidad de deudas en el Régimen Subsidiado de Salud; segundo, a permitir que a través del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet) se pueda asegurar el pago de obligaciones de las Empresas Sociales del Estado clasificadas en riesgo medio y alto, en conjunto con programas de saneamiento fiscal y financiero de estas entidades a cargo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Finalmente, la última medida propuesta va encaminada a habilitar los recursos disponibles en la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fosyga para financiar compra de cartera o para otorgar préstamos en condiciones blandas que permitan efectuar saneamiento de cartera de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

De igual forma en el caso de las EPS del régimen contributivo y/o subsidiado, que se encuentran en medida especial de vigilancia, intervenidas o en proceso de liquidación, se está proponiendo una medida de giro directo a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de mínimo el 80% de los recursos que se reconocen por el Fosyga o por el mecanismo de recaudo y giro unificado.

OTRAS FUENTES DE FINANCIACIÓN PARA EL PAGO DE DEUDA RECONOCIDA POR LAS ENTIDADES TERRITORIALES A LAS EPS POR CONTRATOS DE ASEGURAMIENTO ANTERIORES A MARZO DE 2011

Las fuentes propuestas inicialmente en la Ley 1450 de 2011, contribuyen en el pago de las deudas, pero existen municipios que no cuentan con recursos suficientes en cuentas maestras para lograr sanear totalmente las deudas reconocidas con el Régimen Subsidiado de Salud; por tanto a continuación se describen las nuevas medidas para habilitar fuentes de financiación de estos municipios, que en su mayoría son de categoría 4, 5 y 6:

1. Autorización al Ministerio de Salud y Protección Social, para utilizar, por única vez, recursos del Fosyga hasta por $150.000 millones, para que los municipios de categorías 4, 5 y 6, que tengan deudas reconocidas y no pagadas con el Régimen Subsidiado de Salud, puedan utilizar estos recursos en el pago a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Esto es una operación de financiamiento con restitución futura a través del esfuerzo propio.

2. Se abre la posibilidad de adjudicar créditos de mediano y largo plazo con tasa compensada a través de la Financiera de Desarrollo Territorial (Findeter).

3. Se posibilita que las entidades territoriales que tengan deudas reconocidas en el Régimen Subsidiado de Salud y cuenten con ahorros en el Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP), puedan adelantar el desahorro en un período de hasta doce (12) meses para el pago de estas deudas.

FONDO DE SALVAMENTO Y GARANTÍAS PARA EL SECTOR SALUD (FONSAET)

Se propone modificar el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 con el objetivo de reorientar la función de este Fondo, no exclusivamente dirigida a rescatar a las Empresas Sociales del Estado cuando estén en riesgo, sino poder inyectar recursos evitando que se vean abocadas en caer en condiciones de riesgo que conlleven a una intervención o liquidación. En esta medida, el Fondo ayudaría a prevenir situaciones de crisis en el sector.

Asimismo, se posibilita reglamentar el porcentaje de gasto operacional y pasivo que financiará el fondo, con el objeto de que se determine a través de dicha reglamentación el porcentaje más adecuado para financiar, que permita el mejor funcionamiento y prestación de servicios en las Empresas Sociales del Estado o el apropiado desarrollo de los programas de saneamiento fiscal y fortalecimiento de las ESE.

SUBCUENTA DE GARANTÍAS PARA LA SALUD DEL FOSYGA

De acuerdo con el artículo 41 del Decreto-ley 4107 de 2011, la Subcuenta de Garantías tiene destinación específica para:

"a) Procurar que las instituciones del sector salud tengan medios para otorgar la liquidez necesaria para dar continuidad a la prestación de servicios de salud.

b) Servir de instrumento para el fortalecimiento patrimonial de aseguradores y prestadores de servicios de salud y de garantía para el acceso a crédito y otras formas de financiamiento.

c) Participar transitoriamente en el capital de los aseguradores y prestadores de servicios de salud.

d) Apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y reorganización de aseguradores y prestadores de servicios de salud"[4].

Esta subcuenta, cuenta con recursos por $125.7 mil millones y el próximo año tendrá recursos adicionales, de acuerdo con el literal c) del decreto-ley antes mencionado. Se propone que además de lo dispuesto en el artículo 41, se posibilite con estos recursos la realización de operaciones tendientes a otorgar liquidez al sistema y sanear cartera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Se plantea la opción de compra de cartera de IPS con cargo a estos recursos, que podría recuperarse a través de descuentos que se hagan a las EPS de los recursos que se reconocen por UPC o por otros conceptos.

[4] Decreto 4107 de 2011. "Por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social".

GIRO DIRECTO DE EPS EN MEDIDA DE VIGILANCIA ESPECIAL, INTERVENCIÓN O LIQUIDACIÓN

De igual forma, se propone otra medida que contribuirá a mejorar la situación financiera del sector, que consiste en establecer un giro directo a IPS mínimo del 80% de UPC que se giran desde el Fosyga o desde el mecanismo creado en virtud del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011, en los casos de las EPS tanto del régimen contributivo como del subsidiado, que sean sujetos de medida especial de vigilancia, intervención o liquidación.

Conforme con este breve sumario se presenta a continuación un cuadro comparativo de las modificaciones propuestas y su correspondiente sustentación:

Proyecto de ley número 135 de 2012	Modificaciones para la ponencia primer debate	Descripción de los cambios
Artículo 1°. ***Objeto.*** La presente ley tiene por objeto definir medidas para mejorar la liquidez del sector a través del uso de unos recursos que corresponden a saldos o excedentes de cuentas maestras y aportes patronales y, mecanismos para el financiamiento de las deudas reconocidas del régimen subsidiado por las entidades territoriales en el marco de lo señalado en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011.	**Artículo 1°. *Objeto.*** La presente ley tiene por objeto definir medidas para mejorar el flujo de recursos y la liquidez del sector salud a través del uso de recursos que corresponden a saldos o excedentes de cuentas maestras del Régimen Subsidiado de Salud, aportes patronales y rentas cedidas, y definir mecanismos para el financiamiento de las deudas reconocidas del régimen subsidiado de salud por las entidades territoriales en el marco de lo señalado en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011.	• Se ajustó precisando redacción. Se incluyen los excedentes de rentas cedidas de las que también se habla en el objeto. De igual forma se incluyen como objeto del proyecto de ley, el mejoramiento del flujo de recursos y la definición de mecanismos para el financiamiento de las deudas reconocidas del régimen subsidiado de salud en cumplimiento de la Ley del Plan (artículo 275).
Artículo 2°. ***Uso de los recursos de saldos de las cuentas maestras.*** Los saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado de salud, podrán así:	**Artículo 2°. *Uso de los recursos de saldos de las cuentas maestras.*** Los saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado de salud, podrán usarse conforme se señala a continuación siempre y cuando no sean requeridos para garantizar los compromisos y contingencias derivados del Régimen Subsidiado de Salud y descontados los que se encuentren previstos para utilizarse conforme a lo señalado en el artículo 89 de la Ley 1485 de 2011:	• Se precisa que el uso de los recursos de los saldos de cuentas maestras, se puede dar una vez se garanticen los compromisos adquiridos en particular las contingencias tanto del régimen subsidiado de salud como los que estén comprometidos para no POS en virtud de la posibilidad que otorgó la ley de Presupuesto para la vigencia de 2012.
1. En el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios a cargo del departamento. Para este fin las entidades territoriales definirán mediante acto administrativo el monto que se destinará a este propósito, el cual será girado a los Prestadores de Servicios de Salud que hayan prestado servicios y cuyo pago no se haya garantizado con otros recursos.	1. Para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios y distritos, que durante las vigencias del 2012 y 2013 se deba aportar en la cofinanciación del Régimen Subsidiado de Salud.	• Se modificó el orden de presentación de los usos, privilegiando la cofinanciación del régimen subsidiado de salud y el pago de deudas no POS cuando proceda. • En el caso del uso para financiar prestaciones no POS, se incluye la posibilidad de pagar servicios a red privada por prestaciones no POS. Se plantea que en el último caso los recursos se girarán a los prestadores de servicios de salud que indique la EPS.
2. En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Prestadores de Servicios de Salud, de acuerdo con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y la organización de la red de prestación de servicios. Los Municipios y Distritos no certificados ejecutarán los recursos a que hace referencia este numeral, en coordinación con el Departamento.	2. En el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios a cargo del departamento o distrito asumidos por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas, sin importar la fecha de causación de la obligación. Para lo dispuesto en este numeral, las entidades territoriales definirán mediante acto administrativo el monto que se destinará a este propósito, el cual será girado en todos los casos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. En estos pagos se privilegiarán a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y las obligaciones de mayor antigüedad.	• En el caso del uso de los recursos en el saneamiento fiscal, se acotó a las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio y alto en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011. Y asimismo, se aclaró que deben contener los programas de saneamiento fiscal y financiero. También se detallan las posibilidades de uso de recursos en el marco del mencionado saneamiento fiscal, en el contexto del uso que se les dará a estos recursos. • Se plantea que las inversiones en infraestructura estén incluidas en el plan bienal de inversiones. • De otra parte se incluyó un nuevo uso, que posibilita la realización de pruebas piloto que permitan hacer ajustes a la UPC del régimen subsidiado en los municipios y distritos categorías Especial, 1 y 2.
3. Para el saneamiento fiscal de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con estrategias tales como, el reconocimiento con cargo a estos recursos de copagos y cuotas moderadoras, así como de cuotas de recuperación de difícil cobro por parte del prestador público.	3. Para financiar programas de saneamiento fiscal y financiero de Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio y alto en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011. Estos programas incluirán medidas que deberán seguir el siguiente orden de prelación: reestructuración y saneamiento de pasivos, adquisición de cartera, pago de acreencias laborales, disposición de capital de trabajo, pago de cartera originada en las cuotas de recuperación por servicios prestados a la población pobre no asegurada o servicios no incluidos en el plan de beneficios de difícil cobro. Para efectos de la adquisición de cartera, la entidad territorial deberá adelantar las gestiones de cobro que correspondan ante el deudor o efectuar acuerdos de pago.	• Se incluye un parágrafo que establece el uso en inversión en infraestructura y pruebas piloto, una vez se garantice la financiación integral del Régimen Subsidiado de Salud y el pago de los servicios a la población en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Lo anterior con el objeto que la inversión en infraestructura o pruebas piloto para nivelar UPC se den, una vez se haya garantizado el pago de las deudas.

Proyecto de ley número 135 de 2012	Modificaciones para la ponencia primer debate	Descripción de los cambios
4. Para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios, que durante las vigencias del 2012 y 2013 se deba aportar en la cofinanciación del Régimen Subsidiado en Salud.	4. En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de la organización de la red de prestación de servicios. Los Municipios y Distritos no certificados ejecutarán los recursos a que hace referencia este numeral, en coordinación con el Departamento. Estas inversiones deberán estar incluidas en el Plan Bienal de Inversiones en salud del respectivo departamento o distrito. 5. Para financiar en los municipios y distritos categorías Especial, 1 y 2, pruebas piloto que permitan hacer ajustes a la UPC del Régimen Subsidiado de Salud en la forma como lo determine y reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social. **Parágrafo.** Para usar los recursos de acuerdo a lo definido en los numerales 4 y 5, las entidades territoriales deberán tener garantizada la cofinanciación del esfuerzo propio del Régimen Subsidiado de Salud que les corresponda efectuar. Asimismo haber previsto en el caso que proceda, la inversión a que hace referencia el numeral 2 del presente artículo.	
Artículo 3°. ***Uso de los recursos de excedentes de aportes patronales y rentas cedidas***. Los recursos de excedentes de aportes patronales correspondientes a activos remanentes del recaudo de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud provenientes del proceso de liquidación de Cajanal – EPS se podrán usar por los departamentos o distritos así: Para el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios a cargo del departamento. Para este fin el Ministerio de Salud y Protección Social, definirá el mecanismo de ejecución de estos recursos y los términos en los cuales los Departamentos y Distritos deberán girarlos a los Prestadores de Servicios de Salud. Los recursos a que hace referencia este artículo se girarán directamente a los Prestadores de Servicios de Salud de la Red Pública desde el mecanismo de recaudo y giro creado en desarrollo del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011. En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública prestadora de servicios de salud. Estos proyectos deberán estar articulados con los planes bienales de las Entidades Territoriales, con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y con la organización de la red de prestación de servicios. La distribución de estos recursos se hará entre los departamentos y distritos así: 1. 50% del total de los recursos en partes iguales entre todos los departamentos y distritos del país. 2. 50% con la fórmula dispuesta del artículo 49 de la Ley 715 de 2001 y demás disposiciones reglamentarias.	**Artículo** 3°. ***Uso de los recursos de excedentes de aportes patronales.*** Los recursos de excedentes de aportes patronales correspondientes a activos remanentes del recaudo de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud provenientes del proceso de liquidación de Cajanal – EPS, se podrán usar por los departamentos y distritos así: Para el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y servicios no incluidos en el Plan de Beneficios a cargo del departamento o distrito asumidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas o pagados por las EPS. Los recursos a que hace referencia este artículo en todos los casos se girarán directamente a los Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud desde el mecanismo de recaudo y giro creado en desarrollo del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011; para este fin las entidades territoriales y las EPS, según sea el caso, remitirán al Ministerio de Salud y Protección Social la información de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a quienes se harán dichos giros conforme a lo previsto en este artículo. En estos pagos, se privilegiarán a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y las obligaciones de mayor antigüedad. . La distribución de estos recursos se hará entre los departamentos y distritos así: 1. 50% del total de los recursos en partes iguales entre todos los departamentos y distritos del país. 2. 50% entre departamentos y distritos con la fórmula dispuesta en el inciso 2° del artículo 49 de la Ley 715 de 2001 y demás disposiciones reglamentarias.	• La destinación de excedentes de rentas cedidas se incluyó en un nuevo artículo. • Se posibilita el uso de los recursos únicamente en el pago de deudas por prestación de servicios NO POS. Se incluyen como beneficiarios de los mismos, los prestadores privados y EPS, en este caso, los giros procederán directamente a los prestadores de servicios de salud. Se precisa que la prelación para los pagos se hará para los prestadores públicos y según la antigüedad de la obligación. • Se excluye la posibilidad de inversión en infraestructura, toda vez que los recursos no son muy significativos frente a las necesidades de inversión en infraestructura, pero sí pueden aliviar en algunos departamentos las deudas que estos tienen con las instituciones de servicios de salud, en especial con la red pública.
Con el propósito de fortalecer la capacidad instalada y modernizar la gestión de los Prestadores de Servicios de Salud Públicos, los departamentos y distritos para las vigencias 2012 y 2013 podrán utilizar los recursos excedentes de las rentas cedidas en el fortalecimiento de la infraestructura, la renovación tecnológica, el saneamiento fiscal y financiero que garantice la adecuada operación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y en el pago de las deudas reconocidas del régimen subsidiado de salud; en este último caso los recursos serán girados directamente a la Red Prestadora de Servicios de salud a cargo del departamento y/o distrito. El uso de estos recursos según lo aquí previsto, solo se podrá dar si se encuentra financiada la cofinanciación del régimen subsidiado de salud en el caso que proceda con cargo a estos recursos. Los proyectos de infraestructura y renovación tecnológica deberán estar articulados con los planes bienales de las Entidades Territoriales, con la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y con la organización de la red de prestación de servicios.	**Artículo nuevo.** ***Uso de los recursos de excedentes de rentas cedidas***. Los departamentos y distritos, en las vigencias 2012 y 2013, podrán utilizar los recursos excedentes de las rentas cedidas en el fortalecimiento de la infraestructura, la renovación tecnológica, el saneamiento fiscal y financiero que garantice la adecuada operación de las Empresas Sociales del Estado y en el pago de las deudas reconocidas del Régimen Subsidiado de Salud en el marco del procedimiento establecido en desarrollo del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011; en este último caso los recursos serán girados directamente a Instituciones Prestadoras de Servicios de salud del departamento o distrito. El uso de estos recursos según lo aquí previsto, solo se podrá dar si se encuentra financiada la atención en salud de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda o de la población pobre no afiliada y se hubieren destinado los recursos de rentas cedidas que cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud conforme a lo establecido en las Leyes 1393 de 2010 y 1438 de 2011 y demás normas que definen el uso de estos recursos. Los proyectos de infraestructura y renovación tecnológica deberán estar articulados con los planes bienales de las Entidades Territoriales y con la organización de la red de prestación de servicios.	• Se delimitó que el uso de estos recursos de excedentes de rentas cedidas se pueda dar en el fortalecimiento de la infraestructura, la renovación tecnológica, el saneamiento fiscal y financiero y pago de deudas del régimen subsidiado reconocidas en el marco del artículo 275 de la Ley 1450, siempre que se haya financiado el régimen subsidiado de acuerdo con los porcentajes de la Ley 1438 y el pago de los servicios prestados en lo no cubierto con subsidiados a la demanda.

Proyecto de ley número 135 de 2012	Modificaciones para la ponencia primer debate	Descripción de los cambios
	Artículo nuevo. ***Saneamiento de deudas del Régimen Subsidiado reconocidas en virtud del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011.*** Para el saneamiento de estas deudas además del uso de los recursos del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011, las entidades territoriales tendrán las siguientes alternativas para el pago: 1. Autorícese al Ministerio de Salud y Protección Social para disponer por una sola vez de recursos del Fosyga hasta un monto de ciento cincuenta mil millones de pesos ($150.000.000.000) para que las entidades territoriales puedan atender las deudas reconocidas del Régimen Subsidiado de Salud en virtud de lo establecido en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011 y sus reglamentos. Estos recursos se asignarán por parte del Ministerio de Salud y Protección Social a los municipios de categorías 4, 5 y 6 que tengan deudas reconocidas y no pagadas, en el marco del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011 y sus reglamentos. Para lo anterior, se priorizarán los municipios que hayan destinado o destinen recursos de regalías y del Sistema General de Participaciones Propósito General de Libre Inversión, para el pago de las deudas a que hace referencia este artículo. En ningún caso se podrá asignar más del 3% del total de los recursos previstos en el presente artículo a una sola entidad territorial y más del 70% del total de la deuda reconocida no pagada con recursos de la cuenta maestra y el Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolero (FAEP). Los recursos asignados deberán ser restituidos por parte de las entidades territoriales beneficiarias, en los plazos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, que en ningún caso superará diez (10) años, a través del incremento de su esfuerzo propio en la cofinanciación del Régimen Subsidiado de Salud. Con este propósito, las entidades territoriales deberán definir las fuentes con las que asumirán el esfuerzo propio en la cofinanciación del Régimen Subsidiado, las cuales se girarán desde la fuente al mecanismo único de recaudo y giro implementado según lo dispuesto en el artículo 31 de la Ley 1438 de 2011. Para la restitución de estos recursos, en ningún caso se podrá afectar más del 30% del valor asignado del Sistema General de Participaciones Propósito General de Libre Inversión en cada anualidad. El giro se realizará directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con quienes las Entidades Promotoras de Salud tengan deudas o recursos pendientes de pago por la prestación de servicios de salud de la población afiliada al Régimen Subsidiado de Salud, independiente de la fecha de causación de las obligaciones, privilegiando las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y las obligaciones de mayor antigüedad. 2. Adicionalmente, para el pago de estas deudas la Financiera de Desarrollo Territorial Findeter podrá disponer líneas de crédito de mediano y largo plazo con tasa compensada.	• Se incluye un nuevo artículo, el cual tiene por objeto introducir dos opciones para lograr el pago de las deudas reconocidas en virtud de lo señalado en el artículo 275 de la Ley 1450, reglamentado por el Decreto 1080 de 2012. Lo anterior toda vez que los principales deudores son municipios de categorías 4, 5 y 6 y que en general estos municipios no son los que tienen los recursos disponibles de cuentas maestras. La deuda se concentra en cerca de 352 municipios de las categorías antes señaladas que no tienen los recursos para pagar de forma inmediata las deudas (2012, 2013). Los recursos del FAEP no son suficientes para asumir el total de la deuda reconocida, los de Propósito General de Libre inversión en muchos casos se encuentran comprometidos y así se aplicaran en su totalidad no son suficientes para asumir el total de la deuda y los de regalías están sujetos al procedimiento para uso definido en la Ley de regalías. • En la primera medida, se propone una operación del Fosyga, en la cual se asignarán recursos por valor total de 150 mil millones de pesos a las entidades territoriales categorías 4, 5 y 6 para el pago de estas deudas y girar así estos recursos en corto plazo a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. • Se plantean unas reglas básicas para lograr una mejor distribución de los recursos mencionados; se establece un tope máximo por entidad territorial para acceder a los recursos dispuestos y se plantea que solo podrá financiarse hasta el 70% de la deuda reconocida. De igual forma, se plantea que los municipios a los cuales se privilegiará para acceder a estos recursos serán los que hayan destinado regalías y propósito general de libre inversión. Posteriormente, las entidades territoriales reintegrarán estos recursos al Fosyga, aumentando la cofinanciación del esfuerzo propio del régimen subsidiado. • La segunda medida, hace referencia a la posibilidad de acceder a un crédito de Findeter con tasa compensada para las entidades territoriales.
	Artículo nuevo. ***Adiciónese el artículo 150 de la Ley 1530 de 2012.*** Se adiciona el siguiente parágrafo al artículo 150 de la Ley 1530 de 2012. **Parágrafo.** Las Entidades Territoriales que reconocieron deudas del Régimen Subsidiado de Salud, en el marco del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011, y tienen ahorros en este Fondo, podrán adelantar el desahorro en un periodo de hasta doce (12) meses, con el objeto de pagar dichas deudas. Los recursos serán girados por parte de la Agencia Nacional de Hidrocarburos (ANH) o la entidad que haga sus veces, al mecanismo único de recaudo y giro implementado según lo dispuesto en el artículo 31 de la Ley 1438 de 2011, para que desde este mecanismo se giren a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.	• Se incluye un parágrafo al artículo 150 de la Ley 1530 de 2012, en la cual se da la posibilidad, de ser necesario, de desahorrar la totalidad de los saldos que tienen las entidades ahorradoras del FAEP para el pago de la deuda del régimen subsidiado de salud, para el caso de los municipios que reconocieron deudas del régimen subsidiado de salud. • Lo anterior toda vez, que la ley en este momento permite hacer desahorro anuales por ocho (8) años, se tienen que algunas entidades territoriales ahorradoras no puedan pagar la deuda en corto plazo. • Viabilizando esta posibilidad, algunas entidades territoriales pueden pagar su deuda o disminuirla de manera significativa en el año siguiente a la expedición de la ley. • Se establece el procedimiento administrativo de giro al Mecanismo de recaudo y giro del Ministerio de Salud, con el objeto de desembolsar los recursos de manera más ágil a los prestadores de servicios de salud.

Proyecto de ley número 135 de 2012	Modificaciones para la ponencia primer debate	Descripción de los cambios
	Artículo nuevo. El artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 quedará así: ***Artículo 50. Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet).*** Créase el Fondo de Garantías para el sector Salud (Fonsaet) como un fondo cuenta sin personería jurídica administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo objeto será asegurar el pago de las obligaciones por parte de las Empresas Sociales del Estado que se encuentren en riesgo alto o medio conforme a lo previsto en el artículo 80 de esta ley o que se encuentren intervenidas para administrar o liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y las que adopten los programas de saneamiento fiscal y financiero con acompañamiento de la Nación. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará el porcentaje del gasto operacional y pasivos que se financiarán con cargo a dicho Fondo. Para financiar este fondo se destinarán los siguientes recursos: hasta el 10% de los recursos que se transfieren para oferta con recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y los excedentes de los recursos destinados para salud de la Ley 1393 de 2010. Este fondo podrá comprar o comercializar la cartera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, independiente del riesgo financiero en el que se encuentre la Institución. Para los anteriores efectos, los términos y condiciones para la administración del fondo los establecerá el Gobierno Nacional. **Parágrafo 1°**. La facturación de las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud deberá ajustarse en todos los aspectos a los requisitos fijados por el Estatuto Tributario y la Ley 1231 de 2008. **Parágrafo 2°.** Tendrán prelación para acceder a los recursos que trata el presente artículo las Empresas Sociales del Estado que no hayan recibido recursos con anterioridad de este Fondo.	• En primer lugar se incluye la posibilidad en el Fonsaet de asegurar el pago de las obligaciones a las Empresas Sociales del Estado clasificadas en riesgo alto o medio de acuerdo con lo establecido en la Ley 1438 de 2011, con el objeto de introducir medidas adicionales de saneamiento de las Empresas Sociales del Estado y ofrecer liquidez, evitando una posible intervención y asegurando un mejor servicio a los afiliados. • Asimismo, se posibilita reglamentar el porcentaje de gasto operacional y pasivo que financiará el fondo, con el objeto que se determine a través de dicha reglamentación el porcentaje más adecuado para financiar que permita el mejor funcionamiento y prestación de servicios en las Empresas Sociales del Estado o el apropiado desarrollo de los programas de saneamiento fiscal y fortalecimiento de las ESE.
	Artículo nuevo. ***Programas de saneamiento y fortalecimiento de Empresas Sociales del Estado***. Se entiende por Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de Empresas Sociales del Estado, un programa integral, institucional, financiero y administrativo que cubre la Empresa Social del Estado, que tiene por objeto restablecer su solidez económica y financiera de estas Empresas, con el propósito de asegurar la continuidad en la prestación del servicio público de salud. El Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero deberá contener medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, restructuración de la deuda, saneamiento de pasivos y fortalecimiento de los ingresos de las Empresas Sociales del Estado; que permitan su adecuada operación, con el fin de garantizar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud a la población usuaria. Las Empresas Sociales del Estado que de acuerdo con las evaluaciones realizadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, incumplan el programa de saneamiento fiscal y financiero, deberán iniciar ante este mismo Ministerio, la promoción de acuerdo de reestructuración de pasivos cuando del análisis de la situación de la Empresa Social del Estado se identifique la capacidad de generar ingresos suficientes para el pago de sus compromisos corrientes y el pago de sus acreencias. La nominación y promoción de los acuerdos de reestructuración de pasivos adelantados por las Empresas Sociales del Estado, estarán a cargo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Los recursos que destine la Nación o los que en la presente ley se posibilitan para el saneamiento fiscal y financiero y la reorganización de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, se enmarcarán en lo aquí definido. **Parágrafo**. Los parámetros generales de contenidos, seguimiento y evaluación de los programas a que hace referencia este artículo se determinarán por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con concepto del Ministerio de Salud y Protección Social. Estos parámetros deberán contener aspectos financieros, administrativos, institucionales y jurídicos.	• Se incluye un nuevo artículo, el cual tiene por objeto definir los programas de saneamiento fiscal en las Empresas Sociales del Estado y las características del mismo, así como la entidad competente para adelantar dichos programas, que en este caso plantea al Ministerio de Hacienda y Crédito Público. • Dado el impacto que tiene en las finanzas territoriales el desequilibrio financiero de las empresas sociales del Estado del nivel territorial, es necesario articular los procesos de implementación y seguimiento de estos Programas de saneamiento fiscal y financiero de estas instituciones, con los desarrollados para las entidades territoriales en el marco de la Ley 617 de 2000 y del Decreto-ley 028 de 2008. • La Ley 1438 de 2011 establece en su artículo 84 la posibilidad de que las Empresas Sociales del Estado que hayan adoptado Programas de saneamiento fiscal y financiero, con el fin de facilitar los procesos de saneamiento de pasivos, puedan iniciar simultáneamente o en cualquier momento la promoción de acuerdos de reestructuración de pasivos de que tratan las Leyes 550 de 1999 y 1116 de 2006, igualmente, la ley frente al incumplimiento de los programas de saneamiento fiscal y financiero establece que las mismas deberán adoptar medidas entre las que se incluyen los acuerdos de reestructuración de pasivos, la intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud o la liquidación o supresión de la entidad. • En este marco, y con el fin de garantizar la integralidad de las medidas dirigidas a asegurar el acceso, la oportunidad, continuidad y calidad en la prestación del servicio público de salud, en un marco de sostenibilidad financiera tanto de las Empresas Sociales del Estado como de las entidades territoriales, en el presente proyecto de ley se proponen un conjunto de medidas que de manera articulada a través del Ministerio de Hacienda y Crédito Público abordan los procesos de adopción, viabilización, monitoreo y seguimiento de los Programas de saneamiento fiscal y financiero, así como la nominación y promoción de los acuerdos de reestructuración de pasivos que adelanten estas entidades. • La diferencia frente a lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011 es la participación del Ministerio de Hacienda y Crédito Público a través de la Dirección de Apoyo

Proyecto de ley número 135 de 2012	Modificaciones para la ponencia primer debate	Descripción de los cambios
	En todo caso, la viabilidad, monitoreo, seguimiento y evaluación de los planes de desempeño estará a cargo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.	Fiscal, que tiene la experiencia y el recurso humano para acompañar estos procesos y la obligatoriedad de que cualquier recurso que se invierta en reorganización o reestructuración se incluya en este programa. Y en este contexto otorgar al MHCP la posibilidad de hacer la promoción de pasivos.
	Artículo nuevo. ***Recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fosyga.*** Los recursos de la Subcuenta de Garantías para la salud, además de los usos previstos en el artículo 41 del Decreto 4107 de 2011, se podrán utilizar para adelantar desde la Subcuenta de Garantías para la Salud o a través de Entidades Especializadas en este tipo de operaciones, compra de cartera reconocida de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con Empresas Promotoras de Salud. En este caso, la recuperación de cartera podrá darse a través de descuentos de los recursos que a cualquier título, el Fosyga o el mecanismo único de recaudo y giro creado en virtud del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011, efectúen a las EPS. **Parágrafo.** El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el procedimiento para implementar lo dispuesto en este artículo.	• Se incluye un nuevo artículo, el cual tiene por objeto desarrollar algunos objetivos de la Subcuenta de Garantías creada a través del Decreto-ley 4107 de 2011. • La figura de compra de cartera se plantea como una alternativa para brindar liquidez a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Considerando que la cartera de estas entidades está representada fundamentalmente en las deudas de las EPS por la atención a su población afiliada, la figura plantea la compra de este activo, con los recursos de la subcuenta de Garantías para la Salud. El supuesto esencial para aplicar esta medida sería que la cartera se encuentre reconocida por el deudor. • Como mecanismo para la recuperación además de las acciones de cobro que deba hacer el Fosyga o la Subcuenta de Garantías, se plantea la opción de hacer descuentos directos a las EPS de los recursos que a cualquier título se reconozcan por parte del Fosyga. • De esta manera se garantiza que los recursos del fondo roten, generando esta opción de financiamiento a distintas entidades. • Se plantea la opción de participar en esta operación a Entidades expertas en este tipo de operaciones, por cuanto esta sería una operación nueva para el FOSYGA que se requiere aplicar en el corto plazo y en consecuencia sería conveniente que este tipo de Entidades apoyen en la implementación de esta medida. • Finalmente se da la posibilidad al Ministerio de Salud y Protección Social de establecer los procedimientos para aplicar este artículo.
	Artículo nuevo. ***Giro directo de EPS en medidas de vigilancia especial, intervenidas o en liquidación.*** Las Entidades Promotoras de Salud, que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte del organismo de control y vigilancia competente, girarán como mínimo el 80% de las Unidades de Pago por Capitación reconocidas, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, directamente desde el Fosyga o desde el mecanismo de recaudo o giro creado en desarrollo del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011. El giro directo en el caso del Régimen Contributivo, se hará una vez se reglamente por el Gobierno Nacional el procedimiento que corresponda.	• Se propone otra medida que contribuirá a mejorar la situación financiera del sector, que consiste en establecer un giro directo a IPS mínimo del 80% de UPC que se giran desde el Fosyga o desde el mecanismo creado en virtud del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011, en los casos de las EPS tanto del régimen contributivo como del subsidiado, que sean objeto de medida especial de vigilancia, intervención o liquidación.
Artículo 4°. ***Seguimiento y control.*** Para efectos de control del uso adecuado de los recursos a que hace referencia el artículo 1° de esta Ley, se establece la obligación de reportar al Ministerio de Salud y Protección Social los planes de aplicación de los saldos objeto de la presente ley, según los términos y condiciones que exija este Ministerio. De igual forma, el Gobierno Nacional establecerá los mecanismos para el seguimiento.	**Artículo 11.** ***Seguimiento y control.*** Para efectos de control del uso adecuado de los recursos a que hace referencia la presente ley, se establece la obligación de reportar al Ministerio de Salud y Protección Social los informes de aplicación y ejecución de dichos recursos en los términos y condiciones que exija este Ministerio, quien a su vez reportará los informes de ejecución a los organismos de inspección, vigilancia y control del sector. En el evento en que se detecte el inadecuado uso de los recursos de que trata esta ley, la entidad competente podrá ordenar la suspensión en la ejecución de los mismos.	• Se amplía el seguimiento a todos los recursos de que trata esta ley y no solo a los recursos de saldos de las cuentas maestras. • Adicionalmente se establece el reporte al Ministerio de Salud y Protección Social de las entidades territoriales de la ejecución de los recursos incluidos en el presente proyecto de ley, así como la posibilidad a la entidad competente de suspender la ejecución de los mismos en caso de detectarse un uso inadecuado de los recursos.

CONSTANCIA

Con el respeto acostumbrado por las decisiones de la mayoría, pero con la claridad que siempre se ha acostumbrado entre los honorables Congresistas de las Comisiones Séptimas, la honorable Representante Marta Cecilia Ramírez Orrego, manifiesta que comparte el objeto del proyecto de ley en su esencia y los mecanismos para proveer flujo de recursos en el sector salud, sin embargo se aparta de la decisión adoptada por la mayoría de los honorables Ponentes, respecto a algunos apartes de 3 artículos que fueron acogidos en la ponencia final, porque como lo hizo saber en reunión de ponentes, considera que el proyecto de ley relega la importancia de la deuda que se tiene con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Privadas frente a las Públicas, priorizándose estas últimas en los artículos 2°, 3° y 5°, frente al uso y desembolso de los saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado de salud (artículo 2°), uso de los recursos de excedentes de aportes patronales (artículo 3°) y el saneamiento de deudas del Régimen Subsidiado reconocidas en virtud del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011 (artículo 5°). Expone la Ponente que se tienen cifras claras que evidencian este grave problema en varias regiones y habla con toda propiedad del Departamento

de Antioquia, al cual representa, como uno de los departamentos donde la cartera mas afectada es la privada, claro está, sin desconocer que la red pública debe tener igual tratamiento al momento de los desembolsos.

Propone entonces que el tratamiento en estos tres artículos anteriormente mencionados, sea: girando en todos los casos los recursos ***"a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud",*** sin priorizar las públicas, así las cosas, se entienden en esta expresión incluidas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y Privadas. **De igual manera comparte con los demás ponentes que se deben privilegiar las obligaciones de mayor antigüedad.**

VI. PROPOSICIÓN

Por lo anteriormente expuesto, solicitamos a los miembros de las honorables Comisiones Séptimas Conjuntas, dar **primer debate al Proyecto de ley número 135 de 2012 Cámara, 119 de 2012 Senado,** *por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud*, acumulado con el **Proyecto de ley** número **106 de 2012 Senado,** *por medio de la cual se adoptan medidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para mejorar el flujo de recursos y se dictan otras disposiciones*; conforme con las modificaciones enunciadas y contenidas en el texto propuesto a continuación.

Atentamente,

Por el Senado de la República,

JORGE ELIÉCER BALLESTEROS BERNIER
Senador de la República

ANTONIO JOSÉ CORREA JIMÉNEZ
Senador de la República

GLORIA INÉS RAMÍREZ RIOS
Senadora de la República

GUILLERMO ANTONIO SANTOS MARÍN
Senador de la República

GABRIEL IGNACIO ZAPATA CORREA
Senador de la República

Por la Cámara de Representantes,

RAFAEL ROMERO PIÑEROS
Representante a la Cámara
Coordinador Ponente

MARTA CECILIA RAMÍREZ ORREGO
Representante a la Cámara

GLORIA STELLA DÍAZ ORTÍZ
Representante a la Cámara

HOLGER HORACIO DÍAZ HERNÁNDEZ
Representante a la Cámara

ELÍAS RAAD HERNÁNDEZ
Representante a la Cámara

LAS COMISIONES SÉPTIMAS DE SENADO Y CÁMARA CONSTITUCIONALES PERMANENTES DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los veinticuatro (24) días del mes de octubre año dos mil doce (2012). En la presente fecha se autoriza la **publicación en la *Gaceta del Congreso,* al Proyecto de ley número 135 de 2012 Cámara, 119 de 2012 Senado,** *por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud*, **y su Acumulado al Proyecto de ley número 106 de 2012 Senado,** *por medio de la cual se adoptan medidas en el sistema general de seguridad social en salud para mejorar el flujo de recursos y se dictan otras disposiciones*. Autoría del proyecto de ley del señor Ministro de Salud y Protección Social, doctor *Alejandro Gaviria Uribe* y el honorable Senador *Antonio José Correa Jiménez.*

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 *positiva*, solamente está refrendada por las honorables Congresistas: honorables Senadores *Antonio José Correa Jiménez, Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Gabriel Ignacio Zapata Correa, Guillermo Antonio Santos Marín* y honorables Representantes *Rafael Romero Piñeros, Martha Cecilia Ramírez Orrego, Hólger Horacio Díaz Hernández y Elías Raad Hernández*, en su calidad de ponentes. Los honorables Congresistas: honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos* y honorable Representante *Gloria Stella Díaz Ortiz,* no refrendaron el presente informe de ponencia.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 135 DE 2012 CÁMARA, 119 DE 2012 SENADO

Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud.

ACUMULADO CON EL PROYECTO DE LEY NÚMERO 106 DE 2012 SENADO

por medio de la cual se adoptan medidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para mejorar el flujo de recursos y se dictan otras disposiciones.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto*. La presente ley tiene por objeto definir medidas para mejorar el flujo de recursos y la liquidez del sector salud a través del uso de recursos que corresponden a saldos o excedentes de cuentas maestras del Régimen Subsidiado de Salud, aportes patronales y rentas cedidas, y definir mecanismos para el financiamiento de las deudas reconocidas del régimen subsidiado de salud por las entidades territoriales en el marco de lo señalado en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011.

Artículo 2°. *Uso de los recursos de saldos de las cuentas maestras.* Los saldos de las cuentas maestras del régimen subsidiado de salud, podrán usarse conforme se señala a continuación siempre y cuando no sean requeridos para garantizar los compromisos y contingencias derivados del Régi-

men Subsidiado de Salud y descontados los que se encuentren previstos para utilizarse conforme a lo señalado en el artículo 89 de la Ley 1485 de 2011:

1. Para asumir el esfuerzo propio a cargo de los municipios y distritos, que durante las vigencias del 2012 y 2013 se deba aportar en la cofinanciación del Régimen Subsidiado de Salud.

2. En el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y para el pago de los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios a cargo del departamento o distrito asumidos por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas, sin importar la fecha de causación de la obligación.

Para lo dispuesto en este numeral, las entidades territoriales definirán mediante acto administrativo el monto que se destinará a este propósito, el cual será girado en todo los casos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. En estos pagos se privilegiarán a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y las obligaciones de mayor antigüedad.

3. Para financiar programas de saneamiento fiscal y financiero de Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio y alto en cumplimiento de la Ley 1438 de 2011. Estos programas incluirán medidas que deberán seguir el siguiente orden de prelación: reestructuración y saneamiento de pasivos, adquisición de cartera, pago de acreencias laborales, disposición de capital de trabajo, pago de cartera originada en las cuotas de recuperación por servicios prestados a la población pobre no asegurada o servicios no incluidos en el plan de beneficios de difícil cobro. Para efectos de la adquisición de cartera, la entidad territorial deberá adelantar las gestiones de cobro que correspondan ante el deudor o efectuar acuerdos de pago.

4. En la inversión en el mejoramiento de la infraestructura y dotación de la red pública de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el marco de la organización de la red de prestación de servicios. Los Municipios y Distritos no certificados ejecutarán los recursos a que hace referencia este numeral, en coordinación con el Departamento. Estas inversiones deberán estar incluidas en el Plan Bienal de Inversiones en salud del respectivo departamento o distrito.

5. Para financiar en los municipios y distritos categorías Especial, 1 y 2, pruebas piloto que permitan hacer ajustes a la UPC del Régimen Subsidiado de Salud en la forma como lo determine y reglamente el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. Para usar los recursos de acuerdo a lo definido en los numerales 4 y 5, las entidades territoriales deberán tener garantizada la cofinanciación del esfuerzo propio del Régimen Subsidiado de Salud que les corresponda efectuar. Asimismo haber previsto en el caso que proceda, la inversión a que hace referencia el numeral 2 del presente artículo.

Artículo 3°. *Uso de los recursos de excedentes de aportes patronales.* Los recursos de excedentes de aportes patronales correspondientes a activos remanentes del recaudo de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud provenientes del proceso de liquidación de CAJANAL – EPS, se podrán usar por los departamentos y distritos así:

Para el pago de los servicios prestados a la población pobre no asegurada y servicios no incluidos en el Plan de Beneficios a cargo del departamento o distrito asumidos por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas o privadas o pagados por las EPS. Los recursos a que hace referencia este artículo en todos los casos se girarán directamente a los Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud desde el mecanismo de recaudo y giro creado en desarrollo del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011; para este fin las entidades territoriales y las EPS, según sea el caso, remitirán al Ministerio de Salud y Protección Social la información de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a quienes se harán dichos giros conforme a lo previsto en este artículo. En estos pagos, se privilegiarán a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y las obligaciones de mayor antigüedad.

La distribución de estos recursos se hará entre los departamentos y distritos así:

1. 50% del total de los recursos en partes iguales entre todos los departamentos y distritos del país.

2. 50% entre departamentos y distritos con la fórmula dispuesta en el inciso 2° del artículo 49 de la Ley 715 de 2001 y demás disposiciones reglamentarias.

Artículo 4°. *Uso de los recursos de excedentes de rentas cedidas*. Los departamentos y distritos, en las vigencias 2012 y 2013, podrán utilizar los recursos excedentes de las rentas cedidas en el fortalecimiento de la infraestructura, la renovación tecnológica, el saneamiento fiscal y financiero que garantice la adecuada operación de las Empresas Sociales del Estado y en el pago de las deudas reconocidas del Régimen Subsidiado de Salud en el marco del procedimiento establecido en desarrollo del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011; en este último caso los recursos serán girados directamente a Instituciones Prestadoras de Servicios de salud del departamento o distrito. El uso de estos recursos según lo aquí previsto, solo se podrá dar si se encuentra financiada la atención en salud de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda o de la población pobre no afiliada y se hubieren destinado los recursos de rentas cedidas que cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud conforme a lo establecido en las Leyes 1393 de 2010 y 1438 de 2011 y demás normas que definen el uso de estos recursos.

Los proyectos de infraestructura y renovación tecnológica deberán estar articulados con los planes bienales de las Entidades Territoriales y con la organización de la red de prestación de servicios.

Artículo 5°. *Saneamiento de deudas del Régimen Subsidiado reconocidas en virtud del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011.* Para el saneamiento de estas deudas además del uso de los recursos del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011, las entidades territoriales tendrán las siguientes alternativas para el pago:

1. Autorícese al Ministerio de Salud y Protección Social para disponer por una sola vez de recursos del Fosyga hasta un monto de ciento cincuenta mil millones de pesos ($150.000.000.000) para que las entidades territoriales puedan atender las deudas reconocidas del Régimen Subsidiado de Salud en virtud de lo establecido en el artículo 275 de la Ley 1450 de 2011 y sus reglamentos.

Estos recursos se asignarán por parte del Ministerio de Salud y Protección Social a los municipios de categorías 4, 5 y 6 que tengan deudas reconocidas y no pagadas, en el marco del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011 y sus reglamentos. Para lo anterior, se priorizarán los municipios que hayan destinado o destinen recursos de regalías y del Sistema General de Participaciones Propósito General de Libre Inversión, para el pago de las deudas a que hace referencia este artículo.

En ningún caso se podrá asignar más del 3% del total de los recursos previstos en el presente artículo a una sola entidad territorial y más del 70% del total de la deuda reconocida no pagada con recursos de la cuenta maestra y el Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolero (FAEP).

Los recursos asignados deberán ser restituidos por parte de las entidades territoriales beneficiarias, en los plazos que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social, que en ningún caso superará diez (10) años, a través del incremento de su esfuerzo propio en la cofinanciación del Régimen Subsidiado de Salud. Con este propósito, las entidades territoriales deberán definir las fuentes con las que asumirán el esfuerzo propio en la cofinanciación del Régimen Subsidiado, las cuales se girarán desde la fuente al mecanismo único de recaudo y giro implementado según lo dispuesto en el artículo 31 de la Ley 1438 de 2011. Para la restitución de estos recursos, en ningún caso se podrá afectar más del 30% del valor asignado del Sistema General de Participaciones Propósito General de Libre Inversión en cada anualidad.

El giro se realizará directamente a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, con quienes las Entidades Promotoras de Salud tengan deudas o recursos pendientes de pago por la prestación de servicios de salud de la población afiliada al Régimen Subsidiado de Salud, independiente de la fecha de causación de las obligaciones, privilegiando las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas y las obligaciones de mayor antigüedad.

2. Adicionalmente, para el pago de estas deudas la Financiera de Desarrollo Territorial Findeter podrá disponer líneas de crédito de mediano y largo plazo con tasa compensada.

Artículo 6°. *Adiciónese el artículo 150 de la Ley 1530 de 2012.* Se adiciona el siguiente parágrafo al artículo 150 de la Ley 1530 de 2012:

Parágrafo. Las Entidades Territoriales que reconocieron deudas del Régimen Subsidiado de Salud, en el marco del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011, y tienen ahorros en este Fondo, podrán adelantar el desahorro en un periodo de hasta doce (12) meses, con el objeto de pagar dichas deudas. Los recursos serán girados por parte de la Agencia Nacional de Hidrocarburos (ANH) o la entidad que haga sus veces, al mecanismo único de recaudo y giro implementado según lo dispuesto en el artículo 31 de la Ley 1438 de 2011, para que desde este mecanismo se giren a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Artículo 7°. El artículo 50 de la Ley 1438 de 2011 quedará así:

Artículo 50. Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet). Créase el Fondo de Garantías para el sector Salud (Fonsaet) como un fondo cuenta sin personería jurídica administrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo objeto será asegurar el pago de las obligaciones por parte de las Empresas Sociales del Estado que se encuentren en riesgo alto o medio conforme a lo previsto en el artículo 80 de esta ley o que se encuentren intervenidas para administrar o liquidar por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y las que adopten los programas de saneamiento fiscal y financiero con acompañamiento de la Nación. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará el porcentaje del gasto operacional y pasivos que se financiarán con cargo a dicho Fondo.

Para financiar este fondo se destinarán los siguientes recursos: hasta el 10% de los recursos que se transfieren para oferta con recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y los excedentes de los recursos destinados para salud de la Ley 1393 de 2010. Este fondo podrá comprar o comercializar la cartera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, independiente del riesgo financiero en el que se encuentre la Institución.

Para los anteriores efectos, los términos y condiciones para la administración del fondo los establecerá el Gobierno Nacional.

Parágrafo 1°. 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.

Parágrafo 2°. Tendrán prelación para acceder a los recursos que trata el presente artículo las Empresas Sociales del Estado que no hayan recibido recursos con anterioridad de este Fondo.

Artículo 8°. *Programas de saneamiento y fortalecimiento de Empresas Sociales del Estado.* Se entiende por Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de Empresas Sociales del Estado, un

programa integral, institucional, financiero y administrativo que cubre la Empresa Social del Estado, que tiene por objeto restablecer su solidez económica y financiera de estas Empresas, con el propósito de asegurar la continuidad en la prestación del servicio público de salud.

El Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero deberá contener medidas de reorganización administrativa, racionalización del gasto, restructuración de la deuda, saneamiento de pasivos y fortalecimiento de los ingresos de las Empresas Sociales del Estado; que permitan su adecuada operación, con el fin de garantizar el acceso, oportunidad, continuidad y calidad en la prestación de los servicios de salud a la población usuaria.

Las Empresas Sociales del Estado que de acuerdo con las evaluaciones realizadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, incumplan el programa de saneamiento fiscal y financiero, deberán iniciar ante este mismo Ministerio, la promoción de acuerdo de reestructuración de pasivos cuando del análisis de la situación de la Empresa Social del Estado se identifique la capacidad de generar ingresos suficientes para el pago de sus compromisos corrientes y el pago de sus acreencias. La nominación y promoción de los acuerdos de reestructuración de pasivos adelantados por las Empresas Sociales del Estado, estarán a cargo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Los recursos que destine la Nación o los que en la presente ley se posibilitan para el saneamiento fiscal y financiero y la reorganización de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, se enmarcarán en lo aquí definido.

Parágrafo. Los parámetros generales de contenidos, seguimiento y evaluación de los programas a que hace referencia este artículo se determinarán por parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con concepto del Ministerio de Salud y Protección Social. Estos parámetros deberán contener aspectos financieros, administrativos, institucionales y jurídicos.

En todo caso, la viabilidad, monitoreo, seguimiento y evaluación de los planes de desempeño estará a cargo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Artículo 9°. *Recursos de la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fosyga.* Los recursos de la Subcuenta de Garantías para la salud, además de los usos previstos en el artículo 41 del Decreto 4107 de 2011, se podrán utilizar para adelantar desde la Subcuenta de Garantías para la Salud o a través de Entidades Especializadas en este tipo de operaciones, compra de cartera reconocida de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con Empresas Promotoras de Salud. En este caso, la recuperación de cartera podrá darse a través de descuentos de los recursos que a cualquier título, el Fosyga o el mecanismo único de recaudo y giro creado en virtud del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011, efectúen a las EPS.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará el procedimiento para implementar lo dispuesto en este artículo.

Artículo 10. *Giro directo de EPS en medidas de vigilancia especial, intervenidas o en liquidación*. Las Entidades Promotoras de Salud, que se encuentren en medida de vigilancia especial, intervención o liquidación por parte del organismo de control y vigilancia competente, girarán como mínimo el 80% de las Unidades de Pago por Capitación reconocidas, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, directamente desde el Fosyga o desde el mecanismo de recaudo o giro creado en desarrollo del artículo 31 de la Ley 1438 de 2011.

El giro directo en el caso del Régimen Contributivo, se hará una vez se reglamente por el Gobierno Nacional el procedimiento que corresponda.

Artículo 11. *Seguimiento y control.* Para efectos de control del uso adecuado de los recursos a que hace referencia la presente ley, se establece la obligación de reportar al Ministerio de Salud y Protección Social los informes de aplicación y ejecución de dichos recursos en los términos y condiciones que exija este Ministerio, quien a su vez reportará los informes de ejecución a los organismos de inspección, vigilancia y control del sector.

En el evento en que se detecte el inadecuado uso de los recursos de que trata esta ley, la entidad competente podrá ordenar la suspensión en la ejecución de los mismos.

Artículo 12. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Por el Senado de la República,

JORGE ELIÉCER BALLESTEROS BERNIER
Senador de la República

ANTONIO JOSÉ CORREA JIMÉNEZ
Senador de la República

GLORIA INÉS RAMÍREZ RIOS
Senadora de la República

GUILLERMO ANTONIO SANTOS MARÍN
Senador de la República

GABRIEL IGNACIO ZAPATA CORREA
Senador de la República

Por la Cámara de Representantes,

RAFAEL ROMERO PIÑEROS
Representante a la Cámara
Coordinador Ponente

MARTHA CECILIA RAMÍREZ ORREGO
Representante a la Cámara

GLORIA STELLA DÍAZ ORTÍZ
Representante a la Cámara

HOLGER HORACIO DÍAZ HERNÁNDEZ
Representante a la Cámara

ELÍAS RAAD HERNÁNDEZ
Representante a la Cámara

LAS COMISIONES SÉPTIMAS DE SENADO Y CÁMARA CONSTITUCIONALES PERMANENTES DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Bogotá, D. C., a los veinticuatro (24) días del mes de octubre año dos mil doce (2012). En la presente fecha se autoriza la **publicación en la *Gaceta del Congreso*, al Proyecto de ley número 135 de 2012 Cámara, 119 de 2012 Senado,** *por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liqui-*

dez y el uso de algunos recursos del sector salud, **y su Acumulado al Proyecto de ley número 106 de 2012 Senado,** *por medio de la cual se adoptan medidas en el sistema general de seguridad social en salud para mejorar el flujo de recursos y se dictan otras disposiciones*. Autoría del proyecto de ley del señor Ministro de Salud y Protección Social, doctor *Alejandro Gaviria Uribe* y el honorable Senador *Antonio José Correa Jiménez.*

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 *positiva*, solamente está refrendada por las honorables Congresistas: honorables Senadores *Antonio José Correa Jiménez, Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Gabriel Ignacio Zapata Correa, Guillermo Antonio Santos Marín* y honorables Representantes *Rafael Romero Piñeros, Martha Cecilia Ramírez Orrego, Hólger Horacio Díaz Hernández y Elías Raad Hernández,* en su calidad de ponentes. Los honorables Congresistas: honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos* y honorable Representante *Gloria Stella Díaz Ortiz*, no refrendaron el presente informe de ponencia.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

* * *

INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 90 DE 2012 SENADO

por la cual se establece el régimen de pensión de vejez por alto riesgo para los Controladores de Tránsito Aéreo de la Aeronáutica Civil.

0bjeto y contenido de la iniciativa

El objeto de la iniciativa es que los servidores públicos que desempeñan funciones de controladores de tránsito aéreo de la Unidad Administrativa Especial de la Aeronáutica Civil o la entidad que haga sus veces, con licencia expedida o reconocida por la oficina de registro de la Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil y que se les haya efectuado o se les llegare a efectuar la cotización especial señalada en el artículo 5° del Decreto 2090 de 2003 y la que se define en la presente iniciativa, durante por lo menos 750 semanas, sean estas continuas o discontinuas, tendrán derecho a la pensión de vejez, siempre y cuando hayan cumplido 55 años de edad, haber cotizado el número mínimo de semanas establecido para el sistema general de seguridad social en pensiones al que se refiere el artículo 33 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 9° de la Ley 797 de 2003.

El Proyecto de ley número 090 de 2012 Senado, tiene como finalidad establecer un criterio equitativo en términos de justicia con relación a la regulación del régimen pensional en el ejercicio de actividades de alto riesgo de los controladores aéreos de la aeronáutica civil. Lo anterior se deriva de criterios técnicos, jurídicos que lo establecen y manifiestan la reducción de años de vida saludable.

El Proyecto de ley número 090 de 2012 Senado, consta de 5 (cinco) artículos y un parágrafo:

• El artículo 1º establece que los controladores aéreos de tránsito dentro de la Unidad Administrativa de la Aeronáutica Civil, si se les ha efectuado o se les llegare a efectuar la cotización efectuada en el artículo 5° del decreto 2090 de 2003, durante por lo menos 750 semanas, sean continuas o discontinuas, tendrán derecho a la pensión de vejez, siempre y cuando reúnan los requisitos de haber cumplido 55 años de edad, haber cotizado el número de semanas establecidos para el sistema general de seguridad social en pensiones de acuerdo con el artículo 9° de la Ley 797 de 2003.

• También se plantea que la edad para el reconocimiento de la pensión especial de vejez se disminuirá un (1) año por cada sesenta (60) semanas de cotización especial, adicionales a las mínimas requeridas en el sistema general de pensiones, sin que dicha edad pueda ser inferior a los 50 años.

• El artículo 2° de la iniciativa plantea que el monto de la cotización especial será el previsto en la Ley 100 de 1993, modificado por la Ley 797 de 2003, más diez (10) puntos adicionales a cargo del empleador.

• El artículo 3° del proyecto de ley plantea que se tendrá sin solución de continuidad para todos los efectos de la presente iniciativa el lapso transcurrido entre el 31 de julio de 2010 y la fecha de su vigencia.

• El artículo 4° indica que en lo previsto en la pensión especial de vejez para los controladores de tránsito aéreo de la Unidad Administrativa Especial de la Aeronáutica Civil o la entidad que haga sus veces, se aplican las normas generales contenidas en la Ley 100 de 1993 y la Ley 797 de 2003 y sus decretos reglamentarios

• El artículo 5° trata de la entrada en vigencia y las derogatorias a las disposiciones que le sean contrarias.

II. Marco jurídico

El Proyecto de ley número 090 de 2012 Senado, cumple con lo establecido en el artículo 140 numeral 1 de la Ley 5ª de 1992, ya que se trata de una iniciativa legislativa presentada individualmente por el honorable Senador Juan Carlos Vélez Uribe quien tiene la competencia para tal efecto.

El Proyecto de ley número 090 de 2012 Senado, no cumple con el inciso 2° del artículo 154 de la Constitución Política que hace referencia a que "No obstante, sólo podrán ser dictadas o reformadas por iniciativa del Gobierno las leyes

a que se refieren los numerales 3, 7, 9, 11 y 22 y los literales a), b) y e), del numeral 19 del artículo 150", haciendo referencia al artículo 150 de la misma Constitución Política.

El proyecto de ley si cumple con el artículo 158 de la Constitución Política referentes a su origen, formalidades de publicidad y unidad de materia.

III. Consideraciones jurisprudenciales

1. El artículo 4° de la constitución política manifiesta que la constitución es norma de normas[1], que en caso de incompatibilidad entre la constitución y la ley u otra norma jurídica, se aplicarán las disposiciones constitucionales.

2. El Artículo 154 de la constitución política manifestó de manera expresa que *Las leyes pueden tener origen en cualquiera de las Cámaras a propuesta de sus respectivos miembros, del Gobierno Nacional, de las entidades señaladas en el artículo 156, o por iniciativa popular en los casos previstos en la Constitución.*

No obstante, sólo podrán ser dictadas o reformadas por iniciativa del Gobierno las leyes a que se refieren los numerales 3, 7, 9, 11 y 22 y los literales a), b) y e) del artículo 150 (resaltado y subrayado fuera del texto);

En el artículo 150, en el literal e), se manifiesta que solo por iniciativa del gobierno se puede "*Fijar el régimen salarial y de prestaciones sociales de los servidores públicos*[2].

A continuación se procede a verificar si los controladores de tránsito aéreo son o no empleados públicos, por lo tanto se podrá inferir si es el gobierno o no es el competente para dictar o reformar el régimen salarial y las prestaciones sociales de los mismos, para ello el artículo 2° de la Ley 1310 de 2009 manifiesta que:

*"**Artículo 2°. Definición.*** Para la aplicación e interpretación de esta ley, se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Organismos de Tránsito y Transporte: *Son entidades públicas del orden municipal, distrital o departamental que tienen como función organizar, dirigir y controlar el tránsito y el transporte en su respectiva jurisdicción.*

Autoridad de Tránsito y Transporte: *Toda entidad pública o empleado público que esté acreditado conforme al artículo 3° de la Ley 769 de 2002.*

Agente de Tránsito y Transporte: Todo empleado público investido de autoridad para regular la circulación vehicular y peatonal, vigilar, controlar e intervenir en el cumplimiento de las normas de tránsito y transporte en cada uno de los entes territoriales[3]**.**

Grupo de Control Vial o Cuerpo de Agentes de Tránsito: *Grupo de empleados públicos investidos de autoridad como agentes de tránsito y transporte vinculados legal y reglamentariamente a los organismos de tránsito y transporte".*

Sin embargo será la Sentencia C-432 de 2004[4] cuyo magistrado ponente fue Rodrigo Escobar Gil será quien nos establecerá las implicaciones que tiene la palabra régimen salarial ¿qué implica?

(...) es posible concluir que el concepto régimen prestacional no solo se limita a reconocer las prestaciones que tienen su origen de manera directa en la relación de trabajo, sino también todas aquellas otras que se ocasionan por motivo de su existencia, tales como, ***las pensiones de vejez, invalidez y sobrevivientes****, el auxilio funerario y aquellas contingencias derivadas de los riesgos de salud*[5]*.*

Es importante manifestar que la presente iniciativa presenta vicios de inconstitucionalidad, derivado del hecho de que el congreso no tiene competencias para verificar estos contenidos, a pesar de que el trámite es ajustado a la constitución y a pesar de la importancia que tiene, en términos de justicia, que tiene para la calidad de vida de los controladores aéreos.

El artículo 8° del Decreto 2090 de 2003 manifiesta que:

"El régimen de pensiones especiales para las actividades de alto riesgo previstas en este decreto, solo cubrirá a los trabajadores vinculados a las mismas hasta el 31 de diciembre del año 2014[6]*.*

El límite de tiempo previsto en este artículo podrá ampliarlo, parcial o totalmente, el Gobierno Nacional hasta por 10 años más, previo concepto del Consejo Nacional de Riesgos Profesionales.

A partir de la fecha determinada en el inciso primero de este artículo o la determinada por el Gobierno Nacional de conformidad con lo establecido en el inciso anterior, quienes actualmente estén afiliados a las actividades que en el presente decreto se definen como alto riesgo, continuarán cobijados por el régimen especial de que trata este decreto. Los nuevos trabajadores, se afiliarán al Sistema General de Pensiones en los términos de la Ley 100 de 1993, la Ley 797 de 2003 y aquellas que las modifiquen o adicionen y sus respectivos reglamentos".

De lo anterior se infiere que el gobierno nacional es quien tiene la posibilidad y la autorización de ampliar prórroga del régimen especial hasta por 10 (diez) años, previo concepto del consejo nacional de riesgos profesionales.

---

1 http://www.banrep.gov.co/regimen/resoluciones/cp91.pdf

2 http://web.presidencia.gov.co/constitucion/index.pdf

3 http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2009/ley_1310_2009.html

4 http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14033

5 http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14033

6 Subrayado fuera del texto, ver el decreto completo en http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/decreto/2003/decreto_2090_2003.html

IV. PROPOSICIÓN

A las directivas de la mesa propongo que se dé archivo a la presente iniciativa legislativa, al **Proyecto de ley número 90 de 2012 Senado,** *por la cual se establece el régimen de pensión de vejez por alto riesgo para los Controladores de Tránsito Aéreo de la Aeronáutica Civil.*

Atentamente,

Eduardo Carlos Merlano,
Senador de la República.

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá D. C., a los dieciséis (16) días del mes de octubre año dos mil doce (2012). En la presente fecha se autoriza la **publicación en la *Gaceta del Congreso*,** el informe de ponencia para primer debate, en seis (6) folios, **al Proyecto de ley número 90 de 2012 Senado**, *por la cual se establece el régimen de pensión de vejez por alto riesgo para los Controladores de Tránsito Aéreo de la Aeronáutica Civil*. Autoría del proyecto de ley del honorable Senador *Juan Carlos Vélez Uribe*.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

NOTA SECRETARIAL

El presente informe de ponencia para primer debate, que se ordena publicar, con proposición de *ARCHIVO*, solamente está refrendado por el honorable Senador *Eduardo Carlos Merlano Morales*, en su calidad de ponente. La honorable Senadora *Liliana María Rendón Roldán*, no refrendó el presente informe de ponencia.

El Secretario,

Jesús María España Vergara.

CONTENIDO

Gaceta número 723 - Miércoles, 24 de octubre de 2012

Págs.

SENADO DE LA REPÚBLICA

PONENCIAS

Informe de ponencia para primer debate y Texto propuesto al Proyecto de ley número 135 de 2012 Cámara, 119 de 2012 Senado, por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de alguno recursos del sector salud, Proyecto de ley 106 de 2012 Senado, por medio de la cual se adoptan medidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para mejorar el flujo de recursos y se dictan otras disposiciones. 1

Informe de ponencia para primer debate, Pliego de modificaciones y Texto propuesto al Proyecto de ley número 135 de 2012 Cámara, 119 de 2012 Senado, por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del sector salud, acumulado con el Proyecto de ley número 106 de 2012 Senado, por medio de la cual se adoptan medidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para mejorar el flujo de recursos y se dictan otras disposiciones. 10

Informe de ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 90 de 2012 Senado, por la cual se establece el régimen de pensión de vejez por alto riesgo para los Controladores de Tránsito Aéreo de la Aeronáutica Civil. 26

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - 2012