



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

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

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXII - N° 110

Bogotá, D. C., miércoles, 20 de marzo de 2013

EDICIÓN DE 20 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
 SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
 www.secretariasenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
 SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
 www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 247 DE 2013 CÁMARA

por la cual se adiciona el numeral 5 del artículo 192 del Decreto número 663 de 1993.

El Congreso de la República

DECRETA:

Artículo 1°. Adiciónese el numeral 5 del artículo 192 del Decreto número 663 de 1993, adicionado por el artículo 244, numeral 1 de la Ley 100 de 1993, el cual quedará así:

Artículo 192. ...

5. Las Compañías Aseguradoras que operan el seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, destinarán el 3.0 por ciento de las primas que recauden anualmente a la constitución de un fondo administrado por ellas para la realización conjunta de campañas de prevención vial nacional, en coordinación con las entidades estatales que adelanten programas en tal sentido.

Las campañas de prevención vial nacional comprenden todas aquellas actividades, servicios, insumos, obras y demás labores que tiendan a prevenir la siniestralidad vinculada con el tráfico vehicular.

Artículo 2°. Vigencia. Esta ley rige desde la fecha de su promulgación y deroga las disposiciones que le sean contrarias.

Juan Lozano Ramírez,
 Senador de la República.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El fin de la presente disposición es el de aclarar el alcance dado por el Legislador al Numeral 5 del artículo 192 del Decreto número 663 de 1993, adicionado por el artículo 244, numeral 1 de la Ley 100 de 1993, en virtud a la facultad que tiene el

legislador para precisar el sentido de una ley, que como en el caso presentado pueda dar alguna interpretación distinta al espíritu legislativo.

Esto se conoce como interpretación auténtica, que se define como “la realizada por el propio autor de la norma; se dice también que es la efectuada por el legislador o, mejor dicho, por el poder legislativo, en el entendimiento de que este es el autor de la norma y de allí que a esta interpretación se le denomine también “interpretación legislativa”¹.

Al respecto, establece el Código Civil en su artículo 25:

Artículo 25. Interpretación por el legislador. La interpretación que se hace para fijar el sentido de una ley oscura, de una manera general, corresponde al legislador.

Este artículo fue objeto de una demanda ante la Corte Constitucional, la cual, en Sentencia C-820 de 2006 lo declaró exequible, aclarando que la Corte también goza de esta facultad. Sobre la interpretación auténtica, expresó:

“la interpretación legislativa con autoridad, regulada en el artículo 25 del Código Civil, es la realizada por el mismo órgano que legisla para aclarar o precisar el alcance de la ley...”

(...)

A pesar de que la doctrina hubiere discernido sobre la hermenéutica del artículo 25 del Código Civil, ello no significa que se hubiese desconocido o desplazado al legislador como intérprete..., pues esa facultad no solamente es indiscutible sino inevitable, en tanto que, como lo advertía el profesor Gómez Duque, “la obligatoriedad de la interpretación no lo fija la norma interpretativa sino el carácter general y vinculante de la ley”.

¹ Franco de la Cuba, Carlos Miguel. *La Interpretación de la Norma Jurídica*. En: <http://www.elprisma.com/apuntes/derecho/interpretaciondelanormajuridica/default.asp>

Efectivamente, la facultad legislativa para interpretar la ley es evidente en el artículo 150 de la Constitución al disponer, como primera de las funciones asignadas al Congreso de la República al hacer las leyes, la de “interpretar, reformar y derogar las leyes”. Luego, es indiscutible que el legislador tiene a su cargo la tarea interpretativa de la ley”².

Dicha facultad interpretativa se extiende a la posibilidad de adicionar un inciso a un texto aunque el mismo no sea necesariamente oscuro, sino que resulta aconsejable, como en el caso que nos ocupa, hacer explícitos alcances intuidos o pretendidos por el legislador original cuando no los hubiere incorporado expresamente al texto inicial.

Ahora bien, con base en lo anterior, en las disposiciones aprobadas a través de la Ley 100 de 1993 se estableció la necesidad de modificar el Decreto número 663 de 1993, adicionando el párrafo 5° a su artículo 192, en el sentido de crear un fondo administrado por las compañías aseguradoras que suministren seguros obligatorios, nutrido con el 3% de las primas recaudadas. El texto es el siguiente:

*“Las compañías aseguradoras que operen el seguro obligatorio de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, deben destinar el 3% de las primas que recauden anualmente a la constitución de un fondo administrado por ellas para la realización conjunta de **campañas de prevención vial nacional**, en coordinación con las entidades estatales que adelanten programas en tal sentido”.*

La fuente de ingresos del Fondo radica en la venta del Seguro Obligatorio creado mediante la Ley 33 de 1986, para garantizar los recursos necesarios para la atención de accidentes de tránsito. Con la adición del numeral 5 al Decreto número 663 de 1993 se dio un gran paso a la interpretación de atención de víctimas de accidentes, puesto que se avanzó hacia una idea más general que respondió a una necesidad de prevención.

La necesidad de la creación de este Fondo era latente dada la importancia que tenía y aun hoy tiene la prevención como herramienta imprescindible en la disminución de los accidentes vehiculares.

En efecto, se entendió que un fundamento importante para disminuir la accidentalidad se basaba en la educación de los sujetos en comportamientos responsables, tanto en el campo peatonal como en el vehicular, por ello la formación en valores, hábitos, actitudes y habilidades son factores importantes para crear un ambiente vehicular sano.

Con base en lo anterior, el presente proyecto de ley pretende reiterar la necesidad de entender que las actuaciones preventivas deben incluir la posibilidad de transmitir a los ciudadanos valores

y actitudes adecuados que permitan tener una disciplina clara de prevención, que redundara en una gran disminución de la accidentalidad en el país.

Para ello, aunque entendemos que el artículo transcrito, aprobado por el Congreso de la República comparte una filosofía general de prevención, y que los asuntos materia de la adición aquí propuesta están incluidos hoy dentro del numeral 5 ibídem hoy vigente, es necesario que la norma faculte ampliamente y de manera expresa al Fondo para realizar todas aquellas actividades que le permitan efectuar una prevención eficiente y eficaz, lo cual no se puede desempeñar con idoneidad en la medida en que esta quede restringida a conceptos meramente publicitarios, dejando por fuera programas, estudios específicos, educación, formación, concientización, apoyo profesional, conocimientos determinados, etc., en materia de prevención de la accidentalidad.

En este sentido, el Fondo de Prevención Vial se muestra como una entidad *“enfocada en proteger la vida de los actores de la vía mediante un trabajo integral en prevención. Busca monitorear, estudiar y entender la siniestralidad vial en Colombia en materia de infraestructura, equipos y vehículos, comportamiento humano e institucionalidad”³.*

Al respecto, estudios académicos coinciden en que la base sustancial de la prevención radica en la educación ciudadana, tarea que no se puede desarrollar sólo con actividades publicitarias, pues esta se debe combinar con estudios, talleres y demás acciones que permitan tener una visión integral de prevención, por lo tanto consideramos que la obra del Fondo de Prevención Vial va más allá de una comunicación fluida.

Juan Lozano Ramírez,

Senador de la República.

CÁMARA DE REPRESENTANTES
SECRETARÍA GENERAL

El día 18 de marzo del año 2013 ha sido presentado en este despacho el Proyecto de ley número 247, con su correspondiente exposición de motivos, por el honorable Senador *Juan Lozano Ramírez*.

El Secretario General,

Jorge Humberto Mantilla Serrano.

* * *

PROYECTO DE LEY NÚMERO 248 DE 2013
CÁMARA

por la cual se redefine el Sistema Integral de Seguridad Social en Salud.

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene por objeto modificar las condiciones del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud a fin de re-

² Corte Constitucional. Sentencia C-820 de 2006. M. P.: Marco Gerardo Monroy Cabra.

³ ¿Quiénes somos? Fondo de Prevención Vial. - http://www.fpv.org.co/quienes_somos

definir su funcionamiento, eliminar la función de aseguramiento a cargo de entidades particulares, garantizar el acceso, la oportunidad y la calidad en la atención en salud, modernizar la estructura de rectoría y la defensa del derecho a la salud, para que sin modificar la orientación y principios vigentes del sistema, se adopten los correctivos para garantizar la sostenibilidad del mismo.

Artículo 2°. *Derecho a la salud.* Todos los habitantes del territorio nacional tienen derecho a las prestaciones de salud, en la forma que las leyes y reglamentos especiales determinen y el deber de autocuidado y conservación de su salud y de su familia.

Artículo 3°. *Naturaleza del derecho.* El derecho de acceso a los servicios de salud de contenido prestacional, progresivo y programático es fundamental y su realización es uno de los fines esenciales del Estado.

La salud es un derecho fundamental irrenunciable. Su prestación corresponde a un servicio público de carácter esencial y obligatorio que se ejecuta bajo la dirección, coordinación y control del Estado.

El derecho de acceso a los servicios de salud no es absoluto ni indefinido en su contenido.

Las prestaciones mediante las cuales se materializa el derecho son de carácter asistencial y económico y se definen por el régimen jurídico del servicio público correspondiente.

Las prestaciones que lo realizan serán definidas en un plan de beneficios, adoptado por decisiones de las autoridades públicas competentes para regular el servicio de salud, con el cual se cubrirán las necesidades de atención de la población según su perfil epidemiológico y conforme los parámetros de suficiencia, pertinencia y de tecnología media, para la asignación eficiente de los recursos disponibles.

La decisión sobre las prestaciones asistenciales que dentro del Sistema de Seguridad Social en salud procedan en el caso particular, corresponderá al profesional responsable de la atención.

Las atenciones en el sistema de salud pública se definirán conforme al plan nacional, por las autoridades nacionales y locales competentes.

Artículo 4°. *Obligaciones en salud.* El Estado es responsable del servicio público esencial de salud. Como tal asume las obligaciones de respetar, proteger y cumplir con las acciones necesarias para el ejercicio del derecho.

El Estado debe fijar las políticas públicas que garanticen el goce efectivo del derecho.

En su prestación y agencia podrán concurrir entidades públicas, privadas, mixtas o solidarias, conforme lo defina la ley.

Las personas son responsables del cuidado integral de su salud y de mantener las condiciones adecuadas para el mantenimiento de la salud pública.

Las personas asumen obligaciones y responsabilidades en el sistema de salud y se comprometen a cumplirlas como factor esencial para el buen desarrollo del mismo.

Las entidades administradoras de servicios del servicio de salud en sus diferentes procesos, son responsables de su prestación oportuna y cabal y como tal asumen las consecuencias jurídicas de su gestión.

Parágrafo. En los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales el gasto público social en salud tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación.

Artículo 5°. *Principios.* El servicio público de atención en salud se rige específicamente por los siguientes principios, en armonía con las prescripciones particulares que sobre ellos incorpore el ordenamiento jurídico:

a) Solidaridad. Entendido como la mutua ayuda entre los actores y beneficiarios del sistema y la orientación del mismo hacia la atención de los requerimientos de salud de los más necesitados;

b) Integralidad. En tanto el servicio propende por la ejecución de las prestaciones diversas que se requieran para impactar favorablemente en el bienestar de las personas;

c) Pertinencia. Consistente en la coherencia entre las prestaciones decretadas y las necesidades de salud de los beneficiarios;

d) Oportunidad. En cuanto las prestaciones deben suministrarse en el momento y en las condiciones requeridas para lograr el fin del sistema;

e) Sustentabilidad científica. En la medida que las prestaciones asistenciales deben estar soportadas en criterios científicos y sustentadas en guías y protocolos conforme la buena práctica profesional, y ajustarse a las necesidades particulares del usuario;

f) Justicia. El reconocimiento de las prestaciones de salud adecuadas se debe garantizar a quien las necesita, sin discriminación alguna;

g) Equidad. La definición de la política pública de salud debe considerar las necesidades y recursos existentes, propendiendo por aplicar las posibilidades de intervención y las tecnologías medias disponibles en el país que permitan la participación del mayor número de beneficiarios posibles, evitando concentraciones injustas en pocas personas;

h) Sostenibilidad financiera. La definición de la política pública en salud y de los criterios de operación del modelo a través del cual se ejecuta el servicio, deben consultar a criterios de sustentabilidad en el tiempo, en el marco de la política social y económica dentro del Sistema de Seguridad Social y de los servicios sociales del Estado;

i) Suficiencia. Las prestaciones corresponderán a las necesidades que razonablemente defina el

responsable en relación con el usuario y que guarden armonía con los criterios científicos y de práctica médica aplicables.

Artículo 6°. *Comisión de Seguimiento y Participación Ciudadana.* Se crea la Comisión de Seguimiento al Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, como órgano consultivo y asesor del Gobierno Nacional en lo atinente a la aplicación de la presente ley y a la operación del sistema de salud.

Dicha Comisión rendirá informe anual al Presidente de la República sobre la garantía y efectividad del derecho de acceso a los servicios de salud y conceptuará a las autoridades públicas sobre las materias de su competencia.

La Comisión estará integrada por tres (3) miembros designados por el Presidente de la República, para períodos de cuatro (4) años.

La Comisión tendrá a su cargo el establecimiento de un sistema de seguimiento participativo, mediante el cual se atenderán las opiniones y sugerencias de los usuarios y de las personas en general sobre la efectividad del derecho de acceso a los servicios de salud.

Parágrafo. El Gobierno Nacional reglamentará la organización y el funcionamiento de esta Comisión, la cual tendrá el carácter de ad hoc.

CAPÍTULO II

Derechos de los beneficiarios del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud

Artículo 7°. *Condiciones de acceso a los servicios de salud.* El Gobierno Nacional definirá las condiciones para que los usuarios accedan a las coberturas de beneficios, señalando entre ellas las relacionadas con tiempos mínimos de afiliación o cotización o demás relacionadas.

Cuando las circunstancias excepcionales exijan el reconocimiento de prestaciones sin el cumplimiento de los requisitos o condiciones mínimas definidas por la ley, el organismo técnico-científico o el juez en su defecto, podrán autorizar las coberturas del caso, surtiéndose el mismo procedimiento de manejo y esquema de financiación que el contemplado para el caso de los beneficios por fuera del plan único de salud.

Artículo 8°. *Derecho a la atención de urgencias.* Todas las personas tienen derecho a la atención plena de la urgencia en salud por parte de todas las instituciones prestadoras, sin que sea admisible oponerle incumplimiento de requisitos o consideraciones económicas.

La Superintendencia Nacional de Salud impondrá multas sucesivas hasta por diez mil salarios mínimos mensuales legales vigentes a las instituciones prestadoras de servicios de salud que desconozcan la obligación aquí prevista, sin perjuicio de las demás consecuencias jurídicas que se deriven del incumplimiento de dicha obligación.

Parágrafo. El costo de los servicios de la atención inicial de urgencias será pagada por el SOAT

cuando se trate de accidente de tránsito y por Colombia Salud o por la ARL según el origen del evento.

Artículo 9°. *Derecho a la atención básica gratuita.* Se reconoce el derecho a la atención básica en salud pública de carácter gratuito para todos los colombianos, por lo que el sistema definirá los componentes que con tal carácter no implicarán costo alguno para los usuarios.

Estos servicios estarán a cargo de los entes territoriales y se financiarán de conformidad con lo dispuesto por la Ley 715 de 2001.

Artículo 10. *Derecho de acceso a los servicios de salud.* Toda persona tiene derecho a afiliarse al Sistema Integral de Seguridad Social en Salud y a participar en los servicios de salud pública.

El Estado ni los administradores de servicios del sistema podrán exigir requisitos no razonables o imponer condicionamientos ni aplicar criterios de discriminación para el acceso a los servicios de salud.

La cobertura básica del plan de beneficios será única y no podrá discriminar entre regímenes ni considerar la distinta capacidad de pago para definir el acceso a servicios de salud.

Parágrafo. No se podrán adoptar nuevos regímenes especiales de salud. Las disposiciones normativas o los acuerdos de derecho laboral colectivo que se adopten para generar coberturas más allá del plan único de beneficios en salud o en beneficio de ciertos sectores poblacionales, se financiarán con recursos especiales y se manejarán bajo la modalidad de planes adicionales.

Artículo 11. *Derecho de libre elección.* Se garantiza el derecho a la libre elección de la entidad administradora de servicios y de la prestadora de los servicios de salud, dentro de los términos que defina la ley.

Artículo 12. *Derecho a la información y al consentimiento informado.* Se garantiza el derecho a la información simple, inteligible y leal para el usuario del servicio de salud en todas sus manifestaciones es y sin restricción alguna. Este podrá acceder en cualquier momento, lo mismo que quien ejerza su representación legal, a toda información relacionada con su situación administrativa o médica en relación con el sistema de salud.

La ley regulará el ejercicio del derecho al consentimiento informado, bajo el principio en virtud del cual el paciente será informado adecuada y completamente sobre su situación de salud, los procedimientos a seguir, el diagnóstico y los efectos deseados y no deseados previsibles de la intervención médica, permitiéndole decidir directamente o a través de su representante sobre la continuidad de la atención.

El derecho al consentimiento informado y la decisión personal sobre el manejo médico, no serán oponibles en caso de manejo de urgencias vita-

les ni podrán dar lugar a terminación voluntaria de la vida o colocar en riesgo el desarrollo ni la vida de menores de edad.

Artículo 13. *Protección del derecho de acceso a los servicios de salud no incluidos en el plan único de beneficios por medio de acción de tutela.* La acción de tutela procede para garantizar el acceso a los servicios de salud no incluidos en el plan único de beneficios cuando se presenten los siguientes supuestos:

- a) El beneficio no está expresamente incluido en el plan y es necesario;
- b) La falta del servicio médico vulnera o amenaza los derechos a la vida, a la salud y a la integridad personal del usuario;
- c) El beneficio no puede ser sustituido por otro incluido en el plan único de beneficios;
- d) El usuario no tiene la capacidad económica para costear su prestación ni cuenta con un plan de beneficios adicional que lo cubra;
- e) Fue ordenado por el médico o profesional tratante dentro de la red de servicios o excepcionalmente por fuera de esta, cuando haya circunstancia justificativa para el caso;
- f) El beneficio fue solicitado previamente a la entidad responsable y esta lo negó o se ha tardado injustificadamente en reconocerle efectivamente o no ha aplicado el procedimiento técnico-científico para su autorización.

Parágrafo. Los gastos que no sean considerados de salud por cuanto no se clasifican como procedimiento, insumo, medicamentos o intervención, reconocidos mediante fallo de tutela como parte integral de la atención, serán asumidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público con cargo a un fondo especial que se cree para tal efecto.

Artículo 14. *Eliminación de barreras de acceso y principios para los pagos moderadores.* El Estado y los responsables de la operación y prestación del servicio de salud no podrán imponer barreras o restricciones de ninguna clase para el acceso a los servicios de salud.

Los pagos moderadores deberán establecerse con base en los principios de razonabilidad y pertinencia.

Los pagos moderadores para quienes no tienen la capacidad económica suficiente no pueden constituir barrera de acceso.

El Gobierno Nacional definirá los mecanismos para la financiación total o parcial de dichos pagos en el caso de personas sin capacidad económica debidamente acreditada.

En ningún caso podrá crearse ni ordenarse pagos moderadores para los servicios de urgencias, promoción y prevención, control en atención materno infantil, control en atención de enfermedades transmisibles y enfermedades de alto costo.

CAPÍTULO III

Función de aseguramiento en salud

Artículo 15. *Modelo del servicio.* El modelo de salud deberá aplicar las siguientes condiciones:

- a) La rectoría y dirección está a cargo del Estado y es indelegable;
 - b) La cobertura será universal y obligatoria;
 - c) Se mantendrán las modalidades de financiación contributiva y subsidiada bajo las mismas condiciones existentes en la ley;
 - d) Habrá un único plan integral de beneficios en salud tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado que reemplazará el plan obligatorio de salud, se eliminará el No POS y se determinará una lista de exclusiones la cual será definida por el Ministerio de Salud y Protección Social;
 - e) El Sistema de Seguridad Social en Salud se basa en un modelo de aseguramiento público;
 - f) La administración y prestación del modelo de seguridad social en salud podrá ser ejecutada por entidades públicas, privadas, solidarias o mixtas;
 - g) El modelo de seguridad social en salud aplicará obligatoriamente la estrategia de atención primaria en salud fundamentada en el desarrollo de programas y acciones eficientes donde el énfasis en la atención se basará en la medicina familiar y sobre un modelo de atención integral al paciente;
 - h) Se deberá garantizar la calidad de los servicios de aseguramiento y prestación los cuales estarán sujetos a especial vigilancia;
 - i) Se creará el modelo de atención integral para las enfermedades de alto costo dándole prioridad y celeridad al tratamiento de las mismas desde el momento del diagnóstico. A partir de este, el inicio del tratamiento no podrá ser mayor a los treinta días siguientes. La atención de estos pacientes diagnosticados con enfermedades malignas o de alto costo se fundamentará en las guías de manejo y/o protocolos que sean definidos en consenso entre las Sociedades Científicas y el Ministerio de Salud y Protección Social;
 - j) Las prestaciones se reconocerán sin distinción de la condición personal o social, excepto las económicas que sólo se reconocerán en el régimen contributivo, y estarán determinadas por las necesidades de la población, la satisfacción del derecho humano a la salud y los recursos que se comprometan en el servicio;
 - k) Las prestaciones se revisarán y actualizarán periódicamente y a su reconocimiento se le aplicarán los principios de progresividad y no regresividad;
 - l) La financiación de la salud tendrá prioridad y comprometerá recursos fiscales, además de otros que puedan causarse y que se ordenen por la ley.
- El sistema definirá los mecanismos de seguimiento a su aplicación y los esquemas de auditoría aplicables a los diferentes componentes que lo integren.

De la misma manera, se establecerán mecanismos eficaces de seguimiento al perfil epidemiológico nacional y por regiones y esquemas de análisis actuarial con los que se soporten las decisiones que las autoridades públicas deben adoptar en la materia.

La adopción de normas en materia de política sobre el sector salud, respetará los principios y pautas sobre los que se estructure el modelo institucional del servicio, evitando distorsiones o ajustes parciales que conduzcan a la desconfiguración del mismo, sin perjuicio de la adopción por el legislador de reformas estructurales que en todo caso respeten las prescripciones de la presente ley.

Los usuarios que incumplan con las citas médicas serán objeto de sanción pedagógica por la primera inasistencia y en caso de reincidir, deberán pagar a título de sanción el valor de la correspondiente cita, salvo que se cancele por lo menos un día antes.

Artículo 16. Actores y roles dentro del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud. Los actores del Sistema Integral de Seguridad Social y sus roles serán los siguientes:

a) El Ministerio de Salud y Protección Social, el cual tendrá a su cargo la rectoría y regulación del sistema y el aseguramiento respecto de prestaciones no incluidas dentro del plan integral de beneficios;

b) El asegurador público que se establezca, el cual tendrá a su cargo la afiliación, la gestión de los riesgos financieros y el pago por la prestación de los servicios a los beneficiarios;

c) Los administradores de servicios de salud, quienes serán responsables de la administración de los servicios dentro del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud y de las redes de prestación, en calidad de líderes de red y gestores de la atención primaria en salud;

d) Los entes territoriales, secretarías de salud departamentales, distritales y municipales quienes tendrán a su cargo la cofinanciación del sistema integral de seguridad social, la ejecución de los programas y actividades de salud pública y el impulso a la estrategia de atención primaria en salud;

e) La Superintendencia Nacional de Salud, como ente responsable del ejercicio de la inspección, vigilancia y control sobre el Sistema Integral de Seguridad Social en Salud.

Artículo 17. Aseguramiento público de salud. La función del aseguramiento en salud en Colombia corresponde en forma exclusiva al Estado, sin que pueda ser trasladada en forma alguna a particulares. Este la ejercerá por medio de las entidades públicas que cree al efecto conforme a las previsiones de la presente ley.

Parágrafo. El aseguramiento en salud podrá ejecutarse a través de la Compañía de Seguros Positiva S. A. si el Gobierno Nacional así lo determina, conforme a las condiciones que se definan

reglamentariamente o se hará a través de un fondo único denominado Colombia Salud con autonomía financiera y administrativa adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social. Este fondo asume la función de asegurador y pagador de los servicios de salud. El recaudo se seguirá efectuando a través de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA).

Parágrafo. Al iniciar la vida jurídica del nuevo Fondo Único, automáticamente se elimina el Fosyga.

Artículo 18. Gestión del riesgo en salud. La gestión del riesgo en salud será asumida por el asegurador bajo la modalidad de patrimonio autónomo, con independencia administrativa, contable y financiera, para la ejecución de sus funciones en esa materia.

El gestor del riesgo tendrá a su cargo el aseguramiento en salud, la administración de recursos y el reconocimiento de las prestaciones definidas en el plan de beneficios.

Artículo 19. Administradores de Servicios de Salud (ADSS). El asegurador del riesgo en salud actuará a través de administradores de servicios de salud con quienes contratará la administración del plan de beneficios y cuyas funciones serán las siguientes:

a) Manejo a nombre del asegurador de la afiliación de la población a su cargo, así como de las novedades y retiros de la misma;

b) Administración y contratación de la red de prestadores de servicios de salud requerida para la atención de los beneficiarios del servicio público de salud;

c) Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Para ello podrán aplicar mecanismos de medición e indicadores de gestión;

d) Soporte para el desarrollo de la política pública en materia de promoción y prevención de la salud y control a los determinantes sociales de la salud;

e) Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la seguridad social;

f) Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados puedan acceder a los servicios de salud en el ámbito territorial definido en la presente ley;

g) Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia y garantizar la prestación a nivel nacional;

h) Garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, a través de acuerdos con prestadores de servicios y otros administradores de servicios. Los administradores de servicios de

salud podrán ofrecer los planes de beneficios en los dos regímenes, preservando los atributos de continuidad, longitudinalidad, integralidad, y adscripción individual y familiar a los equipos básicos de salud y redes integradas de servicios;

i) El acceso a la atención de salud será sólo a través del registro civil, tarjeta de identidad o cédula de ciudadanía;

j) Administrar a nombre del asegurador el riesgo en salud de la población a su cargo, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad, garantizando la atención de las personas que padezcan enfermedades de alto costo;

k) Gestionar y coordinar la oferta de servicios de salud a través de la contratación con Instituciones Prestadoras y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas para racionalizar los costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud;

l) Organizar facultativamente la prestación de planes complementarios.

Parágrafo. Las cajas de compensación familiar según lo disponga el reglamento, podrán actuar como Administradores de Servicios de Salud (ADSS). En este caso su operación se dará a través de patrimonios autónomos, con responsabilidades y organización propias y diferentes a las de su gestión institucional propia.

Artículo 20. *Naturaleza de los administradores de servicios de salud.* Las anteriores entidades promotoras de salud habilitadas podrán continuar operando en condición de administradores de servicios de salud a nombre del Estado asegurador, en forma de entidades públicas, privadas, mixtas o solidarias.

Artículo 21. *Responsabilidad de los administradores de servicios de salud.* El administrador de servicios de salud no será intermediario financiero. En ningún caso tendrá obligaciones económicas a su cargo derivadas del reconocimiento de servicios de salud a su población. Las diferencias económicas que surjan con ocasión de la prestación de servicios de salud, serán resueltas entre el prestador y el asegurador directamente.

Parágrafo. El Gobierno Nacional actualizará y adoptará las disposiciones administrativas necesarias para definir el régimen de autorización de funcionamiento, contratación, seguimiento y auditoría, comisiones y funciones de los administradores de servicios de salud.

Artículo 22. *Territorialidad de los administradores de servicios de salud.* El asegurador y los administradores de servicios podrán celebrar convenios con otros administradores de servicios para garantizar la prestación de los servicios de salud de su población en todo el territorio nacional.

Artículo 23. *Contratación de los servicios de administración.* El asegurador contratará conforme al derecho privado, los servicios de administración que requiera la operación del Sistema de Seguridad Social en Salud con las entidades administradoras de servicios de salud.

Artículo 24. *Pago por los servicios de administración a cargo de los administradores de servicios de salud.* Los administradores de servicios de salud percibirán por los servicios de administración prestados dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud una comisión.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las condiciones y monto de dicha comisión, la cual no podrá ser en todo caso superior al ocho por ciento (8%) de los recursos que se entreguen para su administración por parte del asegurador.

Parágrafo. Los Administradores de Servicios de Salud (ADSS) podrán recibir incentivos económicos de acuerdo a su gestión en salud y se fundamentarán en la organización de la red de servicios, el acceso y la calidad de atención de los usuarios, la racionalidad de los costos y los indicadores positivos en el mantenimiento de la salud de la población a su cargo.

El Ministerio de Salud y Protección Social definirá el porcentaje de dichos incentivos para los administradores de servicios de salud.

Artículo 25. *Principios sobre la financiación del sistema de salud.* El Sistema de Salud Público y de Seguridad Social en Salud se financiará por medio de contribuciones y de recursos fiscales, así como por las multas y tasas que disponga la ley y los demás recursos que arbitre esta, tales como los provenientes de remesas internacionales, donaciones o producto de excedentes de operaciones del Estado.

En los términos del artículo 48 de la Constitución Política, las rentas con destinación al servicio de salud no podrán ser destinadas a fines diferentes y sobre ellas no podrán establecerse gravámenes o afectaciones que disminuyan el haber del sistema.

Para facilitar la administración de los recursos y el flujo de los mismos, se establecerá un esquema de haber común o fondo público para el aseguramiento universal, que será administrado fiduciariamente por el Estado y a cuyo cargo se ejecutarán las actividades del sistema, los giros y pagos por los servicios a los responsables conforme al modelo adoptado.

El Gobierno Nacional definirá los montos y fórmulas de distribución de los aportes y establecerá los esquemas de cotización parcial temporal. Se dispondrá un régimen especial de aportes para trabajadores independientes e informales, en el cual se incluirá la posibilidad de aplicar subsidios del Estado para pago de cotizaciones parciales y de estímulos para el pago compartido por parte de los contratantes.

Artículo 26. *Contratación de los servicios de administración a cargo de los administradores de*

servicios de salud. El Estado, a través del Ministerio de Salud y Protección Social contratará los servicios de administración que requiera la operación del Sistema de Seguridad Social en Salud con los administradores de servicios de salud habilitados conforme a las reglas que defina el Gobierno Nacional.

Artículo 27. *Conformación de redes y contratación de prestadores de los servicios de salud.* Los administradores de servicios de salud a nombre del asegurador, conformarán redes con cobertura nacional y garantizando la plena atención de los beneficiarios en los distintos niveles, mediante esquemas de referencia y contrarreferencia. Para ello seleccionarán y contratarán las instituciones prestadoras de salud y prestadores que se requieran.

Los prestadores de salud actuarán bajo criterios de redes de atención y asegurarán la cobertura integral e ininterrumpida de los beneficiarios.

CAPÍTULO IV

Condiciones de la afiliación al Sistema Integral de Seguridad Social en Salud

Artículo 28. *Afiliación universal.* Todas las personas residentes en Colombia estarán afiliadas al Sistema Integral de Seguridad Social. El Gobierno Nacional reglamentará los procedimientos y mecanismos para garantizar la universalidad de la afiliación.

Artículo 29. *Vinculación única al Sistema Integral de Seguridad Social en Salud.* Los residentes en Colombia harán parte del sistema tanto en la modalidad contributiva como en la modalidad subsidiada, las cuales tendrán efectos en lo atinente al esquema y a las fuentes de financiación del sistema y al reconocimiento de prestaciones económicas, exclusivamente.

Artículo 30. *Afiliación nacional.* Como derecho humano, el acceso a los servicios de salud se reconoce como tal en todo el orden nacional sin consideración a la ubicación territorial de la persona o a su estado o condición socioeconómica.

Las entidades territoriales concurrirán con la Nación a la financiación del sistema integral de seguridad social en las condiciones que el ordenamiento jurídico determine.

CAPÍTULO V

Rectoría y responsabilidades dentro del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud

Artículo 31. *Rectoría del Sistema General de Seguridad Social en Salud.* La regulación, la dirección, y la inspección, vigilancia y control del sistema están a cargo del Estado. La Responsabilidad de la rectoría del Sistema de Seguridad Social en Salud está radicada en el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual debe emitir la regulación a la que estará sujeto el Sistema de Seguridad Social en Salud.

Artículo 32. *Indelegabilidad de la dirección del sistema.* La rectoría del Sistema de Seguridad

Social en Salud es indelegable. El Ministerio de Salud y Protección Social debe emitir los lineamientos sobre los que se desarrolla la estructura del Sistema de Seguridad Social en Salud, a través de la reglamentación que expida para tal efecto.

Le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social fijar las políticas públicas encaminadas a dar cumplimiento a los principios que rigen el funcionamiento del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud atendiendo sus bases y finalidad.

CAPÍTULO VI

Prestación de los servicios de salud

Artículo 33. *Responsabilidades.* La prestación de los servicios de salud estará a cargo de entidades que pueden tener carácter público, privado, o mixto, y tendrán bajo su responsabilidad la atención de los beneficiarios del servicio integral de seguridad social en salud en Colombia.

Artículo 34. *Condiciones de funcionamiento de los prestadores de servicios de salud.* El Ministerio de Salud y Protección Social definirá las condiciones para la operación y habilitación de los prestadores de servicios de salud y dispondrá las medidas para el reconocimiento de los permisos y autorizaciones a que haya lugar, los cuales concederá de manera directa o por conducto de las secretarías departamentales y distritales de salud.

Artículo 35. *Redes.* La prestación de los servicios de salud constituye la razón de ser del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud y se ejecutará bajo el criterio de redes integrales de atención. En el campo del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud ningún prestador podrá operar sin hacer parte de una red organizada de servicios de salud.

Artículo 36. *Organización de las redes de servicios de salud.* La organización de las redes de servicios de salud se regirá conforme el derecho privado y las disposiciones que adopten las instituciones y/o personas que las integren.

Artículo 37. *Contratación de los servicios de salud.* Los administradores de servicios de salud contratarán los servicios de las redes en todo el territorio nacional, rigiéndose por normas de derecho privado y serán responsables administrativos de la provisión de la atención a los beneficiarios del sistema.

Artículo 38. *Cobro y pago de los servicios de salud.* Los prestadores de servicios de salud facturarán los servicios que presten a los beneficiarios del sistema al asegurador, por conducto de los administradores de servicios de salud con quien tengan contrato.

Los administradores de servicios deberán realizar la evaluación y la auditoría para el pago de los servicios prestados dentro de los treinta (30) días corrientes posteriores a la radicación de las facturas y remitirlas en forma oportuna al asegurador para que se gestione el pago.

En caso de glosa el prestador formulará las correcciones u observaciones del caso en el término de quince (15) días y el administrador de servicios de salud procederá a la autorización o rechazo definitivo de la cuenta dentro de los quince (15) días posteriores a la radicación de respuesta a la glosa.

Si persistiere total o parcialmente la diferencia por la cuenta glosada, los prestadores y el administrador de servicios resolverán sus diferencias ante la Superintendencia Nacional de Salud y/o la Jurisdicción de la Protección Social.

Artículo 39. *Reglamentación de la contratación de los servicios de salud.* El Gobierno Nacional reglamentará la contratación de los servicios de salud.

CAPÍTULO VII

Atención Primaria en Salud

Artículo 40. *Orientación a la atención primaria en salud.* Conforme lo dispuesto por la Ley 1438 de 2011, las redes de prestación de servicios de salud, los administradores de servicios de salud y el asegurador del servicio público de salud, ordenarán sus funciones y actuaciones conforme las orientaciones de la atención primaria en salud, los criterios de intersectorialidad e integralidad y el manejo de los condicionantes sociales de la salud.

Artículo 41. *Responsabilidades de los administradores de servicios de salud en materia de atención primaria en salud.* Los administradores de servicios de salud actuarán como líderes para la ejecución de la estrategia de atención primaria en salud y serán operadores administrativos de su desarrollo. Para ello coordinarán sus actividades con las autoridades de salud del orden departamental, distrital y municipal, quienes serán los responsables en sus correspondientes jurisdicciones del manejo de la atención primaria en salud bajo la rectoría y responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social.

En desarrollo de tales responsabilidades, los administradores de servicios de salud asumirán los siguientes compromisos:

1. Articular las acciones y programas de la red de atención con las estrategias y programas de salud pública e intervenciones colectivas.
2. Promover la gestión intersectorial para asegurar la obtención de resultados en salud.
3. Formular recomendaciones para el diseño y ejecución de la política pública en materia de salud.
4. Adoptar los esquemas de operación que se requieran para asegurar la aplicación de los postulados de la atención primaria en salud en la prestación de los servicios.
5. Realizar actividades de inducción de demanda, promoción de servicios, orientación y acompañamiento a los beneficiarios.

CAPÍTULO VIII

Prestación de servicios por fuera del plan integral de beneficios

Artículo 42. *Prestación de servicios por fuera del plan integral de beneficios.* Cuando a través de un fallo judicial o administrativo se ordene la realización de una prestación que sea exceptuada o no esté incluida en el plan integral de beneficios de salud, el prestador y/o la red del caso informará en forma inmediata y por medio electrónico preferiblemente, al asegurador. A partir de ese momento y en lo que respecta a las atenciones que correspondan directa y principalmente a los beneficios no incluidos en el plan integral, los prestadores cobrarán los servicios directamente al asegurador, previa auditoría del administrador, mediante el procedimiento y contra el fondo que el mismo establezca para el aseguramiento de tales coberturas de carácter excepcional.

Los administradores de servicios de salud no serán responsables por el reconocimiento ni pago de prestaciones por fuera del plan integral de beneficios.

El Gobierno Nacional reglamentará el procedimiento y condiciones para la prestación, cobro, seguimiento y control sobre tales atenciones.

Artículo 43. *Garantía de integralidad.* Los actores del sistema integral de seguridad social garantizarán el acceso, la continuidad del acceso, la oportunidad y la calidad en las prestaciones hasta la recuperación de la salud por parte del usuario.

Artículo 44. *Eliminación de los recobros.* A partir de la vigencia de la presente ley y conforme el régimen de transición, elimínense los recobros dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud. Las prestaciones por fuera del plan integral de beneficios serán atendidas conforme al procedimiento previsto en el presente Título.

CAPÍTULO IX

Disposiciones sobre operación en salud por cajas de compensación familiar

Artículo 45. *Autonomía y separación en la operación en aseguramiento/administración en salud de las cajas de compensación familiar.* A partir de la presente ley las cajas de compensación familiar que conforme al régimen de autorización vigente operen como entidades promotoras de salud en programas dentro de la propia personería jurídica, si continúan como administradores de servicios de salud, deberán constituir una unidad especializada de salud bajo la modalidad de patrimonio autónomo, con independencia administrativa, contable y financiera, para la ejecución de sus funciones en esa materia.

La unidad especializada de salud tendrá una administración propia e independiente y contará con los órganos de gobierno que se establezcan en el acto de conformación de la misma, el cual será registrado ante la Superintendencia Nacional de Salud.

La unidad especializada que se establezca en tanto esté vigente la aludida operación se registrará por las disposiciones aplicables a las entidades promotoras de salud. Lo mismo ocurrirá con los administradores y las responsabilidades a ellos atribuibles.

No podrán destinarse recursos del subsidio familiar a la financiación en forma alguna de la unidad especializada de salud de las cajas de compensación familiar que la requieran.

Parágrafo. Entiéndase reformados los estatutos de las cajas de compensación familiar que operen el servicio de aseguramiento/administración en salud en el sentido de establecer dicha unidad especializada.

CAPÍTULO X Política farmacéutica

Artículo 46. *Política farmacéutica nacional.* El Gobierno Nacional establecerá una política farmacéutica nacional programática integral en la que se identifiquen las estrategias, prioridades, mecanismos de financiación, adquisición, almacenamiento, distribución, metas y objetivos acorde con la política sanitaria.

Parágrafo 1°. La política farmacéutica que establezca el Gobierno debe acoger los principios rectores del Sistema de Seguridad Social y en especial los de calidad, equidad, uso racional de recursos, acceso efectivo y con calidad en todos los niveles de atención.

Parágrafo 2°. El Gobierno deberá actualizar cada año la política farmacéutica nacional con base en el principio de progresividad y propendiendo por la calidad de la asistencia.

CAPÍTULO XI

Jurisdicción de protección social

Artículo 47. *Creación de la jurisdicción especializada de protección social.* Créase la jurisdicción especializada de la protección social y la salud para conocer las controversias y solucionar los conflictos que se generen en razón del sistema de protección social, que se segregará de la jurisdicción laboral y de seguridad social.

Artículo 48. *Ámbito material de la jurisdicción de protección social.* La jurisdicción de protección social deberá asegurar, en beneficio de los interesados y del interés general, el sometimiento de los actores del sistema de protección social en todas las actuaciones que realizan en su condición de delegatarios del Estado y en uso de las prerrogativas que como tal le corresponden, a las normas y directrices impuestas a estos.

Artículo 49. *Procedimiento para la solución de controversias por pago de servicios en el Sistema Integral de Seguridad Social en Salud.* El legislador definirá un procedimiento expedito y sumario para la solución de las controversias que se causen entre el asegurador, los administradores

de servicios de salud y los prestadores con motivo de glosas a beneficios prestados y demás materias relacionadas.

Artículo 50. *Organización de la jurisdicción.* La jurisdicción de protección social estará integrada por juzgados de circuito especializados en seguridad social que serán competentes para conocer en primera instancia de los juicios de la protección social y en segunda instancia por el Tribunal Superior sala de la Protección Social.

Artículo 51. *Principios de la jurisdicción.* La jurisdicción de protección social se estructurará con sujeción a los principios propios de la protección social, entre ellos el de legalidad, *in dubio pro homine*, celeridad, oralidad, publicidad, imparcialidad, eficacia y eficiencia, los cuales se enmarcarán dentro de un proceso abreviado.

Artículo 52. *Especificidad de la prueba.* Cuando el debate se centre en temas de la salud de los usuarios del sistema y sea requerido un peritaje, este se realizará por la Comisión Pericial de Salud que será creada para estos efectos como auxiliar de la justicia y será nombrada por la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 53. *Facultades extraordinarias.* Confiéranse facultades extraordinarias al Gobierno Nacional para que en el término de seis (6) meses dicte normas con fuerza de ley en cuanto a la organización y el funcionamiento de la jurisdicción especializada de la protección social.

CAPÍTULO XII

Defensoría Pública de la Salud en Colombia

Artículo 54. *Creación de la Defensoría Pública de Salud en Colombia.* Dentro de la Defensoría del Pueblo establézcase como unidad especial la Defensoría Pública de Salud en Colombia, a cuyo cargo estarán todas las funciones referidas a la representación, asesoría, acompañamiento y orientación de los beneficiarios del servicio público de salud.

Créase el cargo del Defensor de la Salud dentro de la Defensoría del Pueblo, el cual tendrá el rango de defensor delegado.

La estructura y organización de la Defensoría Pública de Salud serán adoptadas conforme el régimen propio de la Defensoría del Pueblo y mediante reglamentación que expida el Gobierno Nacional.

Artículo 55. *Eliminación de la figura del defensor del usuario en salud.* Elimínase la figura del defensor del usuario en salud establecida por la Ley 1122 de 2007. Las funciones atribuidas a dicho defensor del usuario en salud corresponderán integralmente a la Defensoría Pública de Salud en Colombia.

Artículo 56. *Financiación de la Defensoría Pública de Salud en Colombia.* Sin perjuicio de los recursos que se asignen dentro de la Defensoría del Pueblo para la Defensoría Pública de Salud, los recursos establecidos por la Ley 1438 de 2011

con destino a la defensoría del usuario en salud y a cargo de las entidades promotoras de salud, asignarse a la financiación de la nueva unidad de la Defensoría del Pueblo que sustituye esta.

CAPÍTULO XIII

Saneamiento de cartera

Artículo 57. *Régimen de excepción para la conciliación de cartera entre prestadores y entidades promotoras de salud.* A partir de la vigencia de la presente ley y por el término de seis (6) meses dispóngase a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social el establecimiento de un procedimiento técnico de arbitramento cuyo objeto es depurar, conciliar y obtener el reconocimiento de la cartera efectiva entre los prestadores y las entidades promotoras de salud. Una vez obtenido este, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá los mecanismos y los tiempos para el pago a las instituciones prestadoras de salud públicas y privadas.

Artículo 58. *Régimen de excepción para la conciliación de cartera de recobros.* A partir de la vigencia de la presente ley y por el término de seis (6) meses dispóngase a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social el establecimiento de un procedimiento técnico de arbitramento cuyo objeto es depurar, conciliar y disponer los reconocimientos o reintegros en relación con los trámites de recobros ante el administrador de servicios fiduciario del Fosyga que hayan intentado las entidades promotoras de salud.

El Ministerio de Salud y Protección Social podrá constituir un consejo de arbitramento técnico para el cumplimiento del procedimiento, integrado por tres (3) personas de reconocida idoneidad, experiencia y honorabilidad y su labor se extenderá en tanto esté vigente el mecanismo técnico de conciliación adoptado por la presente ley.

El régimen del procedimiento de arbitramento técnico correspondiente será determinado por el Gobierno Nacional, el cual dispondrá la conformación de los equipos técnicos, jurídicos, de auditoría y administrativos necesarios para asumir los procedimientos que se tramiten y trasladará los recursos presupuestales que se requieran al efecto.

Parágrafo. Los recobros, cuentas en trámite y aquellas causadas antes de la entrada en vigencia del procedimiento técnico previsto en el presente artículo observarán el trámite establecido por las normas vigentes que rigen la materia.

Artículo 59. *Aspectos esenciales para el procedimiento técnico de arbitramento para el saneamiento de cartera por recobros.* La procedencia del procedimiento técnico a que se refiere la presente ley tendrá en cuenta los siguientes aspectos principales:

1. Será optativo recurrir a la aplicación del mecanismo técnico.
2. En caso de recurrir a dicho procedimiento, las entidades se someterán en todo a los resultados del mismo.

3. Los procesos judiciales que se hayan iniciado y cuyo objeto sea el reconocimiento por parte del Estado de pagos por recobros rechazados o devueltos o la devolución de recobros pagados, se suspenderán por el término en que se desarrolle el arbitramento técnico.

4. Una vez resuelto el arbitramento se informará las decisiones adoptadas a las autoridades judiciales ante quienes se ventilen acciones por razón de recobros insolutos o devolución de pagos, para que se terminen los procesos correspondientes.

5. El Consejo de Arbitramento del Ministerio de Salud y Protección Social decidirá en derecho.

6. Contra las decisiones dicho consejo procederá recurso de revisión ante el Consejo de Estado.

7. El consejo de arbitramento carece de competencia para resolver sobre el pago de intereses de mora y perjuicios.

Artículo 60. *Deuda de entes territoriales.* Se condonarán por única vez y a partir de la vigencia de la presente ley, las deudas que los entes territoriales tienen con la Nación por los convenios de desempeño para la reorganización de la red pública hospitalaria. Lo anterior se fundamenta en que el principal indicador por el cual se mide los resultados de los Hospitales modernizados y reorganizados es el recaudo de la cartera, situación imposible de cumplir dadas las condiciones financieras del sistema de salud.

CAPÍTULO XIV

Régimen de transición

Artículo 61. *Operación del sistema.* El presente modelo de aseguramiento público en salud entrará en operación a más tardar dentro de los dos años siguientes a la entrada en vigencia de esta ley.

Parágrafo. La eliminación de los recobros, la estrategia de atención primaria en salud y el establecimiento de un plan integral de beneficios operarán a partir de la vigencia de la ley, para lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social emitirá la reglamentación correspondiente.

Artículo 62. *Transición institucional.* Las actuales entidades promotoras de salud podrán convertirse dentro del nuevo modelo de aseguramiento en salud en una o varias de las siguientes alternativas, previo cumplimiento de los procedimientos establecidos para tal efecto y del que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social para las ADSS:

1. Administradores de Servicios de Salud (ADSS).
2. Prestadores de servicios de salud.
3. Administradores de planes complementarios.

Parágrafo. Las entidades promotoras de salud en todas sus formas, que decidan voluntariamente no hacer parte del modelo de aseguramiento previsto en la presente ley ni acogerse a ninguna de las anteriores modalidades, podrán solicitar su

deshabilitación ante la Superintendencia Nacional de Salud, la cual resolverá el asunto en el término de cuatro (4) meses.

Las entidades que se retiren de su operación suscribirán acuerdos de liquidación con el Ministerio de Salud y Protección Social, una vez ordenada su desahabilitación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 63. *Traslado al aseguramiento público.* Los afiliados actuales al Sistema de Seguridad Social en salud quedarán automáticamente afiliados al asegurador público una vez entre en vigencia este modelo para lo cual el Ministerio de Salud y Protección Social diseñará un procedimiento para el traslado de la información correspondiente.

Parágrafo. Mientras el asegurador público asume su cobertura las entidades promotoras de salud mantendrán el aseguramiento en salud.

CAPÍTULO XV Disposiciones finales

Artículo 64. *Régimen anterior y vigencia.* La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación.

Conservan su vigencia las disposiciones anteriores que no contraríen lo dispuesto en la presente ley. La interpretación de las mismas deberá hacerse con base en los criterios y conceptos introducidos por esta.

De los honorables Congresistas,

Holger Horacio Díaz Hernández,
Representante a la Cámara,
departamento de Santander.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Dadas las dificultades actuales que con mayor gravedad impactan cada día la prestación y acceso al derecho de la salud en Colombia en el marco del Sistema de Seguridad Social en Salud vigente, me permito presentar al Congreso de la República el siguiente proyecto de ley que pretende modificar las condiciones del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud en aras de redefinir su funcionamiento, eliminar la función de aseguramiento a cargo de entidades particulares, garantizar el acceso, la oportunidad y la calidad en salud, modernizar la estructura de rectoría y la defensa del derecho a la salud, para que sin modificar la orientación y principios vigentes del sistema, se adopten los correctivos para garantizar la sostenibilidad del mismo, en pos de obtener mejores resultados e indicadores, un régimen con mayores niveles de equidad y una población más sana.

Consideraciones generales sobre el panorama actual del Sistema de Salud en Colombia

Colombia invierte un porcentaje importante del PIB en gasto en salud, pero a pesar de esto tenemos uno de los sistemas sanitarios más deficientes, con menor calidad en la prestación y más desestructurados.

La Ley 100 del 1993 revolucionó el aseguramiento, incentivó la competencia entre los públicos y los privados, alcanzó coberturas casi universales, introdujo equidad social al pasar de la caridad pública hospitalaria al régimen subsidiado y de la afiliación al Instituto del Seguro Social y las Cajas al régimen contributivo, permitiendo la permanencia de los regímenes especiales.

La Constitución de 1991 por su parte, introdujo el derecho a la tutela, figura jurídica fundamental pero que desafortunadamente se ha convertido en un prerrequisito para acceder a muchas de las prestaciones.

Ahora, después de casi 20 años de expedida esta ley, se logró pasar en la afiliación de la población de un 23% a un 97% (Ministerio de Salud y Protección Social), con disminución de la mortalidad infantil y un aumento importante de la expectativa de vida de la población en general. El gasto de bolsillo de los usuarios es uno de los más bajos del mundo, todos los pobres del país tienen acceso al aseguramiento, está garantizada la posibilidad de recibir tratamientos, incluidos los de alto costo como diálisis, sida o atención integral para cáncer – patologías, que antes de la ley eran restringidos a una pequeña élite con capacidad de pago y con una oferta escasa de centros de atención especializados y con tecnología obsoleta.

A pesar de todos los avances, el panorama en el sistema de salud es sombrío, la prestación de los servicios oportuna, eficaz y con calidad es deficitaria sin importar el tipo de afiliación; la corrupción campea a todos los niveles sin control ni acción de quienes les compete; la falta de reglamentación de las diferentes leyes expedidas y la no vigilancia del cumplimiento de las mismas junto a la casi inexistente rectoría del sistema por parte del Ministerio de Salud, la delegación de funciones en entidades como la CRES (absolutamente inoperante), la escasa inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, la fragmentación de la atención y la guerra frontal entre los aseguradores y prestadores en la defensa de intereses económicos propios o de posiciones dominantes del mercado, han llevado al traste con una atención digna que permita que la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento oportunos garanticen la mejoría de la salud y la preservación de la vida.

Tal vez el sector más sobrediagnosticado es este pero a la vez representa el más complejo de intervenir. Los diferentes gobiernos han dado palos de ciego, se toman decisiones que se reverzan poco después, se realizan ruedas de prensa donde se prometen medidas urgentes para paliar la crisis pero todo se queda en aparentes buenas intenciones.

El panorama actual es el de desplome inevitable del sistema, las EPS del subsidiado son inviables financieramente entre otras causas por la insufi-

ciencia técnica de la unidad de pago por capitación agravada por la decisión de unificar el POS sin que el aumento de la misma compense las nuevas inclusiones.

En el régimen contributivo el desborde de los eventos No Pos, sea por vía de tutela o autorización a través de los comités técnico-científicos llevaron a que las EPS tuviesen que financiarlos con los recursos de la UPC con la consiguiente quiebra de la mayoría. La facturación del No Pos desbordó las finanzas del Fosyga y los recobros pasaron de cincuenta mil millones en el 2002 a 2.5 billones en el 2011 con tendencia a aumentar cada vez más, a pesar de los esfuerzos regulatorios del ministerio. Estos también han sido fuente de corrupción con intereses de muchos sectores y la incapacidad del pagador para hacer la auditoría de los cientos de miles de eventos que ocurren cada año.

Los prestadores públicos y privados viven la peor crisis de su historia: las deudas son billonarias, la edad de la cartera promedio es superior a 180 días con una eterna lucha por la conciliación de las cuentas entre aseguradores y prestadores (en algunas EPS hay más auditores que médicos) y las glosas son la mejor excusa para dilatar los pagos y burlar los tiempos definidos en la ley. La contratación de algunas actividades por capitación que en teoría agilizan el flujo de los recursos se ha convertido en una manera perversa de crear barreras de acceso a los pacientes con las evidentes largas filas de usuarios a la entrada de las instituciones.

Algunas de las EPS niegan sistemáticamente los servicios incluso los incluidos en el POS, sin que esto signifique sanciones a las mismas por parte de los entes de control. Esta decisión miope y cortoplacista de restringir la atención ha llevado a miles de pacientes a complicaciones en su salud y a patologías de alto costo, pero el sistema está concebido de una manera tan fragmentada que cualquier eslabón de la cadena puede actuar como le parece sin que impere la ley ni el respeto por los pacientes, hoy llamados despectivamente clientes.

Otro de los problemas graves es el déficit de camas hospitalarias, los servicios de urgencias están colapsados; pediatría y medicina interna cierran camas todos los días con el argumento de que la hotelería da pérdidas; miles de pacientes mueren en los hospitales y clínicas esperando por una autorización de la EPS o en una unidad de cuidados intensivos, ante la mirada indiferente de todos.

Hay déficit de especialistas en la mayoría de las especialidades clínicas y quirúrgicas, sin que se logre acuerdo para una solución entre los Ministerios de Educación, Salud y las Sociedades Científicas, con el objeto de aumentar los cupos de postgrado en las Facultades de Medicina, sumado a que somos uno de los pocos países que no paga por su trabajo como residentes a los médicos, lo cual lleva a buena parte de estos a emigrar al exterior; configurando una red de cerebros fugados.

Es absolutamente obligatorio asumir posiciones contundentes, rápidas y precisas por parte del Estado en donde:

1. Se redefina el aseguramiento que necesitamos lo cual conduzca a una transformación de las EPS, recibiendo incentivos económicos de acuerdo a los indicadores positivos en la salud de su población afiliada, acabándose la competencia desleal que hoy existe.

2. Implementar en el menor tiempo posible la estrategia de atención primaria en salud en todo el país, como único mecanismo para pasar de la medicina curativa a la preventiva con el impacto que esto debe producir en el mediano y largo plazo en la salud y la economía del país.

3. Consolidar la rectoría del sistema por parte del Ministerio de Salud para:

a) Garantizar que la prestación de los servicios se haga en forma ágil, con pertinencia y suficiencia, regulando la relación entre los actores, el cumplimiento de las responsabilidades de cada uno de ellos y se le dé punto final a la concertación de la cartera real que existe en el sistema;

b) Realizar la inversión y toma de decisiones en salud pública de acuerdo a los indicadores de cada una de las regiones del país;

c) Definir una política farmacéutica nacional que permita regular en forma clara los precios y estándares de calidad de los medicamentos e insumos.

4. Desconcentrar la Superintendencia Nacional de Salud para que por fin haya presencia de la misma en las regiones y se sancione ejemplarmente a quienes burlen el sistema.

5. Intervenir financieramente el sector y excluir en forma definitiva a quienes no han sido eficientes en sus resultados económicos o en salud, garantizando el pago efectivo a los prestadores.

6. Eliminar los recobros con intermediación de las EPS.

7. Crear la jurisdicción especializada para la salud, integrada por jueces expertos en seguridad social con una segunda instancia en el Tribunal Superior.

De otra parte, debe decirse que es innegable el avance que ha representado dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud la expedición de la Ley 1438 de 2011, normatividad con la cual se reenfoca estructuralmente el sistema hacia la promoción y la prevención y se reedifica el mismo desde la óptica de la prestación del servicio, la cual constituye el punto de verdad del proceso de salud. Así mismo, se parte de considerar un concepto integral de salud acogiendo pautas internacionales, especialmente de la OMS. Sin embargo, esta reforma no resultó suficiente, y circunstancias coyunturales de reciente explosión, pero no inmediatas en su gestación, demandan hoy un nuevo debate sobre aspectos organizacionales que deben ser mejorados en el sistema.

Alcance del proyecto

De acuerdo a las anteriores consideraciones y perspectivas sobre la compleja realidad del sistema de salud en Colombia, se ha decidido adelantar la formulación de un proyecto de ley para ser sometido a la consideración del honorable Congreso de la República, por medio de la cual se considere en su conjunto la problemática señalada, con los siguientes objetivos generales:

- Circunscribir el concepto de derecho a la salud como un derecho esencial.
- Establecer y fijar claramente los derechos de los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud.
- Configurar un nuevo modelo aseguramiento público en salud con una administración privada, pública o mixta.
- Fortalecer la rectoría y dirección del sistema a cargo del Estado.
- Enmarcar una política farmacéutica a nivel nacional.
- Crear una jurisdicción especializada de la protección social.
- Robustecer la figura de la Defensoría Pública de la Salud como un mecanismo institucional lo suficientemente efectivo y de impacto real.

Derecho a la salud como un derecho esencial

La preocupación del Estado colombiano por la seguridad social ha sido una constante y ha presentado variaciones a lo largo de su reconocimiento como derecho constitucional.

Pese a que el derecho a la seguridad social en salud se encuentra contemplado en el acápite de derechos económicos, sociales y culturales, jurisprudencialmente ha sido reconocido y desarrollado como derecho fundamental tornándose en un derecho prestacional exigible mediante acción de tutela. Precisamente uno de los asuntos que principalmente ha ocupado la atención de la Corte Constitucional ha sido indiscutiblemente la defensa al derecho a la salud.

En ejercicio de sus competencias por vía del control abstracto (asuntos de constitucionalidad) y del control concreto (asuntos de tutela y excepción de inconstitucionalidad), ha abordado innumerables situaciones problemáticas que enfrenta nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud. Mecanismos, que dicho sea de paso, se han constituido en instrumentos eficaces en manos de toda la población colombiana con la esperanza de alcanzar la satisfacción efectiva y plena del derecho a la salud, que ciertamente ha permitido la salvación de muchas vidas en Colombia.

Concretamente la acción de tutela se ha constituido en el mecanismo en que la mayoría de los colombianos han centrado sus esperanzas de defensa de sus derechos fundamentales y es así como encontramos la **Sentencia T-760 del 31 de julio de 2008**, a través de la cual la Sala Segunda de

Revisión de la Corte Constitucional resolvió veintidós acciones de tutela, en las que se solicitaba proteger el derecho a la salud.

En esta sentencia como aspectos dogmáticos, entre otros, la Corte Constitucional resaltó:

- El derecho a la salud es un derecho fundamental autónomo, así sea catalogado por la doctrina como un derecho social, sin que ello resulte contrario al reconocimiento de una importante dimensión prestacional.
- Del derecho a la salud se derivan obligaciones de respeto, protección y garantía.
- El derecho fundamental a la salud no es absoluto. El plan de beneficios no tiene que ser infinito toda vez que puede circunscribirse a las necesidades y prioridades que determinen los órganos competentes para asignar de manera eficiente los recursos escasos disponibles.

El derecho fundamental a la salud comprende el derecho a acceder a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad. Ello implica:

1. La existencia de un sistema de salud que garantice el acceso a los servicios.
2. La pertenencia al sistema y garantía de la prestación de servicios, y
3. El conocimiento de la información adecuada y necesaria para acceder a los servicios con libertad y autonomía.

En los casos de Tutela acumulados se constató la existencia de problemas recurrentes de violaciones al derecho a la salud que reflejan dificultades estructurales del Sistema y como respuestas dadas por la Corte en relación con los casos concretos resaltó: el acceso a servicios; la protección especial a niños y niñas; la carga que tiene la EPS de valorar el concepto emitido excepcionalmente por un médico externo; el acceso sin obstáculos por pagos; el acceso al diagnóstico; el no allanamiento a la mora; la protección a las enfermedades catastróficas y de alto costo; el acceso con continuidad a la salud; la información; el acompañamiento y seguimiento; la prohibición de trasladarle a los usuarios cargas administrativas y burocráticas que le corresponde asumir a la EPS; el acceso a los servicios de acuerdo al principio de integralidad, y la libertad de elección de EPS.

La Corte planteó como problema jurídico de carácter general la violación de las obligaciones constitucionales que tienen las autoridades competentes de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud para asegurar su goce efectivo. Dado que la adopción de las órdenes dirigidas a resolver los casos concretos resultaban insuficientes para superar las fallas existentes, se hizo necesario el proferir órdenes generales, por ello la parte resolutoria de la sentencia contiene catorce órdenes concretas (casos examinados) y dieciséis órdenes generales (políticas públicas en salud), dirigidas a las autoridades responsables de la regulación del sistema de salud como son el Ministerio de la Protección Social, la Comisión Nacional de Regulación en

Salud o el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), y la Superintendencia Nacional de Salud.

Estas órdenes generales están encaminadas principalmente a: Planes de beneficios; cobertura universal; asegurar el flujo de recursos para financiar los servicios de salud, y la adopción de las medidas necesarias para asegurar que al momento de afiliarse a una EPS contributiva o subsidiada le entreguen a todas las personas, en términos sencillos y accesibles, una carta con los derechos del paciente y otra de desempeño.

Como hemos observado la Sentencia T-760 del 31 de julio de 2008, al recoger el espíritu de los Derechos Humanos en materia de Salud, el discurso Internacional y los conceptos legados por el Constituyente de 1991, sacudió los cimientos del sistema de salud colombiano y dejó en evidencia la ineficacia de la abundante y dispersa normatividad, leyes, decretos, resoluciones, etc., para satisfacer las necesidades, ya que los colombianos se ven obligados a demandar vía tutela el derecho a la salud reconocido constitucionalmente en condiciones de igualdad.

A partir de este último reconocimiento se ha generado en la práctica obligaciones para los actores del sistema, por lo que resulta imperativo declararlo normativamente como derecho fundamental pero no absoluto, con las limitantes que ello representa.

Nuevo modelo aseguramiento público en salud

El actual modelo de aseguramiento y prestación ha resultado insuficiente frente a la demanda de servicios e incluso en algunos casos ineficiente, evidenciando las fallas estructurales que requieren en esa medida una intervención inmediata del Estado para corregir problemas de organización, estructura y procesos que no es posible pasar por alto. Por ello, resulta necesario replantear el esquema diseñado por la Ley 100 de 1993 que con su esquema de aseguramiento y prestación no ha dado el resultado esperado después de casi 20 años de haber sido creado.

Sin duda, los pronunciamientos jurisprudenciales, así como las progresivas previsiones ya adoptadas deben servir de marco y base para la reestructuración del sistema. En efecto, las políticas creadas en torno a la atención primaria en salud, la unificación de regímenes y los principios que rigen el sistema desde una perspectiva integral fortalecen el derecho a la seguridad social, pero para que este se torne en real, palmario, exigible como derecho fundamental pero no absoluto, requiere una regulación acorde con las finalidades de cobertura universal que hoy se plantean.

Mediante la Ley 100 de 1993 el Congreso de la República creó el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), y determinó su operación, estructura y financiación. Este fondo se constituyó como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud, adminis-

trado por un encargo fiduciario, propendiendo por garantizar que la solidaridad del sistema funcionara y llegara a todos los niveles de la población, a través de las distintas subcuentas que estructuran el mismo.

El Fondo de Solidaridad y Garantía manejaba los recursos de manera independiente dentro de cada subcuenta y destinaría exclusivamente dichas finalidades consagradas para estas en la ley, de manera que los intereses y rendimientos financieros que produjeran cada una de ellas se incorporarían a las respectivas subcuentas, con la finalidad de realizar un sostenimiento del sistema acorde con la finalidad del mismo.

A través del Decreto número 1283 del 23 de julio de 1996 se reglamentó el funcionamiento del Fosyga, de manera tal que se indicó que cada subcuenta del Fosyga se manejaría de manera independiente y bajo la figura del encargo fiduciario, que evidenciara un mayor control y gestión de los recursos que se destinaban para el Sistema de Seguridad Social en Salud.

Por medio de los Acuerdos números 083 del 23 de diciembre de 1997 y 110 del 28 de octubre de 1998 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, se autorizó el recobro de los medicamentos no cubiertos por el plan de beneficios al Fondo de Solidaridad y Garantía cuyo costo excediera el monto de los que estuviesen dentro del Plan Obligatorio de Salud.

Sin embargo, este esquema de financiamiento para las coberturas No POS ha sido insuficiente, pero para dar solución de fondo a este tema se requiere una reforma estructural bajo la cual sea el Estado no solo el garante, sino el asegurador de la prestación de los servicios de salud.

Adicionalmente, para la financiación de lo no incluido en el Plan Único de Beneficios en Salud (PUBS), estará a cargo del asegurador público que dará aplicación a los principios de integralidad y suficiencia.

Por otro lado, se hace importante definir en forma clara el nuevo rol que cumplirán en el sistema las Empresas Promotoras de Salud en aras de que se dediquen contundentemente a las funciones de promoción en salud y prevención de enfermedades. “Se esperaba que bajo la Ley 100 las EPS compitieran en función de la calidad en sus servicios –incluidas las actividades de promoción y prevención– y no por precio, en la medida en que el Estado le reconoce a cada EPS un pago fijo por afiliado, llamado Unidad de Pago por Capitación (UPC). Sin embargo, esto no ha sucedido” (Informa Nacional de Competitividad 2012-2013). Ahora, como Administradores de Servicios de Salud (ADSS), tal y como se propone en este proyecto, estas instituciones, tan cruciales en el sistema, deben ser y comportarse como verdaderas garantes que gestionan el riesgo de salud de sus afiliados a través, no sólo de intervenciones individuales, sino familiares y de la comunidad.

De igual modo, se organizan las condiciones necesarias para un régimen de transición viable para las finanzas del sistema y sano para la salud de la población, toda vez que resulta imperante el hecho de que por cambios en el sistema, no haya lugar a traumas en el bienestar de los afiliados y usuarios.

Rectoría y dirección del sistema a cargo del Estado

Bajo la normatividad vigente, el Constituyente de 1991 estableció la forma organizativa de Estado Social de Derecho fundado en el principio de la dignidad humana, lo cual impide que cualquier persona sea tratada como una mercancía valorable en dinero. De ahí que la persona se constituya en el sujeto, la razón de ser y el fin del poder político. Apreciación que está en conexión con un amplio catálogo de derechos constitucionales como la protección de la familia; la mujer durante el embarazo y después del parto; el apoyo especial a la mujer cabeza de familia; la seguridad social de los niños; la protección y formación integral de los adolescentes; la protección y asistencia de las personas de la tercera edad; la atención especializada a los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales; etc.

La salud aparece reconocida constitucionalmente en el artículo 49 bajo el carácter de servicio público a cargo del Estado. Lo cual conlleva a garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

La Constitución de 1991 entrega, así, al Estado: el organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad; establecer las políticas en la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control; establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares; y determinar los aportes a su cargo bajo las condiciones señaladas en la ley. También prevé que los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad, precisando que la ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

De esa manera y con base en el fundamento constitucional, se debe reforzar la acción del Estado y, por ende, su responsabilidad como garante de la efectiva prestación del servicio de salud, de forma que lo que se pretende es precisamente radicar en cabeza del Estado el aseguramiento.

Política farmacéutica a nivel nacional

La formulación y aplicación de una política farmacéutica a nivel nacional resulta no solo conveniente sino determinante dentro de la estructura del Sistema de Seguridad Social en Salud. Las falencias que ha presentado el tema farmacéutico han coadyuvado al desencadenamiento de la cri-

sis del sector, dada su trascendencia a nivel operativo, prestacional y a su relación directa sobre la efectividad real del derecho a la salud.

Los diversos intereses y la trascendencia económica de los intereses en juego hacen que esta política deba tener como pilares el acceso real con calidad, bajo la regulación de aspectos centrales de operación dentro del sistema general de seguridad social, así como una actualización anual para asegurar el cumplimiento del principio de progresividad.

Es por ello que las condiciones, principios y criterios básicos para su posterior regulación deben enmarcarse en la presente ley para garantizar la calidad, accesibilidad y uso racional en todos los niveles de atención en los regímenes contributivo y subsidiado.

Defensoría Pública de la Salud

En vista de la profunda necesidad por fortalecer el sistema, legitimarlo y proteger plenamente los derechos de los usuarios al Sistema de Seguridad Social en Salud, se propone crear, sin incurrir en nuevos gastos a la nación, la figura de la Defensoría Pública de la Salud. Ello, como unidad especial dentro de la Defensoría del Pueblo a cuyo cargo estarán todas las funciones referidas a la representación, asesoría, acompañamiento y orientación de los beneficiarios del servicio público de salud.

La estructura y organización de la Defensoría Pública de Salud serán adoptadas conforme el régimen propio de la Defensoría del Pueblo y mediante reglamentación que expida el Gobierno Nacional. Su aparición implica la eliminación del defensor del usuario en salud, cuyas evidencias y muestras de efectividad no son abrumadoras.

Jurisdicción de la Protección Social

El constante crecimiento de las tareas a cargo de los sistemas de seguridad social, así como el paralelo incremento en los conflictos generados por la aplicación del derecho en ese ámbito, motiva la necesidad para las sociedades de evaluar y plantear opciones sobre la mejor manera de enfrentar la solución de dichos conflictos a través de la intervención de la Rama Judicial.

Otra circunstancia de especial ocurrencia en este campo es la relacionada con los constantes cambios normativos y la fuerte incidencia en el de la jurisdicción constitucional provocada por el incremento en el uso de acciones de tal índole y la dificultad operativa y práctica de dar respuesta oportuna y especializada en temas del resorte de la seguridad social, caracterizada además por su interdisciplinariedad y su carácter novedoso en el ámbito del derecho.

Toda reflexión sobre esta materia debe ser integral y comprender tanto la posibilidad de especializar funcionarios judiciales, como el establecimiento de procesos particulares y la redefinición de procedimientos, inclusive desde la actuación propia de las operadoras de la seguridad social, en buena medida de carácter privado.

Se trata en el proyecto de elaborar una propuesta previa sobre el punto, que sirva para la reflexión que adelantará el país en materia de reajuste a su sistema de justicia, para que dentro de él se consideren los aspectos relacionados con la conveniencia de contar con jueces especializados y esquemas de soporte diferenciados en materia de seguridad social.

Ya no se trata simplemente de ajustar la Ley 100 de 1993 y las normas que la reforman, sino de diseñar e implementar nuevas alternativas que incidan frontalmente en las causas estructurales de los problemas que hoy padecemos.

Con la anterior motivación, presento ante ustedes, honorables congresistas, este proyecto de ley para reformar de manera contundente la estructura del Sistema de Seguridad Social en salud, esperando que sirva como plataforma para crear un nuevo

y mejorado estado de cosas en cuanto al acceso y garantía de los servicios de salud de todos los colombianos.

De los honorables Congresistas,

Holger Horacio Díaz Hernández,

Representante a la Cámara, departamento de Santander.

CÁMARA DE REPRESENTANTES

SECRETARÍA GENERAL

El día 19 de marzo del año 2013, ha sido presentado en este despacho, el Proyecto de ley número 248, con su correspondiente exposición de motivos, por el honorable Representante *Holger Horacio Díaz.*

El Secretario General,

Jorge Humberto Mantilla Serrano.

PONENCIAS

PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 214 DE 2012 CÁMARA, 33 DE 2012 SENADO

por medio de la cual se aprueba el “Acuerdo entre el Gobierno de la República de Colombia y el Gobierno de la República Federativa del Brasil sobre permiso de residencia, estudio y trabajo para los nacionales fronterizos brasileños y colombianos entre las localidades fronterizas vinculadas”.

Bogotá, D. C., 5 de marzo de 2013

Doctor

ÓSCAR DE JESÚS MARÍN

Presidente

Comisión Segunda Constitucional Permanente

Cámara de Representantes

Ciudad.

Referencia: Ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 214 de 2012 Cámara, 33 de 2012 Senado, *por medio de la cual se aprueba el “Acuerdo entre el Gobierno de la República de Colombia y el Gobierno de la República Federativa del Brasil sobre permiso de residencia, estudio y trabajo para los nacionales fronterizos brasileños y colombianos entre las localidades fronterizas vinculadas”.*

Respetado señor Presidente:

En cumplimiento del encargo impartido por la Mesa Directiva de la Comisión Segunda Constitucional Permanente de la honorable Cámara de Representantes, me permito rendir ponencia para primer debate al Proyecto de ley número 214 de 2012 Cámara, 33 de 2012 Senado, *por medio de la cual se aprueba el “Acuerdo entre el Gobierno de la República de Colombia y el Gobierno de la República Federativa del Brasil sobre permiso*

de residencia, estudio y trabajo para los nacionales fronterizos brasileños y colombianos entre las localidades fronterizas vinculadas”, suscrito en la ciudad de Brasilia el 1° de septiembre de 2010.

Cordialmente,

Víctor Hugo Moreno Bandeira,

Honorable Representante, departamento del Amazonas.

Antecedentes

Las fronteras colombianas en la región amazónica, al igual que los espacios fronterizos amazónicos de los demás países, son un ejemplo claro de las dinámicas de marginalidad económica y social con relación a los principales centros urbanos del país. Como se demostrará a continuación, la situación de Leticia y Tabatinga, localidades vinculadas en el Acuerdo en cuestión, no es diferente.

El primer referente de exclusión es la distancia geográfica de estas localidades con relación al centro del país. La distancia entre Tabatinga y Manaus, capital del Estado del Amazonas, es de 1.348 km. Además, Tabatinga se encuentra a 4.016 km de Brasilia. Por su parte, Leticia está localizada a 1.153 km de Bogotá. Estos datos se hacen aún más críticos al observar que el principal medio de transporte de dichos municipios a los centros de cada país es el aéreo, lo cual dificulta la movilidad de las personas y aumenta el costo de vida de la población leticiense.

En segunda instancia, es necesario tomar en consideración la escasa presencia estatal en materia de educación y desarrollo económico incluyente de la ciudad de Leticia. A pesar de avances emprendidos por las últimas administraciones na-

cionales y locales, la capital del Amazonas está rezagada frente al promedio nacional en estos indicadores sociales.

El estado de la educación en el municipio de Leticia demuestra señales de ineficiencia. Según el DANE, solo el 62,8% de la población entre 3 y 24 años asiste al sistema educativo formal. El analfabetismo en el municipio es de 6,9% entre la población mayor a cinco años. Por lo tanto, contar con la posibilidad de ingresar a las instituciones de educación brasileña ayudará a cambiar esta tendencia en la educación.

El tema de educación superior es uno de los aspectos más ejemplarizantes en materia de olvido estatal. Según el censo nacional de 2005, solo el 6,4% de los leticianos tiene educación superior. En todo el departamento del Amazonas solo están presentes dos instituciones de educación superior según el Sistema Nacional de Información de Educación Superior (SNIES) del Ministerio de Educación Nacional. No obstante, una de las instituciones, la Universidad Antonio Nariño, ofrece únicamente programas a distancia o virtuales. Paralelamente, la sede de la Amazonía de la Universidad Nacional solo permite a los estudiantes emprender los primeros semestres de su carrera profesional, por lo que deben desplazarse a otras sedes en el país. Por su parte, Tabatinga cuenta con una de las sedes de la Universidad del Estado de Amazonas (UEA), institución educativa pública que ofrece nueve pregrados de manera continua en la sede de Tabatinga.

En lo referente al desarrollo económico se evidencia de las carencias socioeconómicas que sufren los habitantes de la capital del Amazonas. Según cifras el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la producción total del departamento para el año 2011 estuvo valorada en 402.000 millones de pesos corrientes, lo cual representa el 0.1% del PIB colombiano para el mismo año¹. El PIB del Amazonas es superior únicamente al del Guainía y Vaupés. Esta paupérrima participación en el total nacional está sustentada principalmente en tres grandes rubros economía: servicios, comercio y el sector agropecuario².

Relevancia del acuerdo

Como fue sustentado anteriormente, la entrada en vigencia servirá como un mecanismo paliativo para superar las problemáticas socioeconómicas de la población fronteriza de Leticia en materia de educación y desarrollo económico. Desde el Congreso de la República se debe abogar por políticas

públicas fuertes en Materia de consolidación en las zonas fronterizas de la cuenca amazónica colombiana.

Paralelamente, el acuerdo debe ser visto como un gran avance para el fortalecimiento de las relaciones de integración y cooperación fronteriza entre Colombia y Brasil. La historia reciente de las relaciones exteriores entre los dos países demuestra un evidente sesgo hacia la secularización de la agenda en contravención de temas sociales, económicos y culturales³. Las cuestiones fronterizas entre los dos países se pueden esbozar mediante tres canales principales: los acuerdos en materia de seguridad, la Comisión de Vecindad e Integración y, en menor medida, mediante las relaciones en el seno de la Organización del Tratado de Cooperación Amazónica (OTCA)⁴. No obstante, se evidencia que los dos últimos elementos presentan falencias importantes con lo que se reconoce una preponderancia de los temas de seguridad y defensa.

En conclusión, es menester aprobar este logro en materia de cooperación y, consecuentemente, ahondar los lazos entre los dos países en materia de integración fronteriza. Sin el trabajo mancomunado de las autoridades brasileñas y colombianas en el diseño de políticas que beneficien a la población fronteriza, será muy difícil disminuir la brecha social entre las poblaciones amazónicas con los grandes centros urbanos de Colombia y de Brasil.

Estructura del acuerdo

El acuerdo consta de nueve (9) artículos que establecen una reglamentación para los ciudadanos de las dos nacionalidades y se establecen los beneficios y quiénes pueden acceder a las bondades del presente acuerdo.

I. Permiso de residencia, estudio y trabajo.

II. Sobre el Documento especial fronterizo.

III. Documentos exigidos para la expedición del documento (pasaporte u otro documento válido de identidad, certificado de residencia, antecedentes judiciales, foto, comprobante de pago).

³ Desde 1981 se han pactado seis acuerdos con temas referentes a la seguridad y el control del narcotráfico. Por su parte, en temas sociales y económicos existe un acuerdo para temas de enseñanza del portugués y español en cada país respectivamente; otro relacionado en cooperación en temas sanitarios; y otro donde las partes se comprometen a realizar actividades de control a las enfermedades en animales.

⁴ La OTCA desde 2003 se consolidó como un mecanismo intergubernamental con el objetivo de promover un desarrollo armónico de la cuenca amazónica. Si bien desde 1978 se adelantaron procesos para dotarla de mayor relevancia, esto no ha ocurrido. En 2004, el objetivo principal aún era generar conciencia entre los ocho países miembros sobre la importancia de la OTCA⁴. Además de la falta de compromiso de los países que la componen, esta organización peca por querer abarcar mucho y no ser clara en cómo lograrlo.

¹ Consultado en el Departamento Nacional de Estadística. Dirección de Síntesis y Cuentas Nacionales.

² En 2010, el sector de servicios representó el 41,2% del PIB del departamento. Por su parte, el comercio aportó el 19,5% y el agropecuario el 13,2%.

IV. Cancelación del documento; pérdida de nacionalidad, fraude documentos exigidos, otro estatus migratorio, actividades fuera de los límites.

V. Otros acuerdos.

VI. Sobre localidades fronterizas vinculadas y su ampliación.

VII-VII-IX. Referentes a cláusulas de vigencia, denuncia y solución de controversias.

Proposición

En los anteriores términos me permito rendir ponencia favorable para primer debate al Proyecto de ley número 214 de 2012 Cámara, 33 de 2012 Senado, *por medio de la cual se aprueba el “Acuerdo entre el Gobierno de la República de Colombia y el Gobierno de la República Federativa del Brasil sobre permiso de residencia, estudio y trabajo para los nacionales fronterizos brasileños y colombianos entre las localidades fronterizas vinculadas”* y solicito a la honorable Comisión Segunda dar aprobación para que este acuerdo continúe con su trámite legislativo.

Víctor Hugo Moreno Bandeira,

Honorable Representante, departamento de Amazonas.

TEXTO SUJETO PARA APROBACIÓN EN PRIMER DEBATE DE CÁMARA AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 214 DE 2012 CÁMARA, 33 DE 2012 SENADO

por medio de la cual se aprueba el “Acuerdo entre el Gobierno de la República de Colombia y el Gobierno de la República Federativa del Brasil sobre permiso de residencia, estudio y trabajo para los nacionales fronterizos brasileños y colombianos entre las localidades fronterizas vinculadas”, suscrito en Brasilia el 1° de septiembre de 2010.

Artículo 1°. Apruébese el “Acuerdo entre el Gobierno de la República de Colombia y el Gobierno de la República Federativa del Brasil sobre permiso de residencia, estudio y trabajo para los nacionales fronterizos brasileños y colombianos entre las localidades fronterizas vinculadas”, suscrito en Brasilia el 1° de septiembre de 2010.

Artículo 2°. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley 7ª de 1944, el “Acuerdo entre el Gobierno de la República de Colombia y el Gobierno de la República Federativa del Brasil sobre permiso de residencia, estudio y trabajo para los nacionales fronterizos brasileños y colombianos entre las localidades fronterizas vinculadas”, suscrito en Brasilia el 1° de septiembre de 2010, que por el artículo 1° de esta ley se aprueba, obligará al país a partir de la fecha en que se perfeccione el vínculo internacional respecto de la misma.

Artículo 3°. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación.

ACUERDO ENTRE EL GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA Y EL GOBIERNO DE LA REPÚBLICA FEDERATIVA DEL BRASIL SOBRE PERMISO DE RESIDENCIA, ESTUDIO Y TRABAJO PARA LOS NACIONALES FRONTERIZOS BRASILEÑOS E COLOMBIANOS ENTRE LAS LOCALIDADES FRONTERIZAS VINCULADAS

El Gobierno de la República de Colombia

y

El Gobierno de la República Federativa del Brasil
(en adelante denominadas las Partes),

Considerando los históricos lazos de fraterna amistad existentes entre las dos Naciones;

Reconociendo que las fronteras que unen los dos países constituyen elementos de integración entre sus poblaciones;

Reafirmando el deseo de acordar soluciones comunes con miras al fortalecimiento del proceso de integración entre las Partes;

Destacando la importancia de contemplar tales soluciones en instrumentos jurídicos de cooperación en áreas de interés común, como la vinculación de personas y el control migratorio;

Resuelven celebrar el presente Acuerdo, según los siguientes términos:

Artículo I Permiso de Residencia, Estudio y Trabajo

1. A los nacionales de cada una de las Partes, residentes en las Localidades Fronterizas Vinculadas enumeradas en el Anexo de Localidades Fronterizas Vinculadas, podrá ser otorgado permiso para:

- Residencia en la Localidad Fronteriza Vinculada situada en el territorio de la otra Parte;
- Libre ejercicio de trabajo, oficio u profesión de acuerdo con las leyes aplicables a los nacionales de la Parte donde es desarrollada la actividad, inclusive en lo que se refiere a los requisitos de formación para el ejercicio profesional, disfrutando de iguales derechos laborales y de protección social y; cumpliendo las mismas obligaciones laborales, de seguridad social y tributarias que de ellas emanan;

c) Asistencia a establecimientos de educación pública o privada.

2. Los derechos establecidos en este artículo se extienden a los jubilados y pensionados.

Artículo II Documento Especial Fronterizo

1. A los individuos de que trata el artículo I de este Acuerdo, se les podrá otorgar un Documento Especial Fronterizo.

2. El Documento Especial Fronterizo podrá ser otorgado por dos años (2) prorrogables por iguales periodos.

3. La posesión del Documento Especial Fronterizo no exime del uso de los documentos de identidad nacional, establecidos en otros acuerdos vigentes entre ambas Partes, así como del uso o expedición de visas que acrediten otro estatus migratorio.

Artículo III Expedición

1. Cada Parte indicará la autoridad competente para la expedición del Documento Especial Fronterizo y lo comunicará a la otra Parte por Nota Diplomática.

2. En el Documento Especial Fronterizo constará la calidad de residente fronterizo y la localidad en la cual el titular estará autorizado para ejercer las actividades previstas en el presente Acuerdo.

3. El Documento Especial Fronterizo permite la residencia, exclusivamente dentro de los límites territoriales de la Localidad Fronteriza Vinculada, de acuerdo con lo establecido en el literal a) del numeral 1° del artículo I del presente Acuerdo.

4. Para la expedición del Documento Especial Fronterizo se exigirán los siguientes requisitos:

- Passaporte u otro documento de identidad válido admitido por las Partes en otros acuerdos vigentes;
- Comprobante de residencia, en alguna de las localidades que constan en el Anexo del presente Acuerdo;
- Certificado de antecedentes judiciales, expedido por la autoridad competente de los lugares de residencia en los últimos cinco (5) años;
- Dos fotografías tamaño 3 x 4 a color y recientes;
- Comprobante de pago del valor correspondiente al documento especial fronterizo, cuyo valor y actualización será informado por cada Parte por Nota Diplomática, y otras tasas específicas.

5. Mediante convenio administrativo entre las autoridades competentes determinadas por las Partes y comunicadas por vía diplomática, se podrá detallar o modificar la relación de documentos establecidos en el numeral 4 del Artículo III.

6. En el caso de los menores de edad, la solicitud del Documento Especial Fronterizo se formalizará por medio de representación o asistencia, de acuerdo con las normas que regulen la materia en cada una de las Partes, con el ítem de los requisitos del numeral 4 del Artículo III, excepto el certificado de antecedentes judiciales del numeral 4, literal c).

7. No se podrá beneficiar de este Acuerdo quien hubiera sufrido condena penal o estuviera sometido a proceso penal en las Partes o en el exterior, y quien no hubiera cumplido integralmente la condena penal impuesta.

8. Se faculta a los organismos responsables la concesión del status de fronterizo al individuo que haya cumplido integralmente la condena impuesta en cualquiera de las Partes.

9. Para el otorgamiento del Documento Especial Fronterizo se aceptarán igualmente, por ambas Partes, documentos redactados en español o portugués.

Artículo IV
Cancelación

1. El Documento Especial Fronterizo será cancelado en cualquier oportunidad en que ocurriera alguna de las siguientes circunstancias:

- a) Pérdida de la nacionalidad de una de las Partes;
- b) Fraude o utilización de documentos falsos para su otorgamiento;
- c) Obtención de otro status migratorio; o
- d) Por ejercer las actividades previstas en este Acuerdo, fuera de los límites territoriales establecidos en el Anexo.

2. La cancelación conlleva al retiro del Documento Especial Fronterizo por la autoridad que lo expidió.

3. Las Partes podrán establecer otras causas de cancelación del Documento Especial Fronterizo, mediante intercambio de Notas Diplomáticas.

Artículo V
Otros Acuerdos

1. El presente Acuerdo no modifica derechos ni obligaciones establecidos por otros acuerdos y tratados vigentes.

2. El presente Acuerdo no es obstáculo a la aplicación, en las Localidades Fronterizas Vinculadas que abarca, de otros tratados y acuerdos vigentes.

3. El presente Acuerdo no se aplicará a aquellas Localidades que no existan expresamente en su Anexo de Localidades Fronterizas Vinculadas, conforme lo dispuesto en el numeral 1 del Artículo VI.

Artículo VI
Anexo de Localidades Fronterizas Vinculadas

1. La lista de Localidades Fronterizas Vinculadas y de las respectivas vinculaciones para la aplicación del presente Acuerdo es la que consta en el Anexo, pudiendo ser ampliada o reducida través de intercambio de Notas entre las Partes, con antelación de noventa (90) días.

2. La ampliación de la lista establecida en el Anexo dependerá del acuerdo que sobre el particular hagan las Partes. La ampliación podrá contemplar la totalidad o parte de los derechos previstos en el Artículo I.

3. Las Partes podrán en cualquier momento y a su criterio suspender o cancelar la aplicación del presente Acuerdo en cualquiera de las Localidades Fronterizas Vinculadas en el Anexo, por medio de Nota Diplomática con una antelación de treinta (30) días. La cancelación o suspensión incluye también cualquier de los numerales del Artículo I del presente Acuerdo.

4. La suspensión o cancelación no afecta la validez de los Documentos Especiales Fronterizos ya expedidos así como el ejercicio de las actividades originadas o los permisos concedidos.

Artículo VII
Vigencia

El presente Acuerdo entrará en vigor treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción de la segunda Nota diplomática por medio de la cual las Partes se notifiquen el cumplimiento de los requisitos internos para su entrada en vigencia.

Artículo VIII
Denuncia

El presente Acuerdo podrá ser denunciado por cualquiera de las Partes, por medio de comunicación escrita, transmitida por vía diplomática, con una antelación mínima de noventa (90) días.

Artículo IX
Solución de Controversias

Cualquier controversia relacionada con la interpretación y aplicación del presente Acuerdo será solucionada por la vía diplomática.

Dado en Brasilia, el 1 de septiembre de 2010, en dos ejemplares originales, en los idiomas español y portugués, siendo ambos textos igualmente auténticos.

POR EL GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

POR EL GOBIERNO DE LA REPÚBLICA FEDERATIVA DEL BRASIL

Maria Angela Holguin
Ministra das Relaciones Exteriores

Celso Amorim
Ministro das Relaciones Exteriores

SENADO DE LA REPUBLICA
Sesión Ordinaria (Año 130 y el Ley 1ª de 1997)
El día 20 de marzo de 2013, en el artículo 7
se aprobó en esta Sesión el Proyecto de Ley
No. 214 de 2012 del Congreso de la República y
cambiaron de sus requisitos constitucionales y Legales
por el Proyecto de Ley No. 214 de 2012
SECRETARIO GENERAL

CONTENIDO

Gaceta número 110 - Miércoles, 20 de marzo de 2013	
CÁMARA DE REPRESENTANTES	Págs.
PROYECTOS DE LEY	
Proyecto de ley número 247 de 2013 Cámara, por la cual se adiciona el numeral 5 del artículo 192 del Decreto número 663 de 1993.....	1
Proyecto de ley número 248 de 2013 Cámara, por la cual se redefine el Sistema Integral de Seguridad Social en Salud.....	2
PONENCIAS	
Ponencia y Texto sujeto para aprobación para primer debate de Cámara al Proyecto de ley número 214 de 2012 Cámara, 33 de 2012 Senado, por medio de la cual se aprueba el "Acuerdo entre el Gobierno de la República de Colombia y el Gobierno de la República Federativa del Brasil sobre permiso de residencia, estudio y trabajo para los nacionales fronterizos brasileños y colombianos entre las localidades fronterizas vinculadas".....	17