



# 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° 350

Bogotá, D. C., viernes, 31 de mayo de 2013

EDICIÓN DE 32 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

## SENADO DE LA REPÚBLICA

### PONENCIAS

#### INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 51 DE 2012 SENADO

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

#### PROYECTO DE LEY NÚMERO 210 DE 2013 SENADO

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

#### PROYECTO DE LEY NÚMERO 233 DE 2013 SENADO

*por la cual se crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud.*

Bogotá, D. C., 30 de mayo de 2013

Doctor

JORGE ELIÉCER BALLESTEROS BERNIER

Presidente Comisión Séptima Constitucional Permanente

Senado de la República

E. S. D.

**Asunto: Informe de Ponencia para Primer Debate al Proyecto de ley número 51 de 2012 Senado, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Proyecto de ley número 233 de 2013 Senado, por la cual se crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud.**

Respetado señor Presidente:

En cumplimiento del encargo hecho por la honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República y de conformidad con lo previsto en el artículo 153 de la Ley 5ª de 1992, Reglamento del Congreso, presento para su consideración, **informe de ponencia para primer debate** a los proyectos de ley de la referencia, con las siguientes consideraciones que en adelante propongo.

Atentamente,

*Gloria Inés Ramírez Ríos,*

Senadora de la República elegida por el PDA.

#### INFORME DE PONENCIA PARA PRIMER DEBATE A LOS PROYECTOS DE LEY ACUMULADOS NÚMERO 51 DE 2012 SENADO

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

210 DE 2013 SENADO

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

Y 233 DE 2013 SENADO

*por la cual se crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud.*

#### 1. Contexto de la crisis del sistema de salud

– La crisis del sistema actual de salud es inherente a su concepción misma como negocio y como bien privado introducida por las reformas constitucionales y legales, de corte neoliberal, de principios de los años 90, entre ellas la Ley 100 de 1993, adoptadas dentro del marco de la *nueva teoría del desarrollo* del Plan Gaviria, que favo-

recieron la acumulación de capital en el sector a través del fortalecimiento del empresariado en el aseguramiento y en la prestación de servicios.

– Dichas reformas introdujeron un cambio profundo en el alcance de la función garantista, rectora e interventora del Estado en los campos económico y social, que vino a ser reemplazada en gran medida por las leyes del mercado rigiendo en las relaciones laborales, comerciales, financieras, etc., y en la satisfacción de las necesidades básicas de la población como salud, vivienda, servicios públicos domiciliarios, educación, etc.

#### • ¿De qué es la crisis?

Es preciso aclarar que la crisis del actual sistema de salud, implementado mediante la Ley 100 de 1993, no es una crisis del negocio médico-industrial, cuyo auge lo demuestra la proliferación de prestadores privados del servicio, el fortalecimiento de las farmacéuticas transnacionales y el turismo médico; ni del negocio médico-financiero con la enorme inversión en seguros privados y en empresas de intermediación financiera de los recursos de la salud<sup>1</sup>.

Es una crisis de:

- La sostenibilidad de la red pública de prestadores del servicio de salud.
- De la capacidad del sistema para satisfacer las necesidades de la población en materia de salud.
- Del régimen subsidiado de salud, producto de la segmentación del sistema por capacidad de pago que reproduce la inequidad.
- De la dignidad laboral y la autonomía profesional del talento humano.
- De un enfoque preventivo, promocional e integral de la salud.

Por tanto a diferencia de lo que considera el Ministro de Salud<sup>2</sup>, la crisis actual no es de carácter financiero si bien tiene síntomas de este tipo, es una crisis de la concepción de la salud como mercancía y no como derecho fundamental de carácter integral, lo que afecta negativamente la calidad y oportunidad en la prestación del servicio y la incidencia en los determinantes de la salud misma.

#### • Más de lo mismo

Con posterioridad a la expedición de la Ley 100 de 1993, y ante los diferentes estallidos de crisis, la respuesta recurrente del Estado colombiano en cabeza de sus diferentes gobiernos de línea neoliberal ha sido reajustar el sistema pero dentro de la misma lógica; de ello son muestra reformas como la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011; que

sin embargo, han abierto y refinado el debate, por parte de fuerzas alternativas, entorno a los cambios estructurales que requiere el sistema de salud colombiano.

#### A. Responsables de la problemática actual

##### • Rol de las EPS

– Para nadie es un secreto que son las EPS unas de las principales responsables de la crisis del sistema de salud, por su ánimo de lucro que desdibujó el carácter de derecho fundamental de la salud y lo convirtió en un negocio al punto de destinar los recursos para fines totalmente ajenos al mismo.

– Así, de acuerdo con estudio realizado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas publicado el día 29 de octubre de 2012, en el diario *El Tiempo*, las EPS son las principales deudoras. Estudiando la cartera de 130 instituciones públicas de las 320 afiliadas a la Asociación, se encontró que las mayores deudoras son las EPS del régimen contributivo, con el 36.7%, seguidas por las del régimen subsidiado con el 26.5%.

– Las EPS del contributivo adeudaban a esa fecha \$1.6 billones, siendo el 57% cartera morosa, es decir, con más de 60 días de vencimiento y las EPS del régimen subsidiado adeudaban \$1.2 billones, de los cuales el 66.8% era cartera morosa.

– De igual forma, a esa fecha, la cartera de las entidades intervenidas, con vigilancia especial y en liquidación por parte de la Supersalud, asciende a \$1.7 billones.

– No obstante, las alarmantes cifras, de acuerdo con la Contraloría General de la República, el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud, aún no adelantan las medidas suficientes para lograr la restitución de liquidez al sistema por parte de las EPS, así como el desmonte de operaciones fiscales de préstamo, donación, inversión, leasing que se ha establecido que las EPS hicieron con la UPC y los parafiscales. Por el contrario se adoptan medidas como la Ley 1608 de 2013 [Ley de Cuentas Maestras], que adoptó toda una serie de medidas para cubrir parte del pasivo que principalmente tenían las EPS con las IPS públicas a través de dinero de los entes territoriales y fondos nacionales, y en ningún caso con dinero de las mismas deudoras.

– Pero como se dijo antes la crisis no es financiera esto hace parte de los síntomas, sino que es una verdadera crisis del servicio de seguridad social en salud; en lo que va corrido de este año, por mencionar sólo el caso de Bogotá, D. C., se han registrado 6.000 quejas por la mala atención de las EPS, tanto del Contributivo como del Subsidiado: negación de citas con especialistas, demora en la entrega de medicamentos, etc., siendo los adultos mayores los principales perjudicados.

“*El 70% de las tutelas que hoy tenemos son tutelas por haberles negado a lo que tienen derecho los ciudadanos, está incluido dentro del POS*”, aseguró el secretario de Salud de Bogotá, Guillermo Jaramillo.

<sup>1</sup> Ideas tomadas del documento Marchemos “Por una salud para la segunda y definitiva independencia”. Documento de discusión en el activo nacional de salud. Elaborado por el doctor Román Vega Romero.

<sup>2</sup> Entrevista al Ministro de Salud “Habrá vuelco en el sistema de salud” Por: Yamid Amat, 12 de enero del 2013. *El Tiempo*. [http://www.eltiempo.com/politica/ARTICULO-WEB-NEW\\_NOTA\\_INTERIOR-12509885.html](http://www.eltiempo.com/politica/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-12509885.html).

### • **Corrupción generalizada**

– El mayor problema que ha demostrado tener el sistema de salud, como parte de su propia lógica mercantilista y el papel pasivo del Estado, es la corrupción en todos los eslabones de la cadena, pues si en algo ha habido acuerdo es en que los recursos de la salud en Colombia son suficientes.

– De acuerdo con informe de prensa de la Contraloría publicado en el diario *El Espectador* el pasado 25 de octubre, los procesos de responsabilidad fiscal e indagaciones preliminares en el sector salud rondan los \$1.5 billones, abarcan municipios, hospitales, direcciones territoriales de salud, empresas promotoras de salud, etc., y están relacionadas con irregularidades en contratación, sobre costos, multifiliaciones, cobro de facturas adulteradas, etc.

### • **Política marco del Gobierno Nacional**

– Sea lo primero decir que las recientes reformas de iniciativa gubernamental: a la educación (fallida), tributaria (aprobada), al sistema de salud y al régimen pensional (próxima a radicarse en el Congreso), siguen la misma lógica neoliberal de dejar en manos de los particulares y del mercado la prestación de bienes y servicios que son fundamentales para la sociedad y de condicionar su acceso y calidad a la capacidad de pago y ahorro de las personas, redistribuyendo la pobreza entre las clases medias y pobres, dejando a las altas exentas, en uno de los países más inequitativos del mundo.

## 2. **Antecedentes de los proyectos normativos en curso**

### Iniciativas legislativas

• **Proyecto de ley número 51 de 2012 Senado**, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Iniciativa: honorables Senadores *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Edinson Delgado Ruiz*.

Número de artículos: doce (12).

Fecha de radicación Senado: agosto 1° de 2012.

Fecha de radicación Comisión Séptima Senado: agosto 15 de 2012.

Publicación: *Gaceta del Congreso* número 488 de 2012.

• **Proyecto de ley número 233 de 2013 Senado**, por la cual se crea el Sistema Único Descartado de Seguridad Social en Salud.

Iniciativa: honorables Senadores *Luis Carlos Avellaneda, Gloria Inés Ramírez, Juan Manuel Galán, Camilo Romero, Alexander López, Parmenio Cuéllar, John Sudarsky, Jorge Guevara, Juan Fernando Cristo, Germán Carlosama, Carlos Alberto Baena, y honorables Representantes Iván Cepeda Castro, Germán Navas Talero, Ángela María Robledo, José Joaquín Camelo, Gloria Stella Díaz, Alba Luz Pinilla, Hugo Velásquez*.

Radicado en Senado: 10-04-2013.

Radicado en Comisión: 12-04-2013.

**Número de artículos: cincuenta y tres (53).**

Publicación: *Gaceta del Congreso* número 198 de 2013.

• **Proyecto de ley número 210 de 2013 Senado**, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

Iniciativa: Ministro de Salud y Protección Social, doctor *Alejandro Gaviria*.

Radicado en Senado: 19-03-2013.

Radicado en Comisión: 21-03-2013.

**Número de artículos: sesenta y siete (67).**

Publicación: *Gaceta del Congreso* número 116 de 2013.

### Acumulación de proyectos

Los tres Proyectos de ley números 233 de 2013, 210 de 2013 y 051 de 2012 Senado, fueron acumulados en virtud del artículo 151. Acumulación de Proyectos de la ley número 5 de 1992, que es del siguiente tenor:

*“Cuando a una Comisión llegare un proyecto de ley que se refiera al mismo tema de un proyecto que esté en trámite, el Presidente lo remitirá, con la debida fundamentación, al ponente inicial para que proceda a su acumulación, si no ha sido aún presentado el informe respectivo.*

*Sólo podrán acumularse los proyectos en primer debate”.*

### Audiencias públicas de salud

La Comisión Séptima de Senado convocó 12 audiencias públicas, en las cuales participaron diferentes sectores y agentes interesados.

**Los temas desarrollados durante las doce audiencias fueron:**

– El impacto de la reforma en las Entidades Territoriales.

– La visión de las asociaciones de usuarios y pacientes frente a la reforma.

– La visión de los agentes del sistema frente a la reforma.

– La visión de las sociedades científicas frente a la reforma.

– La visión de los hospitales públicos y privados frente a la reforma.

– La visión de la industria farmacéutica frente a la reforma.

– La visión de las facultades de medicina frente a la reforma.

– La visión regional (Medellín) frente a la reforma.

– La visión de la etnias (afrocolombianos, indígenas, raizales, palenqueras, comunidad rom y gitanos) frente a la reforma.

– La visión regional (Cali) frente a la reforma.

– La visión regional (Barranquilla) frente a la reforma.

– La visión regional (Bucaramanga) frente a la reforma.

En el desarrollo de las audiencias los temas generales evidenciaron otros tantos de mayor interés para la comunidad y giraron en torno a:

- La inclusión de la salud como un derecho fundamental.

- El énfasis en la salud antes que la enfermedad y la inclusión del trato humanizado en la prestación de los servicios.

- La unificación en el manejo de los recursos con la creación de Salud-Mía.

- La naturaleza de los Gestores de Servicios de Salud, la posibilidad de contar con excedentes, la revisión de sus funciones, especialmente, respecto de la conformación de las Redes de Prestación de Servicios.

- La posibilidad de que las Entidades Territoriales sean Gestores de Servicios de Salud Públicos.

- El riesgo de que los Gestores de Servicios de Salud aumenten sus ganancias negando servicios.

- La posibilidad de que con los seguros voluntarios se incremente el negocio de las Entidades Promotoras de Salud, aumentando la inequidad social.

- El pago de las deudas de las Entidades Promotoras de Salud con los Prestadores de Servicios de Salud.

- La eliminación del condicionamiento de la capacidad de pago.

- La autonomía médica para atender a los pacientes, recetarles y ordenarles los medicamentos y tratamientos.

- La desaparición de las EPS del Sistema y su transformación: se les cambia el nombre, pero se les da unas funciones, gestión y autorización, de pago de servicio o tecnologías.

- La revisión de las funciones de los Gestores de Servicios de Salud, especialmente la de auditar las cuentas, la conformación de las redes y su diferenciación con las funciones actuales de las Entidades Promotoras de Salud.

- El modelo de aseguramiento, no garantiza el derecho de acceso a la salud, porque aquí se habla de redes integradas.

- La necesidad de que el Estado garantice el ingreso al Sistema de Seguridad Social en salud del recurso humano idóneo y competente a través de concursos públicos y creando una adecuada remuneración acorde a su nivel académico.

- Las implicaciones de la naturaleza jurídica de Salud-Mía y sus funciones.

- La determinación de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) como factor integral.

- Definición de plazos para la determinación del cumplimiento de requisitos por parte de las actuales Entidades Promotoras de Salud (EPS) puedan adelantar procesos de transformación para la operación como Gestores de Servicios de Salud.

- La definición clara de las especialidades básicas y su concordancia con los niveles de atención de complejidad.

- La garantía en la continuidad de las instituciones de salud indígenas como red pública hospitalaria en las entidades territoriales.

- La garantía del enfoque diferencial en la administración y servicios de salud del pueblo Wayúu, en cumplimiento de lo ordenado por la Constitución Política, el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, y demás disposiciones.

- La desarticulación de los actores del sistema, el volumen de servicios y alto costo, la falta de participación y la vulneración de los derechos de salud, lo que redundan en derechos de petición y tutelas, son los problemas centrales que debe corregir la reforma.

### **Informes de ponencia**

El informe de ponencia (mayoritaria) con proposición positiva, fue refrendado por los honorables Senadores *Antonio José Correa Jiménez, Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento, Edinson Delgado Ruiz, Astrid Sánchez Montes de Occa, Gabriel Zapata Correa, Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Teresita García Romero y Guillermo Antonio Santos Marín*, radicado el día veintinueve (29) de mayo de 2013 y autorizado por la Comisión Séptima para su publicación en la *Gaceta del Congreso*.

Uno de los informes de ponencia (minoritaria) con proposición de Archivo, fue presentado por el honorable Senador Mauricio Ospina Gómez, radicado el día veintinueve (29) de mayo de 2013 y autorizado por la Comisión Séptima para su publicación en la *Gaceta del Congreso*.

El segundo informe de ponencia (minoritaria), con proposición de **aprobar el mismo con el texto propuesto para los Proyectos de ley acumulados números 51 de 2012, 210 de 2013 y 233 de 2013**, fue presentado por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos* el día treinta (30) de mayo de 2013.

### **3. Objetivo de los proyectos de ley en trámite**

#### **• Proyecto de ley número 51 de 2013**

Tiene por objeto mejorar las condiciones de acceso de la población al servicio público de seguridad social en salud.

#### **• Proyecto de ley número 210 de 2013**

Tiene por objeto redefinir el Sistema General de Seguridad Social en Salud, estableciendo sus principios, el marco de regulación de los beneficios en salud, la operación, gestión y administración de la prestación de los servicios, el manejo unificado de los recursos en salud, algunos procedimientos de inspección, vigilancia y control, el régimen de las Empresas Sociales del Estado (ESE) y un régimen de transición para su entrada en vigencia.

• **Proyecto de ley número 233 de 2013**

Presentado por la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud (ANSA), tiene como propósito la creación de un Sistema Único Descentralizado como medio para lograr el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

**4. Justificación de una iniciativa legal de carácter social que promueva el cambio del statu quo**

Frente a la crisis del sistema de salud que cobra a diario la vida de numerosos colombianos(as), muchos sectores sociales, académicos y políticos, desde hace varios años han asumido la responsabilidad del cambio y han trabajado en el diseño de un nuevo modelo que materialice el derecho fundamental a la salud, producto del cual:

- En el año 2001 se conformó el Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, en un congreso de más de 2.000 personas de todos los sectores y regiones del país.

- Se han presentado varias iniciativas al Congreso de la República, quien ha hecho oídos sordos.

- Se impulsó la Campaña Nacional “Octava Papeleta. Voz y Voto por tus Derechos”, para recordarle a la sociedad colombiana que es posible hacer de la salud y la seguridad social derechos universales.

- Se conformó la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural del Sistema de Salud y Seguridad Social (CSR), para hacer valer la declaración de la salud como derecho fundamental autónomo por parte de la Corte Constitucional.

- Se conformó la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud (ANSA), con más de 50 organizaciones sociales, sindicales, comunitarias, étnicas, de pacientes, de profesionales y trabajadores de la salud, de académicos universitarios, para presentar iniciativas legislativas al Congreso que superen, de una vez por todas, la indignante situación de la salud en Colombia.

En la actualidad la ANSA convencida de la importancia y de la lógica jurídica de que previo a la organización del sistema de salud mediante una ley ordinaria se determine la naturaleza, alcance del derecho a la salud y responsabilidad del Estado en la garantía del mismo, radicó el Proyecto de Ley Estatutaria número 105 de 2012 Senado, con la participación de 18 congresistas de seis partidos diferentes, cuyo contenido es concordante con el Proyecto de ley número 112 de 2012 Senado, presentado con el liderazgo del Senador Luis Carlos Avellaneda. Alrededor de estos dos proyectos se logró un trascendental consenso entre los ponentes de la Comisión Primera de Senado donde cursan con otros más de diferentes corrientes político-filosóficos, y se presentó ponencia unificada.

En total coherencia con los Proyectos de Ley Estatutaria números 105 y 112 de 2012 mencionados, el 10 de abril se radicó Proyecto de Ley Ordinaria número 233 de 2012, sobre el que versa este informe de ponencia, iniciativas estas que constituyen una verdadera alternativa al carácter continuista de las reformas lideradas por el ejecutivo.

**5. Razones del desacuerdo con el texto del Proyecto de ley número 210 de 2013 y 51 de 2012 y propuesta alternativa presentada en el Proyecto de ley número 233 de 2012**

Las principales razones de oposición al contenido de la reforma a la salud propuesta por el Gobierno Nacional con el apoyo de su bancada en el Congreso consisten en las siguientes:

– **Reafirmación del modelo de salud de la Ley 100 de 1993**

- Desde diferentes sectores se estaba demandando del Gobierno Nacional una reforma **estructural** del Sistema de Salud implementado por la Ley 100 de 1993 de corriente neoliberal y característico por la **privatización del servicio, la intermediación financiera y la mercantilización del derecho fundamental a la salud.**

- Frente a este primer aspecto y como el mismo objeto del proyecto de ley lo sostiene, el Gobierno propone es una “redefinición” del sistema mediante la cual se profundiza en las tres características anteriores, sólo que con diferentes nombres.

– **Desconocimiento expreso y tácito del carácter de fundamental**

Acorde con la solicitud generalizada de que el proceso de reforma a la salud esté presidido por la aprobación de una ley estatutaria que defina y determine el alcance del derecho a la salud partiendo de su reconocimiento ya constitucional ahora legal, de derecho fundamental, es preciso anotar que en la redacción del proyecto de ley original no se hace una sola referencia o reconocimiento expreso a este carácter, lo que perfila, sin lugar a dudas, la concepción de salud del Gobierno Nacional, desarrollada a lo largo del contenido.

– **Ausencia de APS**

La estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), que debe ser la médula de cualquier sistema de salud, está ausente en la Ley 100 de 1993, se intentó introducirse con la Ley 1438 de 2011, pero su desarrollo ha sido precario y en el *proyecto de ley del Gobierno* está ausente.

Un sistema de salud basado en APS, implica poner el énfasis en la promoción y prevención en salud, y no simplemente en un enfoque curativo de la enfermedad; significa incidir en los determinantes de la salud, tales como agua potable, medio ambiente sano, vivienda y trabajo dignos, etc.; significa acercar el sistema de salud al lugar de residencia, a la comunidad y al sitio de trabajo de las personas; significa establecer una relación

de confianza y permanencia con el médico tratante quién deberá guiar al paciente a través de toda la complejidad del sistema cuando así lo requiera y lo volverá a recibir, esto a su vez conlleva la formación de médicos generales diferentes a los de la actualidad, con un alta capacidad resolutive en la mayoría de contingencias de los pacientes.

En la actualidad la congestión de las salas de urgencias del Distrito obedece en gran parte a la falta de implementación de la estrategia de APS que ocasiona que numerosas contingencias que pudieron haberse resuelto incluso en las casas de los pacientes se hayan agravado y convertido en una urgencia.

#### **– Privatización, intermediación financiera y mercantilización del derecho a la salud**

Con toda claridad hay que decir que el proyecto de ley ordinaria de salud del Gobierno ahonda en la privatización del servicio, la intermediación financiera y la mercantilización del derecho a la salud, por múltiples razones, pero en especial por las siguientes:

##### **i) Continuidad del mismo esquema**

El Sistema de Salud continúa operando bajo el mismo esquema de unas entidades intermediarias que garantizan unas determinadas prestaciones de salud definidas en un Plan de Beneficios a cambio de una contraprestación económica que como se verá en este proyecto se aumenta y garantiza.

##### **ii) Exclusiones amplias y ambiguas en el Plan de Beneficios**

No es cierto propiamente que ahora no va a existir un lista explícita de bienes y servicios en salud y que será reemplazada por una lista de exclusiones queriendo significar que prácticamente todo estará cubierto excepto algunas cosas plenamente justificadas. La propuesta del Gobierno trae unos criterios amplios y ambiguos que dejen por fuera de nuevo muchos de los servicios y tecnologías requeridos por las personas, por lo que en la práctica será igual, entre ellos figuran: Los que no estén catalogados por la autoridad competente como servicios y tecnologías en salud o que no hayan sido autorizados por la misma y sobre los que no haya evidencia técnica o científica de su seguridad, eficacia o pertinencia clínica.

##### **iii) Barreras de acceso al servicio de salud**

El acceso al servicio de salud pese a los principios de igualdad y equidad que se mencionan formalmente, sigue estando atado a la capacidad de pago; los ahora Gestores podrán seguir cobrando copagos y cuotas moderadoras que son barreras de acceso que muchos colombianos de escasos recursos no logran superar para recibir la atención; adicionalmente y pese a veinte (20) años de transitoriedad, la segmentación entre pobres y ricos, a través de los regímenes contributivo y subsidiado continúa, con la excusa de que la Reforma Tributaria se quedó corta en garantizar la financiación de

un solo régimen, cuando es sólo cuestión de voluntad política; pero como si fuera poco, se fortalece la medicina prepagada o complementaria a la que se espera que migren las personas de clase media y alta, a quienes se les trasladará el valor per cápita para financiar las prestaciones de Mi-Plan.

##### **iv) Participación social precaria y ausencia de transparencia en los procesos**

La participación social y la transparencia de los procesos, a que está ligada, es reducida, en primer lugar, se canaliza a través de personas jurídicas debidamente constituidas, no se establece su carácter vinculante, los mecanismos de participación no son claros y está ausente de centros de poder o decisión como el órgano de administración más importante del sistema: Salud-Mía, que se encargará de la afiliación, recaudo y distribución de aproximadamente 36 billones de pesos, de cuya junta directiva sólo hará parte el Gobierno Nacional y ni siquiera los entes territoriales tendrán participación.

Adicional a lo anterior, se exceptúa a dicha Unidad del Régimen de Contratación Administrativa por lo que sus procesos contractuales podrán hacerse sin las garantías de transparencia, concurrencia, objetividad, eficiencia, etc., que procuran las licitaciones públicas, el proceso de selección objetiva, el concurso de méritos, etc., no obstante la enorme cantidad de recursos que va a manejar. A lo que se suma el que los Gerentes de las ESE seguirán siendo nombrados a dedo por el Gobierno central o territorial, según el caso.

De igual manera, es clara la voluntad política del Gobierno Nacional en materia de participación social, cuando una gran cantidad de los aspectos más controversiales y delicados del proyecto de ley, los sujeta a su reglamentación posterior, en muchos casos sin criterios ni términos ciertos, con la ausencia de debate que caracteriza dichos procesos, por mencionar sólo algunos de los más relevantes, tenemos:

a) La entrada en funcionamiento de Salud-Mía, en cuya ausencia sus funciones de recaudo y pago seguirán siendo asumidas por las EPS y, posteriormente por los Gestoras;

b) El porcentaje que se pagará a los Gestores por concepto de administración, por el manejo de las licencias, sobre el valor per cápita y sobre los excedentes de estos valores, etc.;

c) El valor y los casos en que los Gestores cobrarán cuotas moderadoras y copagos.

##### **v) Privatización de los recursos de la salud**

La privatización de los recursos de la salud es desvergonzada, abiertamente se establece en el literal x del artículo 4º, en el que se dice que los recursos de la salud son públicos hasta que se transfieren de Salud-Mía a los agentes del sistema y en el artículo 42 en el que además de reconocer que el porcentaje de valor per cápita destinado a financiar las prestaciones de Mi-Salud se usará para

la cobertura complementaria, se establece que se entiende como un pago anticipado a la respectiva entidad (Compañía de Medicina Prepagada o de Seguros), por un servicio prestado, por lo que pierde el carácter de público y entra a ser parte de su patrimonio.

Esto francamente es inaudito; contrario a lo que ha dicho el Ministro de Salud de dientes para afuera, cuando ha criticado las canchas de golf construidas con recursos de la salud es la vía libre a este tipo de inversiones y múltiples otras que nada tiene que ver con la salud y que solo engrosan las arcas de los intermediarios del sistema.

vi) **No es cierto que se acabe la intermediación financiera**

El caballito de batalla que ha utilizado el Ministro de Salud y el Presidente de la República para vender este proyecto de ley ordinaria a la ciudadanía es que las EPS ahora Gestoras ya no manejarán los recursos de la salud: falso de toda falsedad.

Lo primero que hay que decir es que el Gobierno a su libre arbitrio fijará el inicio de operaciones de Salud-Mía según el artículo 13 y mientras esto sucede las actuales EPS y los Gestores posteriormente, seguirán en el caso de los primeros y asumirán en el de los segundos las funciones de afiliación, recaudo y administración de los recursos de la salud como expresamente lo señala el parágrafo del artículo 27, es decir, continuarán con la intermediación financiera.

Pero aún, cuando entre en vigencia Salud-Mía y haciendo la claridad que el artículo 27 literal l), establece que los Gestores coadyuvarán con esa unidad en la afiliación y el recaudo, esperamos que el Ministro de Salud, nos explique cómo, los Gestores recibirán directamente, por lo menos, los siguientes recursos:

a) Los cobrados por concepto de copagos y cuotas moderadoras a los usuarios;

b) Una fracción del valor per cápita ajustado por riesgo, por logros en salud;

c) El saldo de los excedentes derivados de la gestión del valor per cápita, por resultados en salud, una vez restada una proporción que se destinará a la reserva que debe constituir cada Gestor en Salud-Mía. **Sólo después de estos descuentos, el saldo, si es que queda de los excedentes, se destinará al sistema de salud;**

d) Los recursos que se giren directamente a las IPS con que estén integradas verticalmente en el nivel básico de atención en salud.

El único monto que en principio no percibirán directamente los Gestores, no pasando lo mismo con las prepagadas y las compañías de seguros que presten simultáneamente los servicios de Mi-Plan, es la fracción del valor per cápita destinada a Mi-Plan, que aun perteneciéndoles, se girará directamente, por orden suya, a los prestadores del servi-

cio de salud. Sin embargo, al final, los excedentes de la misma le terminarán llegando como se señaló en el literal c), anterior.

Como si fuera poco, se establece un reaseguro que busca proteger las utilidades de los Gestores frente a los eventos de alto costo así como el respaldo del Estado en los casos de insuficiencia del valor per cápita por mala gestión.

vii) **Privatización del servicio de salud**

Como muestra de la profundización en la privatización del servicio a la salud, es palpable la inequidad entre el tratamiento dado a los Gestores, que siguen siendo unos intermediarios, y el dispensado a los prestadores de los servicios de salud que son los verdaderos responsables de que las personas materialicen su derecho.

En primer lugar, los Gestores son quienes contratan a los prestadores del servicio de salud, bajo unas condiciones de pago que el proyecto de ley permite que pacten de forma privada.

Para el pago, los prestadores dependen de los Gestores, que tienen la potestad de aprobar o no las facturas y ordenar o no el giro de la fracción del valor per cápita, que les paga a los Gestores Salud-Mía, no a los prestadores, como bien lo señala el artículo 11 literal a).

Los prestadores a diferencia de los Gestores no tienen reconocimientos económicos por resultados en salud y a contrario sensu de los mismos, Salud-Mía les puede retener el giro por no cumplir con el envío de la información en las condiciones establecidas por el MinSalud.

Por otro lado y siguiendo en la línea de la privatización del servicio de salud, los Departamentos, Distritos y Ciudades Capitales, entre sí, en asocio con un tercero o individualmente podrán constituirse como Gestores del Servicio de Salud, cuando en su jurisdicción tengan mínimo un millón de habitantes, sin embargo, de esta clase de Gestores sólo puede haber uno por Área de Gestión Sanitaria, que son las zonas del territorio nacional en que se dividirá la prestación del servicio de salud, no habiendo ninguna limitación para los Gestores privados.

Adicionalmente, pese a que el Ministro de Salud ha repetido la importancia de que los Gestores se concentren en una determinada área del territorio, el proyecto de ley permite que conformen filiales para tener presencia en otras áreas y establece que en aquellas zonas del territorio con dispersión poblacional, baja institucionalidad y capacidad, se constituirán Áreas de Gestión Sanitaria operadas **por un solo Gestor**, elegido a dedo, siendo este el caso de múltiples regiones como La Guajira donde la salud es precaria y la corrupción abunda.

Por último, si bien se establece que el MinSalud, determina los contenidos, forma y tiempo en que se deben dar los flujos de información administrativa, financiera, de prestación y calidad de los

servicios, por parte de los agentes del sistema, así como, el carácter público de la misma; lo cierto es que se les da a los Gestores control sobre su propia información y, más grave, aún sobre la de los prestadores de servicios de sus redes.

#### viii) Permanencia de las EPS en el Sistema

Por más que le cambien el nombre de Entidades Promotoras de Salud, a Gestores de Servicios de Salud, lo cierto es que el proyecto de ley está diseñado para que aquellas se transformen en Gestores, que ahora podrán no sólo gestionar los servicios de Mi-Plan sino los de la cobertura complementaria o medicina prepagada.

Gravemente, se observa que les imponen la condición de estar al día con las obligaciones del Sistema, pero no se establece que por ello deba entenderse el pagado efectivo del pasivo y con sus propios recursos. Pues lo que se observa es que desde la Ley 1608 de 2012, se viene allanando el camino para que el Estado con recursos de todos los colombianos, a través, por ejemplo, de la subcuenta del Fosyga y de los excedentes de rentas cedidas, cuentas maestras, entre otros, se subroguen en el pasivo que tienen las EPS con las IPS, sin exigir el mínimo esfuerzo de aquellas ni consagrar mecanismos claros y efectivos para que paguen posteriormente el dinero, en esto es diáfano el párrafo del artículo 62 del proyecto de ley.

La propuesta del Gobierno carece de causales de inhabilidad para que las EPS puedan transformarse en Gestores, basadas, por ejemplo, en haber sido sujetos de medidas administrativas especiales, en el número de tutelas interpuestas por servicios POS, en la baja calificación de los usuarios, en recobros indebidos, etc., mandando el mensaje claro de que la ineficiencia, los delitos contra el patrimonio público y, en últimas, negociar con la salud, paga.

#### ix) Legalización de la Integración Comercial

Haciendo caso omiso de que la integración en todas sus formas entre los diferentes agentes es uno de los cánceres del sistema, por las distorsiones en la demanda y en la oferta, el abuso de la posición dominante, la ausencia de controles, etc., el Gobierno Nacional, legaliza con el proyecto de ley la integración vertical en el nivel de atención básica y la integración comercial en general en todos los niveles de atención, pues nada dice al respecto, excepto para la tríada Gestores, prestadores y proveedores de medicamentos.

Sobre este punto es pertinente decir que en el caso de las Compañías Prepagadas y de las Compañías de Seguros que financiaran las prestaciones de Mi-Plan con una fracción del valor per cápita, no hay restricciones en materia de integración vertical.

#### x) Ausencia de dignificación del trabajo y de mejoramiento de la capacitación del Talento Humano

La tercerización laboral, la inestabilidad laboral, los salarios bajos, la negación de presta-

ciones sociales, la ausencia de formación constante y de autonomía médica, es la condición de muchos profesionales y trabajadores de la salud. Desconociendo esto, el *proyecto de ley del Gobierno* no introduce mecanismo alguno para modificar esta realidad, por el contrario propone que se le faculte extraordinariamente para determinar el régimen laboral de los servidores de las ESE, sin participación social, entre otros, con el fin de: “*hacer sostenibles las Empresas Sociales del Estado*”, respetando los derechos adquiridos, con lo que se prevé desde ya la intención de desmejorar las condiciones de estos servidores en la misma línea de todas las reformas laborales y de seguridad social del Gobierno, con el agravante de que por el tipo de trámite no tendrían el debate popular que puede acompañar al proceso en el Congreso.

Y en lo que respecta a las IPS privadas hay silencio absoluto sobre la dignificación del trabajo, la seguridad laboral, la contratación directa, la autonomía médica, la capacitación permanente, etc.

De igual forma se echa de menos en el proyecto una política clara de regulación de precios y de administración de patentes.

#### xi) Inspección, vigilancia y control: inermes

Por último, pese a que el mismo presidente de ACEMI<sup>3</sup>, Jaime Arias, ha señalado que uno de los grandes problemas del Sistema de Salud es la ausencia de controles efectivos sobre los agentes, el proyecto de ley se queda corto en esta materia, aparte de consagrar que la Superfinanciera asumirá algunas de las funciones fiscalizadoras de los recursos, no fortalece la Superintendencia de Salud ni le da cobertura local, no la dota de instrumentos legales que le permitan contrarrestar los mayores obstáculos que se han presentado para lograr que por ejemplo las EPS cumplan con su obligación de restituir la liquidez al sistema como son la múltiple interposición de recursos legales y nulidades que congelan los procesos mientras se insolventan; deja al libre arbitrio de la misma el decidir en qué casos adopta una medida de toma de posesión para la administración y en cuáles para la liquidación; establece en el caso de la administración un término de dos (2) años prorrogables por igual plazo, para poder proceder a la liquidación. En fin las herramientas de Inspección, Vigilancia y Control, continúan iguales, inermes, frente al avasallamiento de los privados con ánimo de lucro. Pero no es de extrañarse frente a las claras intenciones del Gobierno Nacional de profundizar en la mercantilización de la salud. Esto sumado a la escasa participación social, no puede sino degenerar en más Corrupción y muerte de personas a la entrada de los hospitales.

<sup>3</sup> Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral.

El proyecto de ley ordinaria de Salud del Gobierno no nos deja como estamos, profundiza en la privatización, en la intermediación financiera y en la mercantilización del derecho fundamental a la salud.

**6. Análisis crítico detallado del articulado:**

En la siguiente tabla se agrupan, por temáticas relevantes, que orientan el análisis del proyecto de ley, los diferentes artículos de contenido problemático y contrario a un Sistema de Seguridad Social en Salud donde se materialice el carácter fundamental de este derecho. Con negrita están resaltados algunos de los puntos que suscitan mayor preocupación.

TEMÁTICA	ARTÍCULO	OBSERVACIONES
Reforma estructural	Artículo 1°	Se "redefine" el sistema implementado por la Ley 100 de 1993, profundizando en la privatización y mercantilización del servicio de salud.
Derecho a la Salud		No se hace referencia a la salud como derecho fundamental sino como servicio público o como conjunto de prestaciones y servicios.
Plan de Beneficios		Se mantiene el esquema de aseguramiento por parte de unas entidades públicas, privadas o mixtas, de unas determinadas contingencias, teniendo como contraprestación un valor por unidad de capitación.
	Artículo 15	Se dice que se va a seguir un proceso con participación social para definir las exclusiones pero bajo parámetros inamovibles que en la práctica devendrán en una lista de exclusiones amplísima: - Que no estén catalogados por la autoridad competente como servicios y tecnologías en salud o que no hayan sido autorizados por la misma. - Que no haya evidencia técnica o científica de su seguridad, eficacia o pertinencia clínica.
Segmentación del Sistema	Artículo 3°, n	Continúa habiendo 2 regímenes, el contributivo y el subsidiado, más los servicios complementarios.
	Artículo 4°, d e i).	El principio de igualdad y equidad independiente de la capacidad económica, que, supuestamente, informa el sistema de salud, es contrario a la existencia de tres regímenes de salud.
Segmentación del Sistema	Artículo 30	Se deja como facultativo de los Gestores de Salud atender simultáneamente los afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, por tanto, si no lo quieren hacer no están obligados y quién garantizará la prestación de los servicios de salud a los del subsidiado.
	Artículo 37	Se establece que los usuarios podrán acceder voluntariamente a cobertura complementaria en salud, no incluida en Mi-Plan, con condiciones diferenciales de acceso, bienes y servicios.
Barreras de Acceso		Los Gestores de Servicios de Salud, cobrarán cuotas moderadoras y copagos.
Ausencia de Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS)	Artículo 3°, h.	Su desarrollo en el proyecto es mínimo.
Escasa Participación Social	Artículo 3°, l	La participación individual es nula: "Contará con la participación de los afiliados quienes podrán asociarse para actuar ante los Gestores de Servicios de Salud y los Prestadores de Servicios de Salud".
	Artículo 4°, k	El principio de participación social en la organización, gestión y fiscalización del sistema se ve desdibujado en el articulado.
	Artículo 7°, 12	La Junta Directiva de Salud-Mía, unidad encargada de la información, recaudo, pago y administración de la información, sólo va a estar conformada por el Gobierno Central sin un solo representante de la sociedad civil: Ministro de Salud, Ministro de Hacienda y un delegado del Presidente.
	Artículo 15	Para definir las exclusiones de Mi-Plan, habla de que se garantizará la participación social; sin embargo, <b>no se establece el carácter vinculante, se condiciona a que sean organizaciones debidamente constituidas y no se fija el término dentro del cual se deberá llevar a cabo.</b>
Traslado de cargas a los ciudadanos	Artículo 4°, r	El principio de Corresponsabilidad que se introduce puede funcionar como un eximente de responsabilidad del Estado o una fuente de responsabilidad compartida frente al deber de autocuidado de las personas y más grave aún, puede restringir mecanismos jurídicos como la tutela, al hablar de "uso racional y adecuado de los recursos del Sistema"

TEMÁTICA	ARTÍCULO	OBSERVACIONES
Privatización de los recursos	Artículo 4°, x	Este literal consagra expresamente la prohibición de embargar los recursos del sistema de salud, no obstante que se trata de una medida que ha servido para evitar que los agentes del Sistema, como las EPS, terminen de despilfarrar los recursos.  Por otro lado, textualmente, consagra la privatización de los recursos de la salud: "Los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud destinados a las prestaciones individuales son públicos hasta que se transfieran desde Salud-Mía a los agentes del Sistema".
	Artículo 42	Se reconoce que el valor per cápita que en principio financia las prestaciones de Mi-Plan, podrá ser usado para financiar las coberturas complementarias ofrecidas por los Gestores, prepagas y compañías de seguros, pero además, una vez se les transfiera se entiende un pago anticipado por un servicio prestado y pasa: "a ser propiedad de la entidad que los recibe; en consecuencia, pierde su carácter de recurso público". Esto significa, primero, que los valores per cápita se van a pagar de forma anticipada a las Prepagadas y a las Compañías de Seguros y que una vez lo reciban independientemente de que presten o no los servicios ya son recursos de su propiedad de los que pueden disponer libremente aún en asuntos que nada tienen que ver con salud.
Excepción soterrada del Estatuto General de Contratación de la Administración Pública	Artículo 6°, inciso 3°	En este artículo se señala que el régimen contractual de Salud-Mía, que en adelante administrará los \$36.000 millones de la salud, aproximadamente, será el previsto en el artículo 13 de la Ley 1150 de 2007, lo que en la práctica significa que se exceptúa a Salud-Mía de los procesos contractuales de la Ley 80 de 1993 y demás normatividad concordante, porque dicho artículo no consagra un régimen si no que hace referencia a que las entidades que están legalmente exceptuadas deben aplicar los principios de la función administrativa y de la gestión fiscal y el régimen de inhabilidades e incompatibilidades para la contratación estatal. Así las cosas, Salud Mía podrá contratar a dedo.
Continúa el manejo de los recursos por las EPS o Gestoras y la intermediación financiera	Artículo 11, a	Los recursos de Salud-Mía destinados a prestaciones individuales en salud se van a pagar a las Gestoras no a los Prestadores del Servicio de Salud, es decir, se trata de un dinero que les pertenece, independientemente de la forma de pago, que consiste en que las Gestoras contratarán a los Prestadores y ordenarán a Salud-Mía cuánto debe girárseles.
	Artículo 11, a y b.	Recibirán directamente los recursos por concepto de incapacidades generales y licencias de maternidad y paternidad.
	Artículo 11, j	Recibirán directamente los recursos por concepto de administración, <b>cuyo porcentaje la ley no especifica.</b>
	Artículo 11, Par. 2	Tendrán una contraprestación adicional a la de administración por el pago de las licencias de paternidad, maternidad e incapacidad general, <b>que la ley tampoco especifica</b> sino que se faculta al Gobierno para que la reglamente.
	Artículo 13 y Artículo 27 Par.	Contrario a lo sostenido por el Ministro de Salud y el Presidente de la República, las EPS y Gestoras continuarán con la intermediación financiera: - La entrada en operación de Salud-Mía se deja al libre albedrío del Gobierno: "El Gobierno Nacional determinará (...) la fecha en la cual iniciará las funciones de afiliación, recaudo y administración de los recursos". (Artículo 13). - Al mismo tiempo se dice que: "Mientras Salud-Mía inicia las funciones de afiliación, recaudo y administración de los recursos, las Entidades Promotoras de Salud y los Gestores de Servicios de Salud podrán adelantar dichas funciones". (Artículo 27, Par.) (negrita por fuera del texto).
	Artículo 26	Podrán cobrar copagos y cuotas moderadoras a los usuarios.
	Artículo 27, l	Van a coadyuvar con Salud-Mía en la afiliación y el recaudo.
	Artículo 27, o	Se dice que van a garantizar las prestaciones individuales de Mi-Plan con cargo a los recursos que "reciban", cuando el Ministro y el Presidente han dicho que no van a recibir estos recursos.

TEMÁTICA	ARTÍCULO	OBSERVACIONES
Continúa el manejo de los recursos por las EPS o Gestoras y la intermediación financiera	Artículo 32	Se legaliza la integración vertical en el nivel de atención básica por lo que los Gestores terminarán siendo beneficiarios de los pagos a través de sus propias IPS.
	Artículo 33	Del valor per cápita ajustado por riesgo recibirán, por logros en salud, la fracción restante a la destinada para financiar las prestaciones individuales, no se especifica de cuánto será.
	Artículo 33, inciso 4°	El saldo de los excedentes derivados de la gestión del valor per cápita, una vez restada una proporción que se destinará a la reserva que debe constituir cada Gestor en Salud-Mía. No se dice cuál será esta proporción ni cuánto lo que les corresponde a los Gestores, se trata de un estímulo perverso para ahorrar costos, negar servicios, pagar barato a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, además que ya tienen asignado un monto del valor per cápita en función de resultados; lo más preocupante es que una vez descontados los dos conceptos mencionados el resto ahí sí se destinará como reservas del sistema de salud. Adicionalmente, todo el sistema de incentivos de los Gestores es inequitativo con los Prestadores de Servicios de Salud, a quien no se le reconoce nada por cumplimiento de resultados.
	Artículo 42	Para las Compañías de Medicina Prepagada y de Seguros que presten simultáneamente los servicios de Mi-Plan y los de la cobertura complementaria, no es claro que el valor per cápita se les vaya a girar directamente a los prestadores del servicio, sino que se les pagará a ellas, además que se dice que se entiende como un pago anticipado, lo que daría como resultado, la intermediación financiera de dichas compañías además del estímulo perverso que generan los pagos anticipados en salud, pues los agentes buscan apropiarse de los recursos negando servicios a la gente, disminuyendo la calidad, pagando mal a los empleados, etc.
Reglamentación Gubernamental de los asuntos más delicados, sin término cierto ni condiciones en muchos casos	Artículo 11, Par. 2.	Los porcentajes de administración de las Gestoras y contraprestaciones económicas por el pago de licencias no se establecen en la ley.
Reglamentación Gubernamental de los asuntos más delicados, sin término cierto ni condiciones en muchos casos	Artículo 15	El proceso para definir las exclusiones del Plan de Beneficios Mi-Plan.
	Artículo 21	Definir las áreas de gestión sanitaria.
	Artículo 25	Requisitos de habilitación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
	Artículo 26	Las cuotas moderadoras y copagos que cobrarán las Gestoras a los usuarios.
	Artículo 33	La fracción del valor per cápita que les corresponde a las Gestoras por resultados en salud.
	Artículo 33	El porcentaje de los excedentes del valor per cápita destinado a constituir o aumentar la reserva de los Gestores en Salud-Mía, y del saldo de este, el porcentaje que se le entregará al Gestor como recurso propio.
	Varios artículos	Establecerán los resultados en salud de que dependen varias de las ganancias de los Gestores y el pago a los prestadores de servicios.
	Artículo 37	Las condiciones mínimas de los contratos de coberturas complementarias en salud.
	Artículo 45	La SuperSalud decidirá, a su arbitrio, si ordena la toma de posesión para administrar o liquidar sobre las entidades vigiladas, al menos.
	Artículo 46	La SuperSalud fijará el término del proceso liquidatorio de entidades vigiladas.
Artículo 49	La SuperSalud determinará si aplica el proceso administrativo sancionatorio verbal, que es más expedito, o escrito, según su arbitrio.	
Artículo 54	Establecer los casos "excepcionales" en los cuales las EPS durante la transición podrán aumentar cobertura, hacer movimiento de usuarios y traslados.	
Artículo 61, inciso 3°	Mecanismos para desestimar o sancionar el abuso de glosas por los responsables del pago.	
Inequidad entre Gestores públicos y privados	Artículo 31	Se establece que los Departamentos, Distritos y Ciudades Capitales, en asociación entre sí o con un tercero o individualmente podrán constituirse como Gestores de Servicios de Salud, <b>pero sólo podrá haber uno por Área de Gestión Sanitaria</b> , mientras para los demás tipos de gestores no hay restricción.

TEMÁTICA	ARTÍCULO	OBSERVACIONES
Manejo de la información	Artículo 17	Se establece el carácter público de la información sobre precio, usos, acceso y calidad de los servicios y tecnologías y el Ministerio regulará la forma en que los agentes la deben reportar.
	Artículo 27, n	En lo que respecta a los Gestores estos tendrán control sobre su propia información y la de sus redes de prestadores de servicios.
Política de Patentes	Artículo 18	La única referencia al control de patentes de invención está dada por la necesidad de que la SuperIndustria y Comercio solicite concepto al MinSalud en los procesos de patentabilidad.
Regulación de precios	Artículo 16	Se dice que el Ministerio de Salud regulará las clasificaciones y precios de las tecnologías, así como los precios de los servicios, de acuerdo con la Política Farmacéutica Nacional.
Organización de la prestación	Artículo 21	<b>Áreas de Gestión Sanitaria.</b> Son las porciones del territorio nacional en las que las personas accederán a las prestaciones individuales, cuya definición corresponde al Ministerio.
	Artículo 22	<b>Áreas de Gestión Sanitaria Especial.</b> Se dice que en las zonas donde no se garanticen las prestaciones de Mi-Plan, por alta dispersión o baja densidad de la población, por problemas en el flujo de los recursos, baja institucionalidad o capacidad instalada, etc., el MinSalud constituirá áreas de Gestión Sanitaria Especial, operadas <b>por un solo Gestor</b> seleccionado por un "proceso objetivo" sin especificar cuál, esto significa que en las zonas más problemáticas del país en las que por lo mismo los índices de corrupción son altos como La Guajira, por ejemplo, se va a entregar la <b>prestación</b> (no se entiende porque se emplea este término cuando son las IPS las encargadas) del servicio a 1 solo Gestor seleccionado a dedo, porque de acuerdo con el artículo 6° inciso 3°, Salud-Mía está excluida del Régimen de Contratación Pública.
Prestadores del servicio de salud	Artículo 23	Los hay de 2 tipos: - Primarios: Son la puerta de entrada al sistema, se encargan de las acciones de prevención y de las prestaciones individuales de medicina general y especialidades básicas. - Complementarios. Prestaciones individuales que requieren tecnología, recurso humano e infraestructura más avanzada y especializada.
	Artículo 25	No se dice nada sobre la naturaleza de las instituciones prestadoras del servicio de salud, si serán públicas, privadas, con o sin ánimo de lucro, mixtas. Sus requisitos de habilitación los fijará el MinSalud y los verificarán las Direcciones Departamentales y/o Distritales de las Áreas de Gestión Sanitaria.
Gestores de Servicios de Salud antiguas EPS	Artículo 26 Inc. 1° y 2°	Serán personas jurídicas, públicas, privadas o mixtas, cuyo ánimo de lucro no está prohibido. En el caso de las privadas deberán constituirse como anónimas, lo que imposibilitará conocer sus socios.
	Artículo 26, Par.	Se consagra expresamente que las actuales EPS podrán transformarse en Gestores y pese a que el artículo 26 parágrafo señala que tendrán que estar al día con las obligaciones del Sistema, no establece que por ello debe entenderse que hayan pagado efectivamente el pasivo, no celebrado acuerdos de pago o que el Estado haya asumido sus deudas a través de la compra de cartera entre otros mecanismos, como sucedió con las cuentas maestras. Igualmente, el proyecto de ley carece de unas <b>causales de inhabilidad</b> basadas por ejemplo en el haber sido sujetos de medidas administrativas especiales, en el número de tutelas interpuestas por servicios POS, en la baja calificación de los usuarios, en recobros indebidos, etc. Permitiendo con ello que no haya verdaderas sanciones a las EPS actuales por sus comportamientos indebidos.
Gestores de Servicios de Salud antiguas EPS	Artículo 59	Se habla del saneamiento de deudas entre EPS e IPS, pero como siempre no se indican claramente los mecanismos idóneos para obtener sobre todo de parte de las primeras el pago del pasivo: <i>"El Gobierno Nacional determinará los procedimientos para el saneamiento, la realización de los ajustes contables y la aplicación de medidas que permitan atender dichas obligaciones"</i> .

TEMÁTICA	ARTÍCULO	OBSERVACIONES	TEMÁTICA	ARTÍCULO	OBSERVACIONES
Concentración de poder en los Gestores	Artículo 27, c	Los Gestores organizan las redes de prestadores de servicios que habrá al interior de las Áreas de Gestión Sanitarias y deciden qué prestadores las integrarán.	Continúa la Integración Comercial en todos los niveles	Artículo 32 y 39	La integración vertical no sólo operará en el nivel básico de atención, porque las Compañías de Medicina Prepagada y de Seguros que presten simultáneamente los servicios de Mi-Plan y la cobertura complementaria, pueden estar integradas verticalmente u horizontalmente, en todos los niveles.
	Artículo 27, f	Los Gestores contratan a los prestadores de servicios de salud.		Artículo 48	En este artículo se habla de la competencia de la SuperSociedades para vigilar los grupos económicos cuyo objeto principal no sean actividades de salud a los que pertenezcan las entidades del Sistema de Salud, confirmando con ello, que la integración comercial está permitida en todos los niveles (excepto en lo que respecta para la tríada Gestores, prestadores y proveedores de medicamentos) y que es posible que se pertenezca a Grupos cuyo objeto principal no está relacionado con la salud, en desmedro de la calidad de la misma.
	Artículo 27, h	Auditan las facturas de los prestadores, aprueban los montos y ordenan los giros. <b>Nuevamente la fluidez de recursos del sistema depende de los Gestores y la prestación de los servicios a los pacientes también, se pregunta qué pasará cuando haya controversia entre los Gestores y los Prestadores, quién la dirime y en qué término, porque quien resultado afectado con esto finalmente es el usuario; por otro lado, los Gestores tendrán el poder de decir a quién se le paga y a quién no, y cuánto, con la posibilidad de corrupción y apropiación de los recursos que ello genera.</b>		Artículo 33, inciso 3º	Cuando producto de una mala gestión de los Gestores, del valor per cápita destinado a las prestaciones individuales en salud, haya un déficit, se dice que <b>en primer lugar</b> se cubrirá con las reservas de los Gestores, lo que significa que en segundo lugar será el Estado el que lo haga.
	Artículo 27, n	Van a controlar la información administrativa, financiera, de servicios, epidemiológica y de calidad, suya y de su red de prestadores de servicios.	Artículo 36	Se establece que MinSalud establecerá los mecanismos de redistribución y compensación del riesgo a los Gestores, entre otros por frecuencia de eventos de alto costo, de manera que en ningún caso estos actores pierdan dinero.	
	Artículo 27, q.	Se obliga a tener una auditoría independiente que vigile el cumplimiento de las obligaciones de los prestadores de la red, pero no se obliga a tener una independiente que vigile el cumplimiento de sus propias obligaciones.	Artículo 38	Están autorizadas para prestar este servicio los Gestores, las compañías de medicina prepagada y las Compañías de Seguros.	
	Artículo 28	Pese a que se dice que cada Gestor de Servicios de Salud va a estar concentrado en una determinada Área de Gestión Sanitaria, en este artículo se establece que podrán constituir filiales para operar en otras áreas, o sea que en la práctica los Gestores tendrán presencia en varias zonas del territorio, lo que va en contravía de que los Gestores enfoquen sus esfuerzos, hagan un uso eficiente de los recursos y se combatan la fragmentación y la interrupción de la prestación de los servicios.	Artículo 39	Pueden ofrecer tanto la cobertura de Mi-Plan como la complementaria, o sólo esta última. Esto claramente impulsará el crecimiento de la medicina prepagada en el país que actualmente está rezagada frente al número de personas afiliadas al régimen contributivo, por cuanto muchas encuentran unas prestaciones similares en ambos regímenes pero a precios distintos. Adicionalmente en el caso de los Gestores estimulará perversamente a la contención de costos mediante la negación de o dilación en la prestación de servicios, entrega de medicamentos, etc., con el fin que la gente prefiera y migre a los servicios ofrecidos por la medicina prepagada o complementaria, lo que en todo caso no obsta para que la persona retorne al régimen contributivo, en cualquier momento y especialmente, ante niveles de complejidad altos de enfermedad cuyos costos no pueda pagar en la prepagada, lo que es a todas luces inequitativo.	
Concentración de poder en los Gestores	Artículo 34	Los Gestores pactarán con los prestadores del servicio de salud la forma de pago. Esto es inadmisibles que no quede regulado legalmente, pues no se trata de particulares negociando asuntos privados, sino de la calidad, oportunidad, cobertura, continuidad, etc., de la prestación del servicio de salud, del pago digno al talento humano, de la sostenibilidad de los centros de salud.	El negocio de la medicina complementaria o prepagada	Artículo 39	En caso de ofrecer simultáneamente ambas coberturas, en el caso de las Prepagadas y Compañías de Seguros, éstas recibirán un porcentaje del valor per cápita ajustado por riesgo para la cobertura de Mi-Plan, las Gestoras ya lo tienen.
	Artículo 39 y 40	Los Gestores además de tener a su cargo las prestaciones de Mi-Plan podrán ofrecer la cobertura complementaria en salud, donde se abrirá una puerta para que los recursos destinados a financiar Mi-Plan, se utilicen indebidamente en la prestación de servicios complementarios, convirtiendo en ganancias el pago que hacen por ellos los usuarios.		Artículo 40 y 42	En el artículo 40 se dice que no se puede financiar con el valor per cápita la cobertura complementaria sino que esta debe ser sufragada con dineros propios del usuario, pero en el artículo 42 se habla expresamente de: "El valor per cápita que se utiliza en la financiación de la cobertura complementaria", por lo que al ser un artículo posterior de la ley, frente a una contradicción prima.
Trato inequitativo entre Gestores y Prestadores de Servicios	Artículo 11, a	Los Prestadores que son quienes garantizan el servicio de salud dependen para todos sus pagos de los Gestores, son estos los dueños del dinero y responsables de su pago, no el Estado, y por ende dependen de ellos también los usuarios.	El negocio de la medicina complementaria o prepagada	Artículo 42	Si bien en principio para los Gestores, el pago de un porcentaje del valor per cápita se va a girar directamente a los prestadores de servicios, en lo que respecta a las Prepagadas y Compañías de Seguros, cuando prestan simultáneamente los servicios de Mi-Plan y las coberturas Complementarias, esto no es claro, además que se dice que se entenderá como un pago anticipado.
	Artículo 34	Respecto a los prestadores se dice que Salud-Mía podrá retenerles una parte del pago si no reportan en las condiciones fijadas por MinSalud la información, pero está misma medida no opera para los Gestores. Y no se prevén medidas para contrarrestar el impacto de estas medidas en la prestación del servicio de salud al usuario.		Artículo 45 y 46	Habla de las causales de toma de posesión para administrar o liquidar pero no se especifica cuáles aplican para cada medida en particular, lo que debería estar claramente establecido y no ser potestativo de la SuperSalud, máxime cuando en el caso de la intervención forzosa para administrar se dice que el plazo que conceda la SuperSalud para superar las causales puede ser de 2 años prorrogables por igual término, vencido el cual si no se logra se procederá a la liquidación; lo que resulta inadmisibles, no puede ser que a un agente del sistema se le permita prestar mal el servicio de salud durante cuatro años para entonces tomar la decisión de liquidarlo, cuando además ha tenido tiempo suficiente para insolvntarse.
	Artículo 34, Par.	En la ley se establece que las facturas por prestación de servicios prescriben en doce meses una vez aceptadas por los Gestores, pero no se establece el término dentro del cual estos las deben aceptar, ni el procedimiento en caso de controversia ni el término dentro del cual los Gestores debe ordenar el pago y Salud-Mía hacer el giro a los prestadores.		Artículo 46, Inc. 3	Se deja como potestad de la SuperSalud definir la duración del proceso liquidatorio, cuando de la misma depende en parte que los agentes del sistema no se insolventen. Este término debe quedar claramente establecido en la ley.
Continúa la Integración Comercial en todos los niveles	Artículo 32	Se legaliza la integración vertical sin ningún límite entre Gestores y prestadores en el nivel de atención básica, de esta forma los primeros direccionarán los usuarios a sus IPS, serán juez y parte en la vigilancia del cumplimiento de objetivos, etc. Adicionalmente, la prohibición de integración vertical en otros niveles no abarca la de integración horizontal, directa o indirecta entre Gestores y Prestadores, que estaría permitida.			

TEMÁTICA	ARTÍCULO	OBSERVACIONES
Inspección, vigilancia y control	Artículo 49	Se deja como potestativo de la SuperSalud determinar si sigue el proceso sancionatorio escrito o verbal, sin que la ley establezca criterio alguno, dando lugar con ello a un foco de corrupción.
		En ningún artículo se fortalece la capacidad de inspección, vigilancia y control de la SuperSalud, excepto en cuanto se le asignan algunas funciones a la SuperFinanciera en lo que respecta al manejo de los recursos.
	Artículo 49, d y e	Se debe especificar que los recursos que se interpongan contra las sanciones impuestas por la SuperSalud, se concederán en el efecto devolutivo.
	Artículo 50	Se hace un listado de las sanciones que puede imponer la SuperSalud, pero no se dice en qué casos proceden o qué criterios se deben tener en cuenta, violándose de alguna manera el principio de legalidad que informa el derecho punitivo y dejándose un margen de acción muy amplio a la entidad vigiladora.
	Artículo 51	Se dice que la inasistencia a la audiencia de conciliación o peor aún el incumplimiento de lo acordado en la misma vulnera el sistema de salud pero no se establece la correspondiente sanción tornada ineficaz la medida.
	No se adoptan medidas que tornen eficaces los procesos que se adelantan en contra de los actores por uso indebido de los recursos de la salud, cuyos obstáculos han permitido que en muchos casos no se logren recuperar los dineros.	
Fondos de Salvamento	Artículo 62	Salud-Mía tendrá un Fondo conformado con recursos de todos los colombianos cuya función principal será servir de salvamento a los agentes del sistema, es decir, los Gestores, Prestadores, Compañías de Medicina Prepagada y de Seguros, a través de participación transitoria en su capital, compra o cesión de cartera, garantía para créditos, etc.
Fondos de Salvamento	Artículo 62, Par.	Con la subcuenta de garantías del Fosyga integrada por recursos de todos los colombianos, se autoriza la compra de cartera de IPS cuyos deudores sean las EPS, y la garantía de pago es el descuento de las sumas que se les tengan que girar, lo que claramente es una falacia porque las mismas en su mayoría ya están comprometidas en la prestación del servicio de salud, poniendo en riesgo el mismo; además que se exime a las EPS de pagar con sus propios recursos, servicios que ya fueron pagados por el Estado y las prepara para que se puedan transformar en GESTORES, en la medida que formalmente estarían cumpliendo con las obligaciones con el Sistema. Esto desde la ley de cuentas maestras Ley 1608 de 2013 ya se viene haciendo.
Nombramiento a dedo de los Gerentes de las ESE	Artículo 64	Los Gerentes de las ESE seguirán siendo nombrados por las autoridades nacionales o territoriales, según el caso, es decir, seguirán siendo fichas políticas, sin independencia, continuidad y focos de corrupción.
Ausencia total de disposiciones sobre condiciones dignas de trabajo y capacitación del talento humano.	Artículo 65	Se faculta extraordinariamente al Gobierno para expedir mediante decretos con fuerza de ley, el régimen laboral para los servidores de las ESE nacionales y territoriales, entre otros con el fin de: "hacer sostenibles las Empresas Sociales del Estado", respetando los derechos adquiridos, con lo que se prevé la intención de desmejorar las condiciones de estos servidores en la misma línea de todas las reformas laborales y de seguridad social del Gobierno, con el agravante de que por el tipo de trámite no tendrían el debate popular que puede acompañar su trámite por el Congreso.
	Artículo 65	Aunque se pone en duda la intención de mejorar las condiciones laborales de los servidores de las ESE, en lo que respecta a las IPS privadas hay silencio absoluto sobre la dignificación del trabajo, la seguridad laboral, la contratación directa, la autonomía médica, la capacitación permanente, etc.

**7. propuesta alternativa de la sociedad civil representada en la alianza nacional por la salud<sup>4</sup>**

**– Principios**

A diferencia de lo expresado en relación con el espíritu y articulado del Proyecto de ley ordinaria número 210 de 2013 (Senado) de iniciativa del Gobierno Nacional, que en gran medida se corresponde con el Proyecto de ley número 51 de 2012 (Senado), y que en términos generales profundiza en su conjunto en la privatización, en la intermediación financiera y en la mercantilización del derecho fundamental a la salud; encontramos que el Proyecto de Ley Ordinaria número 233 de 2013 (Senado) de iniciativa civil y refrendado por múltiples congresistas de diferentes fuerzas políticas se encuentra cimentado en los siguientes principios<sup>5</sup>:

- La salud es un derecho fundamental, universal, inherente a la dignidad humana, no condicionado a la capacidad de pago y de carácter intercultural, y su goce efectivo es un deber indelegable del Estado.

- Toda persona tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, lo cual implica contar con condiciones de vida digna y saludable, en todas las etapas de la vida, más allá del acceso a

<sup>4</sup> ANSA: Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad Antioquia, Facultad Salud Pública de la Universidad de Antioquia, Mesa Antioquia, Octava Papeleta II Fase, ANEC, Asociación de Pacientes de Alto Costo, Academia Nacional de Medicina, Comisión de Seguimiento (CSR), Universidad Santo Tomás, Universidad Nacional, Usuarios Nueva EPS, UTL Senador Jorge Enrique Robledo, Fundación María José, CUT, Federación Colombiana de Enfermedades Raras, Fundación Colombiana para la Porfiria, Universidad Javeriana, Estudiantes U. Javeriana, UTL Mauricio Ospina, Policlínico San Juan, ASPEF Instituto Nacional de Medicina Legal, Federación Médica Colombiana, Marcha Patriótica, Semanario Voz, Consejo Técnico Nacional de Enfermería, ACESI, Fundación Simmon, Luis Carlos Avellaneda Senador, UTL Luis Carlos Avellaneda, UTL Representante a la Cámara Ángela María Robledo, Gloria Inés Ramírez Senadora, UTL Gloria Inés Ramírez Senadora, Representante, Comosoc, Coordinación de Movimientos y Organizaciones Sociales y Políticas, Grupo Ferguson, Movimiento Nacional por la Salud, Policlínico San Juan, CTC Bogotá/Cundinamarca, UTL Gloria Stella Díaz, Representante José Joaquín Camelo, Representante, Sintrahosmil, Alba Luz Pinilla Representante, UTL Alba Luz Pinilla, Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional, Corporación Juristas Democráticos, ANIR, Hospital Suba II Nivel, Mesa Mujeres y Economía, Asociación Pacientes Hospital San Juan, UTRADEC-CGT, ADEC-CUT, CGT, ACOFAEN, Corporación Viva la Ciudadanía, Secretaría Distrital de Salud, ANTHOC, Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Fundación IFARMA, Organización Colombiana de Estudiantes OCE, Notimundo, Veeduría Ciudad Salud, Mesa Nacional de Cáncer.

<sup>5</sup> Tomados del documento "Propuesta de la sociedad civil para un nuevo sistema de salud que garantice el derecho fundamental a la salud en Colombia", elaborado por el doctor Mario Hernández Profesor Asociado de la Universidad Nacional de Colombia, Vocero Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 y de Reforma Estructural al Sistema de Salud y Seguridad Social (CSR) y la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud (ANSA).

bienes y servicios de atención y prevención de enfermedades, en una concepción amplia de la seguridad humana y social (agua potable, vivienda sana, trabajo digno, pensiones, riesgos laborales, ambiente sano, educación, entre otros componentes esenciales).

- Para garantizar condiciones de vida saludable es necesario el desarrollo de la intersectorialidad por parte del Estado, con base en la interdependencia de derechos.

- La integralidad de la salud exige una articulación en el sistema de servicios de los aspectos promocionales, preventivos, curativos y de rehabilitación, para la atención integral de las enfermedades comunes, los riesgos laborales, los accidentes de tránsito y las enfermedades raras o huérfanas de la población colombiana, en todo el territorio nacional.

- Los servicios de salud son necesarios para la realización y la protección de la vida y no pueden estar sometidos a barreras económicas para acceder a ellos. Por lo tanto, deben ser gratuitos en el momento de requerirlos y no debe haber copagos ni cuotas moderadoras para acceder a un bien o un servicio de salud.

- La responsabilidad del Estado no requiere un plan explícito de servicios, pues ellos deben estar ligados a la necesidad. Sólo deben ser excluidos del derecho aquellos bienes y servicios en fase de experimentación, los estrictamente suntuarios o estéticos y los que se presten en el exterior, pudiéndose prestar en el país.

- El sistema de servicios de salud debe ser universal, esto es, atado a la condición de ciudadano o habitante del territorio nacional. Por lo tanto, no debe haber regímenes diferenciados por la demostración de la capacidad de pago de las personas o familias.

- La tutela es un derecho fundamental y no deberá ser limitada por instancia previa alguna de carácter administrativo o judicial.

- La participación comunitaria y el control social en el sistema de salud deben tener un carácter vinculante y permanente, en todas las instancias de decisión y de control del sistema.

- Los criterios generales para la organización del sistema de servicios de salud son:

- La financiación debe ser pública, por medio de un fondo público único autónomo, con personería jurídica, sustentado en impuestos progresivos y con asignación descentralizada por territorios de salud, con base en criterios de necesidad poblacional y equidad. Los territorios de salud deben ser establecidos según las características demográficas, epidemiológicas, socio-económicas, geográficas, culturales y étnicas de la población.

- Los recursos de la salud serán administrados por entidades públicas en el ámbito territorial. No es necesaria ni conveniente la intermediación financiera en el manejo de los recursos de la salud, a

través de “EPS” ni “GSS” ni ningún “agente” que obtenga lucro con los recursos disponibles para la atención en salud y, debe haber regulaciones para los seguros privados, de manera que no violen el derecho a la salud.

- La prestación de los servicios deberá estar a cargo de la red pública de prestadores, fortalecidos y modernizados, con la participación complementaria de prestadores privados sin ánimo de lucro, y con base en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), según territorios o distritos de salud.

- El sistema de salud debe garantizar la estabilidad laboral y la calidad de la relación laboral en todo el sector, como parte de la garantía de la calidad de los servicios a la población.

- Los medicamentos, tecnologías y equipos para la prestación de servicios de salud deben ser regulados y controlados en sus costos de producción, distribución y consumo, con diferentes estrategias desarrolladas por el Estado, como la producción directa de medicamentos y equipos, la compra conjunta, la liberación de patentes de interés en salud pública, la investigación prioritaria nacional, el control de precios a la venta, la promoción del uso de genéricos, entre otras.

- El sistema de información en salud debe ser de carácter público, integrado y dispuesto para la toma de decisiones institucionales y políticas en salud.

- El sistema debe contar con una política clara de formación del personal de salud, en los ámbitos técnico, tecnológico, profesional y científico, acorde con el modelo de salud que orienta el sistema de salud y articulado al Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación.

#### – Articulado<sup>6</sup>

#### – Capítulo I

En 11 capítulos y 53 artículos se da cuenta de los principales componentes del nuevo sistema, comenzando en el Capítulo I, con los principios orientadores, entre los cuales cabe resaltar los de universalidad, obligatoriedad, parafiscalidad, solidaridad, equidad, interculturalidad, calidad, intersectorialidad y participación social vinculante. Estos principios se expresan en los siguientes capítulos como un sistema único que ofrece la atención integral de las personas, familias y comunidades, sin discriminación alguna y sin atar el derecho a ser atendido a la capacidad de pago o a la demostración de pobreza por encuesta alguna. La condición de ciudadano o simple habitante en el territorio nacional es suficiente para ser merecedor del derecho a la atención integral en salud.

Por ello, en el nuevo sistema se eliminan los regímenes contributivo y subsidiado, desaparecen los intermediarios financieros y por tanto los planes de beneficios y el pago por UPC. Los regíme-

<sup>6</sup> Elaborado con base en la exposición de motivos del Proyecto de ley número 233 de 2013 (Senado).

nes especiales podrán integrarse al nuevo sistema con la anuencia de sus beneficiarios, una vez confirmen que no habrá pérdida alguna de derechos adquiridos.

El Proyecto de ley número 233 de 2013 consiste en la creación de un nuevo sistema de salud basado en el modelo de seguro universal, de carácter público, solidario, sin intermediación financiera comercial y con la recuperación de la administración pública de los recursos en forma descentralizada, con amplia participación social y fuerte inspección, vigilancia y control de los recursos y procesos de atención. En este nuevo sistema se integran la atención individual con la colectiva, la preventiva con la curativa, y la de todos los daños y enfermedades endémicas, epidémicas, laborales y accidentales. De allí el nombre de Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud.

#### • Capítulo II

Presenta la organización general del sistema. Desde el punto de vista de la rectoría se establece un Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en el cual se encuentran representados el Gobierno Nacional, los trabajadores y profesionales del sector salud, y las múltiples formas organizadas de la sociedad, tanto desde el punto de vista social, como étnico, de género y territorial. Los territorios de salud que se conformen también contarán con un consejo territorial que permita poner en marcha la política nacional con las particularidades propias del territorio. La dirección del sistema queda a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social y de las nuevas administradoras de los fondos territoriales que se constituyan en cada territorio de salud. De esta forma, se logra una participación vinculante de las comunidades y sectores sociales en la orientación del sistema, expresada en las políticas públicas correspondientes.

#### • Capítulo III

Presenta el componente de financiamiento del sistema, centrado en la articulación de los recursos fiscales y parafiscales en un Fondo Único Público para la Salud, conformado como una entidad pública, con personería jurídica, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la vigilancia de la Contraloría General de la República y con rendición de cuentas al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. En este capítulo se establecen las fuentes que constituyen el fondo y las cuentas para su manejo, según diferentes tipos de bienes, servicios y acciones en salud, y se definen criterios generales de asignación en los territorios de salud, con criterios de equidad y de estímulo al logro de resultados en salud por parte de las unidades territoriales de salud, como las administradoras de los fondos territoriales.

Con el fin de evitar las barreras económicas a la hora de requerir la atención, se elimina todo tipo de cuota moderadora o copago. La cobertura del sistema, con los recursos disponibles, incluye todo tipo de bien o servicio que se requiera con necesidad, excepto aquellos relacionados con tres si-

tuaciones: los suntuarios o estrictamente estéticos; los que estén en experimentación, en cuyo caso deberán ser cubiertos por el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación; y los prestados en el exterior cuando puedan ser prestados en el territorio nacional.

#### • Capítulo IV

Se refiere a la administración territorial de los recursos públicos a través de la conformación de unidades territoriales de salud<sup>7</sup> que manejarán los fondos territoriales correspondientes, dentro del territorio de salud respectivo, integrarán los recursos de la Nación con los de los entes territoriales, y organizarán la atención individual, la salud pública, los riesgos laborales, los accidentes de tránsito y las prestaciones económicas. Las unidades territoriales de salud serán reglamentadas por el Ministerio de salud y Protección Social con el aval del Consejo Nacional y consistirán en entidades públicas que deberán realizar la gestión de la salud de la población, en su condición de autoridad sanitaria con visión de salud pública e intersectorialidad, y de integradora de las redes de servicios para garantizar el derecho a la atención en salud. Ellas deberán rendir cuentas al consejo territorial correspondiente y tendrán todo el peso de los organismos de control y de control social para garantizar el buen uso de los recursos.

La importancia de esta gestión territorial y pública de los recursos disponibles radica en que esta ha sido la mejor forma de generar integralidad en la atención, al tiempo que se propicia la articulación del sector salud con otros sectores. En los territorios es posible realizar una verdadera planeación de los servicios individuales y colectivos, a partir de la identificación de las necesidades de salud de la población, integrando las redes de servicios con base en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), capaz de coordinar los procesos de atención, establecer vínculos estables entre los prestadores y las familias y comunidades, y favorecer los procesos de participación social y de intersectorialidad para afectar los determinantes sociales de la salud. De esta forma, los pacientes, las familias y las comunidades podrán tener sus profesionales de cabecera para resolver sus problemas lo más cerca posible de su vivienda y su lugar de trabajo. Ya no más autorizaciones ni barreras para acceder a servicios que se necesitan, según el criterio del profesional tratante. De ser necesario acudir a un centro u hospital con alta tecnología, el grupo profesional de cabecera remitirá, acompañará y volverá a recibir al paciente después de ser atendido. Este es el verdadero sentido del sistema de “referencia y contrarreferencia” que hoy no existe porque cada cual está tratando de hacer su negocio.

<sup>7</sup> Que podrán consistir en asociaciones que de forma autónoma hagan los departamentos, distritos, municipios, según regiones especiales de interés en salud pública y/o que compartan particularidades étnicas o socioculturales.

Existen ejemplos de este modelo de atención y administración en los sistemas de salud de Costa Rica, Brasil, Canadá, España, Suecia, Reino Unido y Nueva Zelanda.

#### • Capítulo V

Se centra en la prestación de servicios por parte de instituciones prestadoras de servicios que podrán ser públicas o privadas sin ánimo de lucro. Esta última modalidad permite que los excedentes derivados de la prestación de los servicios vuelvan al sistema y no sean extraídos por los dueños de estas instituciones. El eje de la prestación está en la recuperación de la red pública, ampliándola según las necesidades de las poblaciones en sus territorios de salud. El sector privado será complementario a la red pública y se definirán diferentes formas de contratación de acuerdo al tipo de servicios que ofrezcan y según el modelo de atención que la ley establece. Se incluye en este capítulo un artículo (número 30) que obliga a la conformación de comités de pertinencia médica, con el fin de propiciar la autorregulación de los profesionales de la salud respecto de los bienes y servicios que se requieren con necesidad. Y el artículo 32 reitera la obligación establecida por la Ley 735 de 2002 de recuperar el complejo hospitalario de San Juan de Dios como un hospital universitario del orden nacional y referente del sistema.

#### • Capítulo VI

Presenta con algún detalle el modelo de atención integral que permitirá dar cuenta, tanto en los aspectos promocionales, como de prevención, curación y rehabilitación, del conjunto de problemas y daños en salud de las poblaciones en sus territorios. Esto implica la articulación deliberada de los bienes y servicios de Atención Primaria Integral en Salud con mecanismos de coordinación intersectorial, servicios ambulatorios y hospitalarios especializados, servicios especializados de salud ocupacional, programas de control de enfermedades de interés en salud pública, prestaciones económicas.

#### • Capítulo VII

Ordena la conformación del Sistema Integrado de Información en Salud, de carácter público y orientado a la toma de decisiones, tanto en el ámbito cotidiano de la atención integral en salud como en el estratégico de formulación de políticas públicas territoriales o nacionales. De esta forma se supera la privatización de la información del sistema actual, que ha mantenido una serie de cajas negras tan problemáticas como la falta de un dato cierto y verificable sobre la morbilidad atendida en todo el territorio nacional.

#### • Capítulo VIII

Se centra en la participación ciudadana y social en el sistema, resaltando los diferentes ámbitos y mecanismos que deberá reglamentar el Ministerio de Salud y Protección Social con el aval del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. En este capítulo se incluye, en el artículo 43, la

conformación renovada de comités hospitalarios de ética, de carácter plural y verdaderamente positivo, para afrontar los dilemas morales que resultan de la práctica clínica cotidiana, del trabajo comunitario y de la investigación y la innovación en salud. No se trata de tribunales, como tiende a verse este espacio hoy en día, sino de instancias de análisis y recomendación de salidas moralmente viables a tantos dilemas y problemas cotidianos de la atención en salud.

#### • Capítulo IX

Desarrolla los aspectos fundamentales de la inspección, vigilancia y control de los recursos y los procesos del sistema, haciendo énfasis en el carácter público de los recursos en todo momento y, por lo tanto, el fortalecimiento de la capacidad de los organismos de control, en especial de la Contraloría General de la República y de la Superintendencia Nacional de Salud.

De igual forma se prevé la creación de una red de control social para cada ámbito territorial y un sistema de quejas y reclamos de fácil acceso, en coordinación con el sistema judicial y con capacidad sancionatoria.

#### • Capítulo X

Se refiere a las políticas públicas prioritarias del sistema, sin las cuales no será posible alcanzar sus propósitos. Estas son, sin orden de importancia, primero, la política de ciencia, tecnología e innovación en salud, en el marco del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación y énfasis en los problemas prioritarios en salud pública. Segundo, la política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud, fundamental para el control de la enorme presión económica derivada del complejo médico industrial y financiero global, que presiona todos los sistemas de salud en el mundo y busca extraer el máximo de rentabilidad. Tercero, la política de formación de personal en salud que defina estrategias de corto, mediano y largo plazo para la formación de personal según las necesidades en salud de las poblaciones en sus territorios y los requerimientos de la estrategia de APS. Cuarto, el régimen laboral del sector que permita garantizar estabilidad y calidad del trabajo en salud, para mejorar también el vínculo y la calidad de la atención de la población.

#### • Capítulo XI

Establece las disposiciones de transición, con plazos máximos para pasar del actual sistema al nuevo, los que en ningún caso serán superiores a dos (2) años a partir de su vigencia, sin que esto signifique un traumatismo para la atención de la población, verdadero fin de cualquier sistema de salud. Disposiciones de transición y vigencia. A partir de la entrada en vigencia de la ley se derogarán las que le sean contrarias y, especialmente, las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1438 de 2011.

De ninguna manera se está echando por la borda la experiencia acumulada en el país en materia de seguridad social en salud. Se trata de poner esa

experiencia al servicio del fortalecimiento de las capacidades del Estado para la garantía del derecho a la atención integral en salud, rescatando el carácter público de los recursos disponibles y retirando los agentes y mecanismos de expropiación y de mercantilización indebida de las necesidades en salud. Es la manera más eficaz de hacer de la salud un verdadero derecho y no un negocio como el que cunde en el sistema de salud colombiano.

**Acorde con lo expuesto hasta aquí en esta ponencia y siendo coherentes con la demanda generalizada de una reforma estructural del Sistema de Salud implementado por la Ley 100 de 1993; no es procedente solicitar cambios aislados a los Proyectos de ley números 210 de 2013 del Gobierno, con cuyo contenido se está en completo desacuerdo pues el mismo está orientado, como lo reconoce su tenor literal, a redefinir el sistema actual de seguridad social, y diseñado en su conjunto a profundizar en la privatización del servicio, la intermediación financiera y la mercantilización del derecho fundamental a la salud.**

**Para poner fin a esto y materializar el derecho fundamental a la salud se requiere un cambio de fondo en el modelo de salud colombiano, hacia el cual está dirigido de manera consciente, armónica e integral el Proyecto de ley ordinaria número 233 de 2013 de iniciativa civil y refrendado por múltiples congresistas, que encierra en términos generales lo que consideramos debe ser la Seguridad Social en Salud en el país. Por ello, en este informe de ponencia, se aboga por la adopción completa del articulado del Proyecto de ley número 233 de 2013 como la mejor alternativa de entre los tres proyectos de ley acumulados y como el que mejor se ajusta al informe de ponencia unificado del proyecto de ley estatutaria de salud que hace trámite en la Comisión Primera de Senado y a las demás concurrentes de las audiencias públicas realizadas.**

#### Proposición

De acuerdo con las anteriores consideraciones, someto a consideración de la honorable Mesa Directiva de la Comisión Séptima Constitucional Permanente del Senado de la República, el **informe de ponencia para primer debate**, a los **Proyectos de ley acumulados números 51 de 2012 Senado, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones; 210 de 2013 Senado, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones y 233 de 2013 Senado, por la cual se crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud.**

Atentamente,

Gloria Inés Ramírez Ríos,  
Senadora de la República elegida por el PDA.

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL  
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO  
DE LA REPÚBLICA.

SECRETARÍA GENERAL DE LA COMISIÓN

Bogotá, D. C., a los treinta (30) días del mes de mayo año dos mil trece (2013)

En la presente fecha se autoriza la **publicación en la *Gaceta del Congreso***, el informe de ponencia para primer debate Senado, solicitando **debatir** las iniciativas acumuladas, para lo cual propone un texto contentivo de cincuenta y tres (53) artículos. El texto completo del informe de ponencia que aquí se ordena publicar, está contenido en ochenta y tres (83) folios, a los **Proyectos de leyes acumulados números 51 de 2012 Senado, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones; 210 de 2013 Senado, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones y 233 de 2013 Senado, por la cual se crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud**. El presente informe de ponencia para primer debate Senado, fue recibido en la Secretaría de la Comisión Séptima del Senado, el día jueves treinta (30) de mayo de dos mil trece (2013).

El Secretario,

*Jesús María España Vergara.*

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL  
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO  
DE LA REPÚBLICA

SECRETARÍA GENERAL DE LA COMISIÓN

Bogotá, D. C., a los treinta (30) días del mes de mayo año dos mil trece (2013).

El presente informe de ponencia para primer debate Senado, que se ordena publicar, con proposición positiva (debatir las iniciativas acumuladas), está refrendado únicamente por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, en su calidad de ponente. Los honorables Senadores *Antonio José Correa Jiménez, Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento, Edinson Delgado Ruiz, Astrid Sánchez Montes de Occa, Gabriel Zapata Correa, Jorge Eliécer Ballesteros Bernier, Teresita García Romero, Guillermo Antonio Santos Marín, Mauricio Ernesto Ospina Gómez, Gilma Jiménez Gómez, Liliana María Rendón Roldán y Germán Bernardo Carlosama López*, no refrendaron este informe que se ordena publicar.

El Secretario,

*Jesús María España Vergara.*

**TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER  
DEBATE A LOS PROYECTOS DE LEY  
ACUMULADOS NÚMEROS 51 DE 2012  
SENADO**

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

**210 DE 2013 SENADO**

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

**233 DE 2013 SENADO**

por la cual se crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

**CAPÍTULO I****Disposiciones generales**

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud como un medio para el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en su componente de acceso universal a los bienes y servicios de salud que se requieren con necesidad, de carácter promocional, preventivo, curativo y de rehabilitación, en el marco de un modelo de atención integral, intersectorial y oportuna de los daños, enfermedades endémicas, epidémicas, raras, huérfanas, ultrahuérfanas, laborales, accidentes laborales y de tránsito, y otros problemas de salud.

Para tal efecto, se establecen los componentes básicos de organización del sistema, financiamiento, administración de los recursos públicos, prestación de los servicios de atención integral en salud, modelo de atención, sistema integrado de información en salud, inspección, vigilancia y control, participación social y criterios para la definición de las políticas públicas prioritarias de ciencia, tecnología e innovación en salud, medicamentos y tecnologías en salud, de formación y de talento humano en salud.

Artículo 2°. *Principios.* Son principios del Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud los siguientes:

a) **Universalidad.** Es la garantía de la cobertura, la atención integral y la protección financiera en salud a toda la población habitante del país durante todas las etapas de su vida, por su condición de ciudadano, ciudadana, habitante o residente reconocido por el Estado colombiano;

b) **Obligatoriedad.** Los aportes a la seguridad social en salud y riesgos laborales son obligatorios para todos los trabajadores y empleadores con relación salarial formal, a excepción de lo establecido en la presente ley y conexas;

c) **Parafiscalidad.** Los recursos aportados por los trabajadores y empleadores para la seguridad social en salud, riesgos laborales y accidentes de tránsito son de carácter parafiscal y por lo tanto tienen naturaleza pública y destinación específica. No podrán ser utilizados para fines diferentes a su destinación;

d) **Solidaridad.** Es la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades para garantizar el acceso universal y equitativo a los establecimientos, bienes y servicios de salud que se requieren según las necesidades en salud;

e) **Equidad.** Es la combinación del esfuerzo individual y colectivo según la capacidad, con la respuesta social e institucional según la necesidad, para la superación de las desigualdades injustas y evitables en salud;

f) **Disponibilidad.** Es la oferta suficiente y adecuada de establecimientos, programas y personal calificado de salud, entre otros recursos, según las necesidades individuales y colectivas de las poblaciones;

g) **Accesibilidad.** Es la garantía por parte del Estado del acceso real y efectivo a los bienes, servicios y condiciones necesarios para garantizar el derecho a la atención integral en salud, sin barreras físicas, geográficas, culturales, administrativas, de información, económicas o financieras;

h) **Aceptabilidad.** Es la adecuación de los establecimientos, bienes y servicios de salud que se requieren con necesidad a las especificidades derivadas de las culturas, la edad, el género, la opción sexual o la condición de discapacidad de las personas, desde un enfoque intercultural y de reconocimiento de las diferencias;

i) **Calidad.** Es el conjunto de características de los bienes, servicios y condiciones que contribuyen a la vida sana y a la atención integral suficiente, oportuna, segura y pertinente de las enfermedades, valoradas como las mejores en cada momento y contexto, según el conocimiento socialmente disponible;

j) **Gratuidad:** es el acceso a los bienes y servicios de salud sin que medie la demostración de la capacidad de pago, ni barrera económica alguna, ni el pago directo al momento de requerir el servicio por parte de las personas o las familias;

k) **Integralidad.** Aplicada a la atención en salud, es la articulación entre los establecimientos, bienes y servicios, individuales y colectivos, que se requieren para promover el buen vivir y el mantenimiento de la salud, prevenir y curar las enfermedades de cualquier origen, rehabilitar a las personas en situación de discapacidad y realizar el cuidado paliativo que se requiera, afectando los determinantes sociales de la salud para alcanzar el máximo nivel de bienestar de la población;

l) **Continuidad.** Se refiere a la adecuada articulación de bienes y servicios de salud que exige el ciclo de atención integral de las personas y comunidades para recuperar la salud, según el conocimiento disponible;

m) **Vínculo.** Es la relación entre el personal de los servicios de salud y las personas, familias y comunidades en los diferentes ámbitos de prestación de servicios, de manera individual y colectiva, a lo largo del ciclo vital y en el largo plazo, con el fin de lograr un amplio conocimiento de las necesidades y construir confianza mutua para el cuidado permanente en todas las etapas de la vida;

n) **Eficacia.** Es el logro de los mejores resultados en salud en la población por parte del sistema de servicios de salud en su conjunto y de los establecimientos y profesionales de la salud con cada paciente, con el conocimiento disponible;

o) **Eficiencia.** Es el mejor uso de los recursos disponibles para obtener la mejor calidad y la mayor eficacia en salud con el conocimiento disponible, tanto en el ámbito individual como poblacional;

p) **Sostenibilidad.** Es la permanencia en el tiempo de la mayor eficacia del sistema a partir de la adecuada disposición de los recursos necesarios por parte del Estado, con el reconocimiento social y la legitimidad política requeridos para obtener el esfuerzo de la sociedad en su conjunto;

q) **Intersectorialidad.** Es la articulación deliberada y sistemática entre los sectores del Estado para la afectación de los determinantes sociales de la salud y para la búsqueda de las mejores condiciones posibles de vida en diferentes grupos, comunidades y poblaciones;

r) **Participación vinculante.** Es la intervención real y efectiva de las personas y las comunidades en las decisiones, en la gestión, en la vigilancia y el control de los establecimientos de salud y de las instancias de formulación, implantación y evaluación de políticas públicas relacionadas con la salud de la población;

s) **Libertad de escogencia.** Es la posibilidad otorgada al ciudadano o ciudadana de optar por un profesional, un establecimiento, bien o servicio de salud que se requiera con necesidad, de la manera más informada posible sobre las alternativas disponibles y cuando sus condiciones físicas y mentales así lo permitan;

t) **Interculturalidad.** Es el reconocimiento de la diversidad étnica y cultural en salud, para buscar el diálogo de saberes e integrar las prácticas, conocimientos, usos y costumbres ancestrales, tradicionales, alternativos y científico-técnicos, con el fin de responder a las necesidades diferenciales de las personas y las comunidades;

u) **Enfoque diferencial.** Es el conjunto de acciones de discriminación positiva que permite reconocer las diferencias y superar las exclusiones o desigualdades injustas en materia de necesidades y respuestas sociales e institucionales en salud, según género, etnia, generación y situación de discapacidad;

v) **Transparencia.** Es la probidad, visibilidad y claridad de las actuaciones y en el manejo de los recursos públicos por parte de los actores que participan en la garantía del derecho a la atención integral en salud;

w) **Pro homine.** Es la prevalencia que se le da al bienestar y a la dignidad de los seres humanos por sobre cualquier otra consideración en la interpretación de las normas que desarrollen o afecten el derecho fundamental a los bienes y servicios de salud que se requieren con necesidad.

Artículo 3°. *Definiciones.* El Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud se organiza a partir de los siguientes conceptos:

a) **Salud.** Es la capacidad y la potencialidad física y mental de las personas para desarrollar sus proyectos de vida, en las condiciones materiales y sociales más favorables. Los bienes y servicios de atención integral aportan a la salud de las personas, en la medida en que contribuyen a preservar, recuperar o mejorar esa capacidad, propiciando el ejercicio de su autonomía y el logro del mejor nivel de salud y calidad de vida posible. La salud es un derecho humano fundamental autónomo, con una dimensión de servicio público esencial, y su garantía es deber del Estado y responsabilidad social;

b) **Salud pública.** Es el conjunto de conocimientos, decisiones y acciones individuales y colectivas, expresadas en políticas públicas, tendientes a favorecer la salud de la población y a asumir el deber estatal y la responsabilidad pública por la salud. La salud pública orienta el sistema de salud y propicia la articulación de la acción estatal y social por la salud y la calidad de vida de la población;

c) **Seguridad social.** Es un derecho humano fundamental e irrenunciable de toda persona y una forma de relación entre el Estado, la organización económica y los ciudadanos, que engloba los mecanismos de protección social y que permite la confluencia de esfuerzos económicos de las personas para lograr la solidaridad entre ricos y pobres, entre generaciones, entre géneros, entre empleados y desempleados, y entre sanos y enfermos;

d) **Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud.** Es el conjunto de medios institucionales, financieros y administrativos disponibles en la sociedad colombiana para garantizar el derecho a la salud de toda la población, en especial, el derecho de acceso a los servicios de salud que se requieren con necesidad, ordenados por los conceptos de salud pública y seguridad social, en articulación con el Sistema de Riesgos Laborales establecido en la Ley 1562 de 2011;

e) **Modelo de atención.** Es el conjunto de bienes y servicios articulados según territorios de salud, necesidades poblacionales y responsabilidades institucionales y sociales, que materializan el derecho a la atención integral en salud, en lo referente al mantenimiento de la salud, la prevención, la atención y la rehabilitación de las enfermedades generales, de los accidentes de trabajo y las enfermedades relacionados con el trabajo y de los accidentes de tránsito, tanto en el ámbito individual como colectivo;

f) **Atención Primaria Integral en Salud (APIS).** Es una estrategia que permite articular y coordinar los servicios de salud con otros sectores de la acción estatal, junto con la participación de las comunidades, para garantizar la integralidad de la atención y la afectación de los determinantes sociales de la salud y el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones, en sus territorios sociales. La APIS es la puerta de entrada al sistema de servicios de salud e implica una alta

capacidad resolutoria de servicios interdisciplinarios con enfoque familiar, comunitario, laboral y territorial, que logra prevenir y resolver la mayoría de los problemas de salud de la población bajo su responsabilidad;

g) **Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).** Es una forma de organización de establecimientos de prestación de servicios de salud individuales y colectivos, de carácter público o privado, que se articulan para garantizar la atención integral de las personas y comunidades adscritas por territorios, orientadas hacia la garantía del derecho de a la salud, en el marco de los principios orientadores del sistema de salud y dispuestos a rendir cuentas al Estado y a la sociedad.

## CAPÍTULO II

### Organización General del Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud

Artículo 4°. *Características generales.* El Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud es un sistema de seguro nacional de salud, de carácter universal, solidario, de financiación pública, por cotización y por impuestos, de administración estatal descentralizada y prestación mixta, público-privada, orientado por una visión de salud pública hacia el logro de metas de salud y calidad de vida de la población y de disminución de inequidades en salud, con amplia participación y control social.

Parágrafo. Los regímenes especiales en salud existentes, excepto el de las fuerzas armadas, harán parte del Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud una vez surtido el periodo de transición establecido en la presente ley, previa consulta con las entidades y beneficiarios de dichos regímenes cuya metodología será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 5°. *De la rectoría del sistema.* La rectoría del sistema consiste en el conjunto de políticas públicas que orientan a las instituciones y actores del sistema hacia la garantía y el goce efectivo del derecho a la salud. El Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud tendrá instancias de rectoría en los ámbitos nacional y territorial. En el ámbito nacional, la rectoría será ejercida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. En el ámbito territorial, la rectoría será ejercida por el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. Habrá tantos consejos territoriales como territorios de salud, según los criterios definidos en la presente ley.

Artículo 6°. *Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.* El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es la instancia rectora del orden nacional, adscrito al Ministerio de Salud, con las siguientes características:

a) **Composición.** El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud estará conformado por 32 miembros de la siguiente manera:

i) Cinco (5) representantes del Gobierno Nacional: el Ministro de Salud y Protección Social, quien presidirá; el Ministro de Hacienda o su delegado; el Ministro de Trabajo o su delegado; el Director de Planeación Nacional o su delegado; el Director del Fondo Único Público para la Salud;

ii) Dos (2) representantes de las administradoras de fondos territoriales de seguridad social en salud;

iii) Dos (2) representantes del sector empresarial, uno de las grandes empresas y uno de las pequeñas y medianas empresas, elegidos por sus asociaciones;

iv) Dos (2) representantes de las centrales obreras;

v) Siete (7) representantes de las organizaciones de usuarios, uno por cada región socio-cultural del país (Central, Pacífica, Atlántica, Eje cafetero, Nororiental, Orinoquia y Amazonia);

vi) Dos (2) representantes de comunidades étnicas, de los cuales, uno (1) de los pueblos indígenas y uno (1) de comunidades afrocolombianas;

vii) Una (1) representante de las organizaciones de mujeres;

viii) Un (1) representante de las organizaciones de la población en condiciones de discapacidad;

ix) Un (1) representante de las organizaciones campesinas;

x) Dos (2) representantes de las asociaciones de prestadores de servicios de salud, uno estatal y uno privado;

xi) Un (1) representante de la Academia Nacional de Medicina;

xii) Un (1) representante de la Federación Médica Colombiana;

xiii) Un (1) representante de otras asociaciones médicas gremiales;

xiv) Dos (2) representantes de las organizaciones de los trabajadores de la salud, uno profesional no médico y otro no profesional;

xv) Un (1) representante de los pensionados;

xvi) Un (1) representante de las facultades del área de la salud;

b) **Elección de los miembros no gubernamentales.** Los representantes no gubernamentales serán elegidos directamente por las organizaciones correspondientes, mediante procesos democráticos reglamentados por el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en los principios de representatividad, transparencia e imparcialidad;

c) **Invitados.** El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud estará en libertad de invitar a las instituciones y personas naturales o jurídicas que considere convenientes, según las necesidades de la agenda definida para cada sesión;

d) **Período.** Los representantes del Gobierno Nacional lo serán en virtud del ejercicio de sus

cargos. Los representantes no gubernamentales tendrán un período de tres años prorrogables por un período;

e) **Secretaría Técnica.** La Secretaría Técnica será ejercida por un equipo técnico, no dependiente del Ministerio de Salud y Protección Social, con presupuesto propio, a partir de convocatoria pública de méritos, según el reglamento establecido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;

f) **Presupuesto de funcionamiento.** El Ministerio de Salud y Protección Social definirá un presupuesto de funcionamiento del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que incluya los gastos de funcionamiento de la Secretaría Técnica, los gastos de honorarios, desplazamiento de los consejeros y el soporte técnico necesario, así como estrategias de comunicación. Los consejeros no gubernamentales recibirán honorarios por asistencia a las reuniones ordinarias y extraordinarias, según reglamento aprobado por el mismo Consejo.

Artículo 7°. *Funciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.* El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes funciones:

a) Adoptar la política pública nacional de seguridad social en salud, con visión de salud pública, con base en la propuesta gubernamental presentada por el Ministerio de Salud y Protección Social, orientada a promover la calidad de vida y salud de la población, en los aspectos específicos del sistema de atención integral en salud y en los aspectos que competan a otros sectores de la administración estatal y que incidan directamente en la salud (agua, saneamiento, alimentación, vivienda, educación, ambiente, entre otros), con el criterio de salud en todas las políticas en los territorios de salud y en el ámbito nacional;

b) Establecer las reglas específicas de funcionamiento del Sistema, en especial en los aspectos señalados de su competencia en la presente ley, para la reglamentación por parte del Ministerio de Salud y Protección Social;

c) Establecer las reglas específicas sobre la estructura y el funcionamiento del Fondo Único Público para la Salud y de los fondos territoriales de seguridad social en salud y supervisar su aplicación;

d) Definir las reglas generales de presupuesto, contratación y pago de los fondos territoriales a los prestadores de servicios de salud, públicos y privados;

e) Velar por el buen funcionamiento del Sistema y por el buen uso de los recursos disponibles;

f) Presentar informe anual ante las comisiones séptimas de Senado y Cámara de Representantes;

g) Adoptar su propio reglamento.

Artículo 8°. *Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.* Los consejos territoriales tendrán una composición similar a la del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, teniendo

en cuenta las particularidades del territorio de salud correspondiente, y cumplirán funciones similares en el territorio de su competencia, siempre en concordancia con los criterios, metas y estrategias definidas en la política pública nacional de seguridad social en salud. El Gobierno Nacional reglamentará esta materia.

Parágrafo. Los consejos territoriales de seguridad social en salud ejercerán funciones de adecuación de la política emanada del Consejo Nacional a través de mecanismos de coordinación, seguimiento y veeduría del buen funcionamiento y uso de los recursos disponibles en el territorio para la seguridad social en salud.

Artículo 9°. *De la dirección del sistema.* La dirección del sistema consiste en la gestión y puesta en marcha de las políticas públicas definidas en la instancia rectora por parte del poder ejecutivo en el ámbito nacional, departamental, distrital y municipal. En el nivel nacional, la dirección será ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social. En los niveles departamental, distrital y municipal la dirección será ejercida por las unidades territoriales de salud, encargadas de la administración de fondos territoriales de seguridad social en salud que se establezcan, a partir de las secretarías o direcciones departamentales y distritales, y ejercerán la función de autoridad sanitaria en el territorio de salud correspondiente.

Artículo 10. *Funciones del Ministerio de Salud y Protección Social.* Además de las consagradas en las disposiciones legales vigentes, el Ministerio de Salud y Protección Social tendrá las siguientes funciones:

a) Presentar ante el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud la política pública nacional de seguridad social en salud para su aprobación;

b) Dirigir la ejecución, seguimiento y evaluación de la política pública de seguridad social en salud a través de un Plan Nacional de Salud en todo el territorio nacional, en coordinación con las instancias correspondientes del ámbito territorial;

c) Expedir las normas de obligatorio cumplimiento para la ejecución de la política de seguridad social en salud por parte de los agentes del sistema;

d) Presentar iniciativas de reglamentación de temas específicos del Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud a la aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;

e) Coordinar la elaboración de los informes del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud ante el Congreso Nacional;

f) Proporcionar las condiciones y medios para el buen funcionamiento del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;

g) Diseñar y poner en marcha el Sistema Integrado de Información en Salud.

Artículo 11. *Instituciones adscritas al Ministerio de Salud y Protección Social.* Para cumplir las funciones relacionadas con la misión y el buen funcionamiento del Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud, el Ministerio contará con las siguientes instituciones adscritas:

a) **Instituto Nacional de Salud (INS).** La misión de este instituto será garantizar la calidad de la información en salud de la población en el territorio nacional, realizar los procesos de monitoreo, investigación y evaluación de la situación de salud de la población en general y de los trabajadores en particular, y las respuestas institucional y social desarrolladas en el país, con el fin de orientar la toma de decisiones de las instancias de rectoría, dirección, administración de recursos y prestación de servicios del Sistema;

b) **Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima).** La misión de este instituto será garantizar la pertinencia, la calidad e inocuidad de los medicamentos y alimentos que se ofrezcan en el país, con base en el ejercicio de la función de inspección, vigilancia y control de los procesos de importación, producción, distribución y consumo, y en la realización de los estudios pertinentes para la formulación, implementación y evaluación de la política pública de medicamentos y alimentos formulada por las instancias rectora y de dirección del Sistema;

c) **Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud (Inetis).** La misión de este instituto será la de realizar los estudios necesarios para garantizar la pertinencia, la calidad y la inocuidad de las tecnologías duras y blandas utilizadas en el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud y hacer las recomendaciones del caso a las instancias correspondientes del Estado colombiano para esta materia;

d) **Instituto Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo (INSSST).** La misión de este instituto es actuar como centro de referencia nacional en temas de investigación, ciencia y tecnología en el campo de la salud y la seguridad en el trabajo, y orientar las respuestas institucionales, de formación, laborales y sociales desarrolladas en el país para el control de los eventos de salud de origen laboral;

e) **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).** La misión de este instituto es la de contribuir al logro de las mejores condiciones de vida posibles para las familias colombianas, respetando su diversidad y su autonomía, por medio de la disposición de bienes y servicios complementarios y articulados a los sistemas encargados de la garantía de los derechos sociales, económicos y culturales para la población colombiana, incluido el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud;

f) **Instituto Nacional de Cancerología (ICN).** La misión de este instituto es, además de la prestación de servicios en materia de atención integral del cáncer que viene desarrollando, actuar como

centro de referencia nacional y realizar los procesos de monitoreo, investigación y evaluación de la situación de la enfermedad, las respuestas institucionales, de formación, laborales y sociales desarrolladas en el país para el control del cáncer, con el fin de orientar la toma de decisiones de las instancias de rectoría, dirección, administración de recursos y prestación de servicios del Sistema;

g) **Centro Dermatológico Nacional Federico Lleras Acosta.** La misión de este centro prestar servicios especializados de dermatología, servir de referente nacional para la atención de los pacientes dermatológicos y realizar los procesos de monitoreo, investigación y evaluación de la situación de las enfermedades de la piel, las respuestas institucionales, de formación, laborales y sociales desarrolladas en el país para el control de este tipo de enfermedades, con el fin de orientar la toma de decisiones de las instancias de rectoría, dirección, administración de recursos y prestación de servicios del Sistema;

h) **Sanatorios de Agua de Dios y de Contratación.** Estos sanatorios tienen como misión la atención integral de los pacientes de la enfermedad de Hansen, en el marco de la política de control, prevención y atención integral de esta enfermedad que establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. El Gobierno Nacional reglamentará la creación o adecuación de las instituciones adscritas, según los criterios establecidos en el presente artículo, respetando su autonomía administrativa y asignando los recursos suficientes para cumplir las funciones asignadas.

Artículo 12. *De los territorios de salud.* La garantía del derecho fundamental a la salud se materializará a través de territorios en salud. Los territorios de salud son unidades de organización administrativa, que operarán en zonas geográficas, socioeconómica y sociodemográficamente delimitadas para la solución y atención integral de las necesidades en salud de la población con criterio de equidad social.

Los territorios en salud serán gestionados por las unidades territoriales de salud definidas en el artículo 26 de la presente ley. Estas entidades deben garantizar la coordinación, integración y articulación de las acciones y redes de servicios requeridos para la materialización del derecho a la salud de las poblaciones.

Los territorios de salud podrán incluir micro territorios o subdivisiones internas de carácter local, para responder de manera efectiva a necesidades específicas de las poblaciones que los conforman, facilitar la organización de la prestación de servicios según necesidades y propiciar el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria en Salud y realizar el trabajo intersectorial para el mejoramiento de las condiciones de vida y el goce efectivo del derecho a la salud en todos sus componentes esenciales.

Parágrafo. El Gobierno Nacional reglamentará, con participación vinculante de los interesados, el proceso de conformación de los territorios de salud y de creación de las unidades territoriales de salud, con el aval del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 13. *De las instancias operativas.* Las instancias operativas del Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud son las de financiamiento, de administración y gestión de la salud, de prestación de servicios de salud, de información, de participación social y de inspección, vigilancia y control, definidas en la presente ley.

### CAPÍTULO III

#### Financiamiento

Artículo 14. *Características generales.* El financiamiento del Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud integra los recursos parafiscales provenientes de las cotizaciones a la seguridad social en salud, riesgos laborales y accidentes de tránsito con los recursos fiscales del orden nacional y territorial, con el propósito de generar solidaridad plena entre ricos y pobres, entre generaciones, entre géneros, entre empleados y desempleados, y entre sanos y enfermos. De esta forma, todas las personas y las empresas, según su situación social y condiciones de ingresos, aportan a la financiación del sistema mediante contribuciones ligadas al salario, a los ingresos o a la renta, impuestos que se destinan a salud en los presupuestos de orden nacional, departamental, distrital o municipal, y otros ingresos y pagos expresamente establecidos por norma general.

Artículo 15. *Fondo Único Público para la Salud.* Créase el Fondo Único Público para la Salud como persona jurídica de carácter público, con presupuesto, dirección y personal propios, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la supervisión del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el cual fungirá como junta directiva, y la inspección y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, con los siguientes objetivos misionales:

a) Propiciar la solidaridad plena entre ricos y pobres, entre generaciones, entre géneros, entre empleados y desempleados, y entre sanos y enfermos, para lograr universalidad y equidad en el acceso oportuno a servicios de igual calidad para toda la población;

b) Favorecer, mediante la asociación de los recursos, la reducción de las inequidades prevalentes en materia de salud, riesgos laborales y accidentes de tránsito;

c) Propiciar la asignación, transferencia y gasto equitativo de los recursos por territorios de salud, y a partir de estos, por microterritorios y otras subdivisiones territoriales;

d) Integrar los recursos públicos disponibles para garantizar la seguridad social en salud;

e) Conformar una Central Única de Recaudo de las cotizaciones obligatorias definidas en la presente ley;

f) Generar fluidez en el flujo de recursos de la Nación hacia los territorios de salud para la provisión y prestación de los servicios integrales de salud individuales y colectivos que se requieren con necesidad;

g) Garantizar efectividad en el uso de los recursos destinados a la salud.

Parágrafo 1°. El Fondo Único Público para la Salud no hará parte del presupuesto de la Nación, pero sí de la contabilidad del gasto público, respetando el criterio definido en el Artículo 350 de la Constitución Política de no disminuir su proporción porcentual con relación al año anterior respecto del gasto total de la correspondiente ley de apropiaciones, y responderá a los organismos de control. El Gobierno Nacional reglamentará el esquema de inversiones de los recursos del Fondo, bajo los criterios de transparencia, disponibilidad y seguridad, sin priorizar los títulos valor de largo plazo.

Parágrafo 2°. El funcionamiento del Fondo Único Público para la Salud será presupuestado y financiado con un porcentaje de los recursos fiscales y parafiscales recaudados para la prestación de servicios de salud que no excederá de cero punto tres por ciento (0.3%), el cual será definido anualmente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 16. *Fuentes de financiación del Fondo Único Público para la Salud.* El Fondo Único Público para la Salud será constituido con las siguientes fuentes de recursos:

#### a) Recursos fiscales del orden nacional:

i) Los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) definidos como participaciones para salud, agua potable y saneamiento básico, según lo establecido en las Leyes 715 de 2001 y 1176 de 2007, asignados mediante cuentas específicas a los entes territoriales;

ii) Los recursos de una partida anual del presupuesto nacional equivalente a la sumatoria del monto total de las cotizaciones aportadas por patronos y trabajadores dependientes provenientes de la cotización para la seguridad social en salud recaudadas en el año inmediatamente anterior;

iii) La proporción del Impuesto sobre la Renta para la Equidad (CREE) con destinación específica para la seguridad social en salud, establecido en el artículo 24 de la Ley 1607 de 2012;

iv) Los recursos provenientes del 7% de las remesas de utilidades de empresas petroleras en fase de explotación de hidrocarburos;

v) Los recursos provenientes del impuesto a la compra de armas, correspondiente al 20% de un salario mínimo mensual, y a las municiones y explosivos, que se cobrará como un impuesto *ad valorem* con una tasa del 30%, exceptuando las

armas, municiones y explosivos de las fuerzas armadas, de policía y las entidades de seguridad del Estado;

**b) Recursos parafiscales del orden nacional:**

i) Los recursos provenientes de la cotización para la seguridad social en salud correspondiente al 12,5% de los salarios de los empleados o trabajadores dependientes por más de diez (10) salarios mínimos mensuales, en proporción de 8,5% a cargo del empleador o contratante y 4% a cargo del trabajador;

ii) Los recursos provenientes de la cotización para la seguridad social en salud correspondiente al 4% de los salarios de los empleados o trabajadores dependientes por menos de diez (10) salarios mínimos mensuales vigentes;

iii) Los recursos provenientes de la cotización para seguridad social en salud correspondiente al 4% de los ingresos declarados por los trabajadores por cuenta propia o trabajadores independientes superiores a un (1) salario mínimo mensual vigente;

iv) Los recursos provenientes de la cotización para seguridad social en salud correspondiente al 4% de las pensiones de los pensionados mayores a diez (10) salarios mínimos mensuales vigentes;

v) Los recursos provenientes de la cotización obligatoria para riesgos laborales de los empresarios y trabajadores, establecidos en la Ley 1562 de 2011;

vi) El dos por ciento (2%) del aporte a las Cajas de Compensación Familiar;

vii) Los recursos que el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) aporta al Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (Fonsat) para el cubrimiento de la atención por accidentes de tránsito, en la proporción establecida en la normatividad correspondiente;

viii) Los rendimientos financieros.

**Artículo 17. *Sobre el carácter obligatorio de las cotizaciones para la salud.*** La cotización a la seguridad social en salud, riesgos laborales y accidentes de tránsito es de carácter obligatorio, para todo los efectos son dineros públicos y serán entendidos como de carácter parafiscal. Todo contrato laboral incluirá los costos correspondientes a esta cotización, incluyendo los trabajadores que aportan a los regímenes especiales de seguridad social en salud. Los trabajadores independientes deberán presentar su autoliquidación de ingresos para hacer la cotización correspondiente ante la Central Única de Recaudo, como parte del Fondo Único Público para la Salud. La cotización para enfermedad general será en las siguientes proporciones:

a) 12,5% de los salarios de los empleados o trabajadores dependientes con salarios de más de diez (10) salarios mínimos mensuales, en proporción de 8,5% a cargo del empleador o contratante y 4% a cargo del trabajador;

b) 4% de los salarios de los empleados o trabajadores dependientes por menos de diez (10) salarios mínimos mensuales vigentes;

c) 4% de los ingresos declarados por los trabajadores por cuenta propia o trabajadores independientes superiores a un (1) salario mínimo mensual;

d) 4% de los ingresos de pensionados con pensiones de más de diez (10) salarios mínimos mensuales.

Parágrafo 1°. No se podrán establecer barreras económicas para acceder a los beneficios del sistema tales como copagos o cuotas moderadoras, ni preexistencias ni períodos mínimos de cotización.

Parágrafo 2°. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud dispondrá los mecanismos de estímulo, inspección, vigilancia y control de la cotización a la seguridad social en salud y riesgos laborales, con base en propuesta técnica elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo 3°. El Gobierno Nacional pagará la deuda por concepto del *pari passu* definido en el artículo 214 de la Ley 100 de 1993, antes de finalizar el año 2016.

**Artículo 18. *Central Única de Recaudo para la Seguridad Social en Salud (CUR).*** Créase la Central Única de Recaudo para la Seguridad Social en Salud (CUR), como parte integrante del Fondo Único Público para la salud. Su función será recaudar todos los aportes de cotizaciones a la seguridad social en salud, riesgos laborales y accidentes de tránsito en todo el país, para incorporar los recursos al Fondo Único Público para la Salud. Esta central contará con un mecanismo de recaudo de tipo electrónico y con un sistema único de identificación de usuarios, basado en el documento de identificación establecido por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

**Artículo 19. *Estructura del Fondo Único Público para la Salud.*** El Fondo Único Público para la Salud contará con ocho (8) cuentas, según la destinación de los recursos, denominadas así:

a) Atención Primaria Integral en Salud (APIS): Destinada a la cofinanciación de la Atención Primaria Integral en Salud;

b) Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE): Destinada a la cofinanciación de los servicios de mediana y alta complejidad tecnológica;

c) Servicios Especializados de Salud Ocupacional (SESO): Destinada a la cofinanciación de los servicios especializados de salud ocupacional;

d) Control de Problemas y Enfermedades de Interés en Salud Pública (CEISP): Destinada al diseño y desarrollo de los programas de control de problemas y enfermedades de interés en salud pública, a la producción de biológicos para inmunizaciones, a la vigilancia y control de medicamentos y alimentos y a la evaluación de tecnología e innovación en salud;

e) Prestaciones Económicas en Salud y Riesgos Laborales (PRES): Destinada al pago de las prestaciones económicas derivadas de la situación de maternidad e incapacidad o invalidez por enfermedad general, accidentes y enfermedades con ocasión o como consecuencia del trabajo;

f) Infraestructura y Equipamiento en Salud (IES): Destinada a la construcción, adecuación o renovación de la infraestructura pública de servicios de salud en todo el territorio nacional;

g) Formación en Salud (FS): Destinada al estímulo de formación de personal en salud en áreas prioritarias según las necesidades de salud de la población;

h) Funcionamiento del Fondo (FF): Destinada a cubrir los gastos de funcionamiento del Fondo.

Artículo 20. *Distribución de los recursos en las subcuentas del Fondo Único Público para la Salud.* El Fondo Único Público para la Salud hará la distribución de los recursos disponibles a cada una de las subcuentas que lo constituyen con base en el criterio de buscar la universalidad de la atención integral en salud, considerando las necesidades y especificidades detectadas en los territorios de salud. Tomando como punto de partida el gasto en salud por niveles de atención y en acciones colectivas, en el período de transición de dos primeros años de vigencia de la presente ley el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud distribuirá los recursos con las siguientes proporciones:

a) Cuenta Atención Primaria Integral en Salud (APIS): 45%;

b) Cuenta Servicios Ambulatorios y Hospitalarios Especializados (SAHE): 30%;

c) Cuenta Servicios Especializados de Salud Ocupacional (SESO): 8%;

d) Cuenta Control de Problemas y Enfermedades de Interés en Salud Pública (CEISP): 5%;

e) Cuenta Prestaciones Económicas en Salud y Riesgos Profesionales (PRES): 7%;

f) Cuenta de Infraestructura y Equipamiento en Salud (IES): 4%;

g) Cuenta de Formación en Salud (FS): 0,7%;

h) Cuenta de Funcionamiento del Fondo (FF): 0,3%.

Parágrafo 1°. El Ministerio de Salud y Protección Social hará los estudios de costos que permitan ajustar semestralmente las proporciones de la asignación de los recursos a las cuentas, las cuales serán aprobadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 2°. Con el fin de dar una adecuada respuesta a las enfermedades huérfanas y olvidadas, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud formulará una política pública específica, con base en propuesta elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social, orientada por la garantía del derecho fundamental a la salud de las poblaciones afectadas por este tipo de enfermeda-

des, sin relación expresa a la capacidad de pago de las personas o las familias, que incluya la articulación con el Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación, para el desarrollo de nuevos conocimientos sobre el diagnóstico, prevención y tratamiento de las mismas.

Artículo 21. *Plan nacional de equipamiento en salud.* El Ministerio de Salud y Protección Social presentará para aprobación por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud un plan nacional de equipamiento en salud a diez (10) años, con criterios de equidad regional, concertado con las unidades territoriales de salud y con revisiones cada dos (2) años, con base en los recursos destinados para tal efecto en la cuenta de Infraestructura y Equipamiento del Fondo Único Público para la Salud.

Artículo 22. *Fondos territoriales de seguridad social en salud.* Los fondos territoriales serán administrados por las unidades territoriales de salud que se establezcan para cada uno de los territorios de salud definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, con base en los criterios establecidos en el artículo 26 de la presente ley.

Los fondos territoriales recibirán los recursos provenientes de las transferencias del Fondo Único Público para la Salud para cada territorio de salud y los sumarán a los recursos de diferente origen propios del ente o entes territoriales participantes según la normatividad vigente, en especial, la Ley 1393 de 2010 sobre rentas cedidas al orden territorial de destinación específica para la salud. El Gobierno Nacional reglamentará el mecanismo de convergencia de estos recursos con los provenientes del orden nacional y el esquema de inversiones en función de la transparencia, la disponibilidad y la seguridad, sin priorizar las inversiones de largo plazo.

Artículo 23. *Criterios generales para la transferencia de recursos del Fondo Único Público para la Salud a los fondos territoriales.* La transferencia de recursos del Fondo Único Público para la Salud a los fondos territoriales será definida anualmente con base en los criterios del Sistema General de Participaciones, más un sistema de incentivos a la equidad y la rentabilidad social. El mecanismo de distribución deberá asignar más recursos, según la proporción que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud durante el primer año de vigencia de la presente ley, a los territorios que tengan las siguientes características:

a) Mayor prevalencia o incidencia de problemas y enfermedades de interés en salud pública que la tasa nacional;

b) Inequidades en salud, entendidas como desigualdades injustas y evitables, medidas por resultados (morbi-mortalidad) y acceso a los servicios de salud (barreras económicas, geográficas, administrativas o culturales) entre subgrupos de la población a cargo y entre territorios de salud;

c) Mayor mortalidad materna e infantil que la tasa nacional;

d) Menor cobertura de saneamiento básico y agua potable que la cobertura nacional;

e) Mayor incidencia de emergencias y desastres que el promedio nacional.

Artículo 24. *Estructura de los fondos territoriales de seguridad social en salud.* Los fondos territoriales tendrán las mismas subcuentas del Fondo Único Público para la Salud, para ejecutar los recursos según los tipos de servicios definidos en el modelo de atención establecido por la presente ley.

Artículo 25. *Cobertura del Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud.* El Estado reconocerá como parte del derecho fundamental a la atención integral en salud todos los bienes y servicios que se requieran con necesidad, individuales y colectivos, definidos por profesionales de la salud o agentes de salud aceptados por el Estado colombiano, excepto los siguientes:

a) Aquellos cuya finalidad sea cosmética y sustruaria, no relacionadas con una necesidad vital o funcional;

b) Los procedimientos, medicamentos o insumos que estén en etapa de investigación y que, en consecuencia, no hayan sido aprobados por autoridad competente. Este tipo de bienes y servicios podrán ser financiados con recursos del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación;

c) Aquellos que se presten en el exterior cuando se puedan brindar en el país.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud hará explícito en conjunto de bienes y servicios excluidos, con base en propuesta elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Salud a partir de conceptos del INETIS, el INS y el Invi-ma, cada año.

#### CAPÍTULO IV

##### Administración de los recursos

Artículo 26. *Administración de los fondos territoriales de seguridad social en salud.* Los fondos territoriales serán administrados por las unidades territoriales de salud, las cuales se conformarán como entidades administrativas públicas descentralizadas, responsables del diseño, gestión, control, seguimiento y evaluación de la gestión en salud en el territorio, mediante asociaciones que de forma autónoma los departamentos, distritos, municipios, según regiones especiales de interés en salud pública y/o que compartan particularidades étnicas o socioculturales.

Parágrafo. El Gobierno Nacional reglamentará la conformación de las unidades territoriales de salud, en los aspectos de gobierno, presupuesto y participación social, según los entes territoriales participantes. Las actuales secretarías de salud o las entidades que hagan sus veces podrán asimilarse a unidades territoriales de salud, en el marco de los acuerdos entre los entes territoriales y la reglamentación que establezca el Gobierno Nacional.

Artículo 27. *Funciones de las unidades territoriales de salud.* Las unidades territoriales de salud tendrán las siguientes funciones:

a) Recaudar los recursos de los entes territoriales involucrados en el territorio de salud correspondiente y articularlos a los transferidos por el Fondo Único Público para la Salud para constituir el Fondo Territorial de Seguridad Social en Salud correspondiente;

b) Distribuir los recursos integrados del orden nacional y territorial, según las cuentas correspondientes del fondo territorial;

c) Elaborar un Plan Territorial de Salud a diez (10) años, con enfoque intersectorial y participativo y revisión anual, que incluya objetivos, estrategias y metas de calidad de vida y salud de la población del territorio;

d) Organizar el presupuesto y los mecanismos de contratación de los prestadores de servicios de salud, públicos y privados, en el territorio de salud a su cargo, y las formas de pago de los servicios prestados por otros prestadores externos, en caso de requerirse atenciones en lugares por fuera del territorio de salud, con criterios de calidad, integridad y equidad en la atención;

e) Ejercer las funciones de autoridad sanitaria territorial, tanto en salud pública como en riesgos laborales, en todos los aspectos señalados en las Leyes 9ª de 1979 y 1562 de 2012;

f) Rendir cuentas ante el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud correspondiente, ante la Superintendencia Nacional de Salud y ante el Ministerio de Salud y Protección Social.

#### CAPÍTULO V

##### Prestación de servicios

Artículo 28. *Naturaleza de las instituciones prestadoras de servicios.* Las instituciones prestadoras de servicios de salud serán únicamente de dos tipos: pública y privada sin ánimo de lucro. Sus relaciones serán de cooperación y complementariedad y no de competencia de mercado.

Artículo 29. *Redes de servicios de salud.* Las redes de servicios de salud son conjuntos ordenados de servicios, prestados por diferentes instituciones prestadoras de carácter público o privado, ubicadas en los territorios de salud, relacionadas según líneas de atención y niveles tecnológicos, para la configuración de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Las redes de servicios son:

a) Red de Atención Primaria Integral en Salud (general y de salud ocupacional);

b) Red de servicios especializados ambulatorios (general y de salud ocupacional);

c) Red de servicios de hospitalización (general y de salud ocupacional);

d) Red de urgencias médicas;

e) Redes de apoyo (vigilancia en salud pública, servicios diagnósticos, farmacéuticos y de rehabilitación).

Parágrafo. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá los estándares y mecanismos para la conformación de las redes de servicios en los territorios de salud y la adecuación de las formas de gobierno y participación social en la gestión de los centros y hospitales públicos, con base en la propuesta técnica apoyada en experiencias de otros países, elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social, dando prioridad a la red hospitalaria pública como eje articulador de las redes de servicios en los territorios de salud que se definan. La participación en las redes por parte de las entidades privadas será voluntaria y en concordancia con los lineamientos que establezca el Consejo Nacional de Seguridad Social.

Artículo 30. *Pertinencia médica.* Las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán conformar un Comité de Pertinencia Médica de composición plural entre las profesiones y las especialidades médicas, relacionados con los servicios ofrecidos y con participación ciudadana, cuya función será ejercer la autorregulación colectiva e institucional de las decisiones médicas y evitar el uso indebido o no justificado de tecnologías, medicamentos y procedimientos. La unidad territorial de salud del territorio en que estén ubicadas las instituciones establecerá una Junta de Revisión de la Pertinencia Médica con selección aleatoria de casos que permita formular recomendaciones para su mejoramiento.

Artículo 31. *Formas de relación entre las unidades territoriales de salud y los prestadores de servicios de salud.* Las formas de relación entre las unidades territoriales de salud y las instituciones que conforman las redes de servicios serán de cuatro tipos, según su naturaleza institucional y en atención a un sistema de contabilidad de costos de los bienes y servicios de salud:

a) Presupuestos anuales para el cubrimiento de la planta de personal de cada uno de los centros y hospitales públicos del territorio de salud, según su complejidad tecnológica y el régimen laboral que se establezca, según los criterios del artículo 50 de la presente ley;

b) Formas de pago complementarias a los centros y hospitales públicos por servicios integrados que estimulen la calidad de la atención, la accesibilidad, la oportunidad, la aceptabilidad de los servicios de salud, el logro de metas y resultados en salud, la superación de inequidades en salud de la población y el desarrollo del modelo de atención basado en la Estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (APIS);

c) Formas de contratación de servicios integrados con prestadores privados, según las necesidades de la población en el territorio correspondiente;

d) Formas de pago específicas para servicios prestados en otros territorios de la geografía nacional.

Parágrafo. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) definirá el sistema de contabilidad de costos, las formas de contratación y pago a los proveedores directos de servicios y el sistema tarifario, con base en propuestas técnicas elaboradas por el Ministerio de Salud y Protección Social, con la participación de los prestadores, los trabajadores y los profesionales de la salud, con especial atención a la protección de la red hospitalaria pública.

Artículo 32. *Recuperación del Complejo Hospitalario San Juan de Dios de Bogotá.* De conformidad con lo dispuesto en la Ley 735 de 2002, el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, el Ministerio de Educación Nacional y el Ministerio de Cultura, en coordinación con la Gobernación de Cundinamarca, la Alcaldía de Bogotá, Distrito Capital, y la Universidad Nacional de Colombia, deberán formular e implementar un plan de recuperación y puesta en operación del Complejo Hospitalario San Juan de Dios, comenzando por el Hospital San Juan de Dios y el Instituto Materno Infantil, en el término de seis meses a partir de la sanción de la presente ley. Este plan deberá incluir las dimensiones jurídicas, presupuestales, técnico-científicas, culturales, educacionales y laborales con el fin de que el país cuente con un complejo hospitalario de carácter universitario de alta complejidad, que sirva de referente del desarrollo de la ciencia, la investigación y la formación de personal en salud, en el marco del fortalecimiento de la red pública hospitalaria del país. La Agencia para la Defensa Jurídica del Estado y la Contraloría General de la República deberán implementar un plan de choque conjunto que permita proteger el patrimonio y los bienes del Hospital San Juan de Dios.

Para estos propósitos, el Gobierno Nacional reconocerá personería jurídica al Hospital San Juan de Dios como establecimiento público del orden nacional, de naturaleza especial, adscrito al Ministerio de Salud y Protección Social, con autonomía presupuestal y administrativa.

Parágrafo. El Hospital San Juan de Dios servirá de instancia articuladora de un sistema nacional de hospitales universitarios, de su mismo nivel de complejidad, tanto públicos como privados, que serán igualmente referentes para las políticas laborales, de formación de personal en salud y de ciencia, tecnología e innovación en salud. El Gobierno Nacional reglamentará la materia.

## CAPÍTULO VI

### Modelo de atención

Artículo 33. *Tipos de bienes y servicios esenciales de salud.* Los bienes y servicios de salud que se requieren con necesidad, para el goce efectivo del derecho fundamental autónomo a la atención en salud, sin importar la capacidad de pago de las personas y con enfoque diferencial por género, especificidad cultural o étnica, ciclo vital o situación de discapacidad o vulnerabilidad, son de cinco tipos y se complementan según las necesidades

de las personas, familias y comunidades, con base en la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (APIS). Los tipos de bienes y servicios de salud son:

- a) Atención Primaria Integral en Salud;
- b) Servicios ambulatorios y hospitalarios especializados;
- c) Servicios especializados de salud ocupacional;
- d) Programas de control de problemas y enfermedades de interés en Salud Pública;
- e) Prestaciones económicas.

Parágrafo. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con base en propuesta de reglamentación presentada por el Ministerio de Salud y Protección Social, definirá los compromisos específicos de cada tipo de servicios, con base en los criterios señalados en la presente ley. Esta definición deberá ser flexible e intercultural, para tener en cuenta las especificidades territoriales y culturales, el perfil epidemiológico y la superación de inequidades relacionadas con la situación socioeconómica, la etnia, el género, el ciclo vital de las personas o grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad (desplazamiento, discapacidad, habitante de calle, prostitución, entre otros).

Artículo 34. *Atención Primaria Integral en Salud (APIS)*. Con base en los principios ordenadores de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad, calidad y vínculo, para cumplir la función principal de coordinación de la atención integral de las personas, familias y comunidades, los componentes esenciales de la APIS que definirán los compromisos de las instituciones prestadoras, son:

- a) Identificación de necesidades sociales de calidad de vida y salud, así como las inequidades entre grupos de la población adscrita territorialmente;
- b) Formulación o apoyo sectorial a políticas y planes intersectoriales orientados hacia la disminución de inequidades y mejoramiento de calidad de vida y salud en territorios específicos, con énfasis en alimentación sana y suficiente, vivienda digna y saludable, agua potable, saneamiento, salud ambiental, salud ocupacional y control de violencia interpersonal e intrafamiliar;
- c) Acciones específicas dirigidas al ambiente y a las personas para promover la calidad de vida y la salud general y ocupacional de las poblaciones, educar en salud, promover la no violencia, proteger la vida y prevenir enfermedades generales, laborales y accidentes de tránsito;
- d) Servicios de atención ambulatoria programada, con alta capacidad resolutoria, general y especializada básica, con enfoque familiar y comunitario, que incluye educación en salud, protección específica, prevención, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades crónicas, rehabilitación,

cuidado paliativo, atención odontológica, salud sexual y reproductiva, atención integral de la gestación, parto y puerperio, salud mental;

- e) Servicios básicos de salud ocupacional, encaminados a atención integral de accidentes y enfermedades ocurridas con ocasión o como consecuencia del trabajo, a asesorar a las empresas y a los trabajadores independientes en el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo, a la vigilancia epidemiológica ocupacional y a la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales en el marco de una estrategia de entornos de trabajo saludables;
  - f) Servicios farmacéuticos, en el marco de la política nacional de medicamentos, insumos y tecnologías en salud;
  - g) Servicios de apoyo diagnóstico de laboratorio e imagenología de primero y segundo nivel tecnológico ambulatorio;
  - h) Atención médica domiciliaria o cuidado domiciliario o paliativo, técnicamente justificado;
  - i) Atención de urgencias de primero y segundo niveles tecnológicos y atención de parto normal y de media complejidad;
  - j) Seguimiento de pacientes referidos y contra-referidos de los servicios especializados ambulatorios, de hospitalización y de urgencias de tercero y cuarto niveles tecnológicos;
  - k) Coordinación intersectorial, con sistema de referencia y contra referencia a otros sectores según caracterización de salud familiar y comunitaria;
  - l) Información sistematizada y electrónica en salud, tanto de tipo personal (historia clínica única) como de tipo poblacional, con la estructura de la vigilancia en salud, para medir resultados, efectos e impactos en calidad de vida y salud, con perspectiva de equidad y de garantía del derecho a la salud.
- Artículo 35. *Servicios ambulatorios y hospitalarios especializados*. Los componentes de los servicios ambulatorios y hospitalarios especializados, que definirán los compromisos de los prestadores, son:
- a) Servicios ambulatorios especializados que requieran mediana y alta tecnología;
  - b) Servicios de hospitalización de tercero y cuarto niveles tecnológicos, incluido los cuidados intermedios e intensivos;
  - c) Servicios farmacológicos de mediano y alto costo, en el marco de la política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud;
  - d) Servicios de apoyo diagnóstico, de laboratorio clínico, de genética y de imagenología, de mediana y alta complejidad;
  - e) Servicios de rehabilitación de segundo a cuarto niveles tecnológicos o de intervención de largo plazo.

Parágrafo. Los servicios ambulatorios y hospitalarios especializados serán siempre articulados a la Atención Primaria Integral en Salud (APIS) y deberán configurar Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), según el diseño realizado por el fondo territorial de salud correspondiente.

Artículo 36. *Servicios especializados de salud ocupacional.* Los componentes de salud ocupacional especializados, en articulación con los servicios ofrecidos y coordinados por las instituciones que desarrollan la APIS, son:

a) Servicios ambulatorios especializados para el manejo de accidentes y enfermedades con ocasión o como consecuencia del trabajo;

b) Servicios de apoyo diagnóstico, de laboratorio clínico, de genética y de imagenología especializados para salud ocupacional;

c) Servicios hospitalarios especializados de mediana y alta complejidad para la atención de accidentes o enfermedades con ocasión o como consecuencia del trabajo;

d) Servicios farmacológicos especializados para el tratamiento de enfermedades como consecuencia del trabajo;

e) Servicios de rehabilitación para discapacidades derivadas de accidentes o enfermedades con ocasión o como consecuencia del trabajo.

Artículo 37. *Programas de control de problemas y enfermedades de interés en salud pública.* Los programas de control de enfermedades de interés en salud pública corresponden a los bienes, servicios y acciones coordinadas, intra e intersectorialmente, con la participación de la comunidad y de las redes sociales, en la forma de programas verticales, para el control de las enfermedades de interés en salud pública, según el perfil epidemiológico de los territorios de salud y del país en su conjunto. Estos programas estarán bajo la directa responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social y de los entes territoriales, con el apoyo y supervisión del Instituto Nacional de Salud (INS).

Artículo 38. *Prestaciones económicas.* Las prestaciones económicas son las retribuciones monetarias destinadas a proteger a las familias del impacto financiero de la situación de maternidad y de la incapacidad o la invalidez derivada de una enfermedad general y de accidentes y enfermedades ocurridas con ocasión o como consecuencia del trabajo.

Parágrafo. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá las formas de reconocimiento de estas prestaciones, con base en propuesta técnica elaborada por el Ministerio de Salud y Protección Social, y la experiencia acumulada en el pago de las prestaciones económicas, sin importar la condición de cotizante. Los beneficios que se reconozcan por las contingencias mencionadas en ningún caso serán inferiores a los que actualmente reconoce el Sistema de Riesgos Laborales (Ley 1562 de 2011).

## CAPÍTULO VII

### Sistema Integrado de Información en Salud

Artículo 39. *Definición.* El Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS) es el conjunto de mecanismos y procedimientos destinados a la gestión de la información y del conocimiento para la toma de decisiones en el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud, para garantizar las operaciones entre los agentes del sistema y dar cuenta de las necesidades sociales en salud, las respuesta institucional y social, y los resultados en salud y calidad de vida de la población colombiana, con enfoque de equidad y de determinación social de la salud y la enfermedad. La información deberá ser accesible y estar disponible para la población, por diferentes medios, con el fin de fortalecer la participación y el control social en los territorios.

Artículo 40. *Características generales.* El SIIS tendrá como centro de organización el seguimiento de la salud de las personas, las familias y las comunidades. Se organizará en, por lo menos, dos niveles:

a) Nivel operativo: Garantizará la producción y el uso de la información para la atención integral en salud de las personas, las familias y comunidades con calidad, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia, por parte de todos los actores para el funcionamiento del Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud, comenzando por la historia clínica electrónica única, en todos sus procesos y territorios;

b) Nivel estratégico: Dedicado a la transformación y el análisis de la información sobre situación de salud y calidad de vida de la población, para contribuir a la toma de decisiones de las instancias de rectoría y dirección del sistema y de todos los agentes involucrados en ellas.

Parágrafo. El Ministerio de Salud y Protección Social, a partir de propuesta elaborada por el Instituto Nacional de Salud, tendrá la responsabilidad de diseñar y desarrollar el Sistema Integrado de Información en Salud y de garantizar el compromiso de todos los actores del sistema con la calidad y la fluidez de la información para su buen funcionamiento.

## CAPÍTULO VIII

### Participación Ciudadana y Social

Artículo 41. *Definición.* La participación es un derecho y un deber fundamental que se materializa en la intervención consciente, activa y vinculante de las personas en los procesos de atención y de toma de decisiones, individuales y colectivos en todo el sistema de salud. La participación ciudadana es ejercida por las personas, de manera autónoma, en cualquier instancia del sistema. La participación social es ejercida por formas organizadas de la sociedad, por mecanismos de representación o de participación directa en las decisiones o en la gestión de la seguridad social en salud.

Artículo 42. Ámbitos de la participación ciudadana y social. La participación vinculante de las personas y de las comunidades organizadas podrá ser ejercida en los siguientes ámbitos:

a) **Participación en los procesos cotidianos de atención integral en salud.** Las instituciones prestadoras de servicios de salud desarrollarán procesos y procedimientos para el libre ejercicio de la autonomía de las personas en materia de salud, de manera que puedan expresar, mediante consentimiento informado y consciente, su aceptación o rechazo de cualquier procedimiento o intervención que implique riesgos razonables, técnicos y morales;

b) **Participación en la exigibilidad del derecho.** Las instituciones que participan en el goce efectivo del derecho fundamental a la salud deben establecer mecanismos y escenarios, suficientes y eficaces, para impulsar la exigibilidad de este derecho por parte de las personas y las organizaciones sociales, tanto en el interior de las instituciones prestadoras de servicios como en las diferentes instancias de inspección, vigilancia y control, y del sistema judicial;

c) **Participación en las políticas públicas en salud.** El Sistema contará con reglas, mecanismos y escenarios para fomentar y desarrollar la participación informada, activa, vinculante y efectiva de los ciudadanos y las organizaciones sociales en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas con salud y seguridad social, y en la veeduría y el control social de los planes, programas e instituciones dedicadas al manejo de recursos para la salud y la seguridad social en los diferentes niveles territoriales. Se podrán establecer comités, círculos o consejos de participación en salud en los microterritorios o divisiones locales de los territorios de salud, como parte del desarrollo de la APIS, los cuales podrán tener delegados para la organización periódica de asambleas, congresos o conferencias regionales y nacionales de salud que permitan incidir en las políticas públicas de salud, a través del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;

d) **Participación en inspección, vigilancia y control.** Los ciudadanos y ciudadanas, así como las organizaciones sociales podrán organizar veedurías en salud, desde el ámbito micro territorial hasta el nacional, en coordinación con los organismos de control principales del sistema, esto es, la Superintendencia Nacional de Salud y la Contraloría General de la República.

Parágrafo. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con base en propuesta técnica del Ministerio de Salud y Protección Social, definirá la forma de adecuación de los actuales mecanismos de participación social y ciudadana, su integración, fortalecimiento y financiación en los territorios sanitarios, y los procedimientos para vincular la veeduría y el control social a la red de controladores que coordinará la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 43. *De los Comités Hospitalarios de Ética.* Las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán conformar comités institucionales u hospitalarios de ética, de carácter plural, con presencia de personal profesional y no profesional de la misma institución, representantes de las comunidades de los territorios de salud a los que sirven y el apoyo de abogados y bioeticistas, cuya función fundamental será el análisis de los dilemas morales que se presenten en la actividad clínica, en los servicios comunitarios o en la investigación en salud que comprometa personas para ofrecer recomendaciones a los tomadores de decisiones clínicas y de investigación en salud. El Ministerio de Salud y Protección Social reglamentará la materia, con el aval del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

## CAPÍTULO IX

### Inspección, vigilancia y control

Artículo 44. *Características generales de la inspección, vigilancia y control.* Las funciones de inspección, vigilancia y control del Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud serán ejercidas por la Superintendencia Nacional de Salud, de manera desconcentrada y con el apoyo de la red de control social que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para cada territorio de salud, con base en propuesta de reglamentación del Ministerio de Salud y Protección Social.

Artículo 45. *Funciones de la Superintendencia Nacional de Salud.* La Superintendencia Nacional de Salud tendrá las siguientes funciones:

a) Inspeccionar, vigilar y controlar el manejo financiero del Fondo Único Público para la Salud y de los fondos territoriales de seguridad social en salud;

b) Presentar al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para su aprobación, la reglamentación sobre el Sistema Obligatorio de Calidad de los Servicios de Salud, con base en la experiencia nacional e internacional sobre el tema, y velar por su cumplimiento por parte de los fondos territoriales y todos los prestadores de servicios de salud, públicos y privados;

c) Desarrollar procesos de descentralización de la inspección, vigilancia y control en los territorios de salud, definiendo las competencias de los entes territoriales en la materia y la conformación de redes de control social;

d) Desarrollar un sistema de quejas y reclamos de fácil acceso y trámite, con cobertura nacional y manejo descentralizado, en coordinación con el sistema judicial y con capacidad sancionatoria;

e) Rendir informe anual al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en el cual se presente el análisis de los problemas y fallas detectadas en el funcionamiento del sistema en su conjunto y se propongan medidas correctivas.

Artículo 46. *Naturaleza pública de los recursos para la salud.* Los recursos aportados para la sa-

lud, en la forma de cotizaciones o impuestos, son de naturaleza pública e inembargable y no serán objeto de ánimo de lucro. Estos recursos serán sometidos a cuidadosa inspección, vigilancia y control de su aplicación por parte de la Contraloría General de la República, la cual deberá contar con la suficiente capacidad técnico-administrativa, de manera desconcentrada y con participación social, mediante redes de control social sobre el uso de estos recursos.

## CAPÍTULO X

### Políticas públicas prioritarias

Artículo 47. *Política nacional de ciencia, tecnología e innovación en salud.* El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud formulará cada cuatro (4) años, con seguimiento anual, la política de ciencia y tecnología en salud, en concordancia con el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación. La política deberá definir las prioridades de inversión en investigación, desarrollo tecnológico e innovación en salud para el país, según las especificidades territoriales y los recursos definidos por la normatividad correspondiente.

Como complemento a los recursos del Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá el monto anual de recursos destinados a la investigación, desarrollo tecnológico e innovación en problemas y enfermedades de especial interés en salud pública, provenientes de la cuenta de Control de Problemas y Enfermedades de Interés en Salud Pública (CEISP) del Fondo Único Público para la Salud, los cuales serán administrados directamente por el Ministerio de Salud y Protección Social, según las prioridades de la política nacional de ciencia, tecnología e innovación en salud y complementados con recursos territoriales para tal efecto, en especial, los del Sistema General de Regalías.

Artículo 48. *Política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud.* El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud formulará cada cuatro (4) años, con seguimiento anual, la política de medicamentos, insumos y tecnologías en salud, con base en propuestas presentadas por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) y por el Instituto Nacional de Evaluación de Tecnología e Innovación en Salud (Inetis), mediante la cual se establezcan estrategias de regulación tales como: compra conjunta de medicamentos esenciales, producción nacional de moléculas no protegidas por patente, producción de moléculas con patentes liberadas por interés en salud pública, provisión descentralizada según perfiles epidemiológicos territoriales, investigación y desarrollo tecnológico de medicamentos y tecnologías prioritarias, formación y educación continua farmacológica del personal de salud, estímulos para la producción nacional de medicamentos y tecnologías, regulación de precios de medicamentos y tecnologías, evaluación y regulación del uso de tecnologías e insumos.

Parágrafo. Se prohíbe el uso de cualquier tipo de prebendas o beneficios al personal de salud por parte de empresas o agentes relacionados con la producción, distribución y consumo de medicamentos, insumos, equipos o tecnologías en salud.

Artículo 49. *Política de formación y educación superior en salud.* El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud formulará cada cuatro (4) años, con seguimiento anual, la política de formación y educación superior en salud. La política deberá orientar las prioridades de formación de personal según las necesidades de calidad de vida y salud de la población, las especificidades territoriales y las competencias demandadas por la Atención Primaria Integral en Salud (APIS), con enfoque familiar y comunitario, así como las necesidades y estímulos para la formación de especialistas y subespecialistas en las profesiones del área de la salud, y los mecanismos de conformación articulación entre las instituciones formadoras de personal y las redes integradas de servicios de salud con carácter universitario. Así mismo, la política deberá incluir los criterios generales para mejorar la calidad y la dignificación del trabajo en salud, tanto profesional como no profesional, estableciendo estabilidad laboral y estímulos salariales y de educación continua para quienes tengan que trasladarse a lugares ubicados por fuera de las ciudades capitales.

Artículo 50. *Régimen y política laboral en salud.* Los trabajadores de las instituciones públicas del sector salud se regularán por un régimen laboral concertado que tendrá los siguientes criterios:

a) Las personas vinculadas a las instituciones públicas de salud, por norma general, estarán vinculados por contrato de trabajo conforme a los preceptos de Código Sustantivo del Trabajo;

b) Los empleados públicos de libre nombramiento y remoción corresponden únicamente a las funciones o actividades de dirección, conducción y orientación institucionales, cuyo ejercicio implique la adopción de políticas o directrices y/o la administración y el manejo directo de bienes, dineros y/o valores del Estado;

c) Los servidores públicos actualmente vinculados a las instituciones públicas de salud continuarán vinculados sin solución de continuidad y se les respetarán sus derechos adquiridos. En consecuencia, seguirán con el mismo régimen salarial y prescricional que vienen disfrutando, hasta el momento de su retiro, siempre y cuando sea más favorable para el trabajador, incluyendo los de carrera administrativa;

d) El Gobierno Nacional, conjuntamente con las asociaciones de gerentes o directores de las instituciones públicas de salud, en un término no mayor a tres (3) meses, adelantará el proceso de negociación y concertación con las organizaciones de trabajadores y profesionales de la salud para determinar la reglamentación del nuevo régimen laboral del sector y de estructura de las plantas

de personal, teniendo como base fundamental los principios rectores del artículo 53 de la Constitución Política y los siguientes elementos:

- i) El carácter permanente de la actividad o funciones a vincular en las plantas de personal;
- ii) Requerimientos reales de las plantas de personal;
- iii) Escalafonamiento mediante la adopción de la curva salarial que parta del establecimiento del salario mínimo por profesión u oficio, como mecanismos que permitan que la incorporación de los trabajadores, el cumplimiento de los precedentes constitucionales y legales sobre formalización laboral e incentive la actualización, el servicio humanizado y con calidad;
- iv) Criterios de selección e ingreso del personal a vincular en las plantas de personal;
- v) Normas sobre incentivos salariales y no salariales;
- vi) Normas generales de bienestar social aplicables a los trabajadores de las instituciones públicas de salud;
- vii) Normas de salud laboral, higiene y medicina del trabajo, que tengan en cuenta los riesgos propios de cada uno de los cargos, desarrollando los criterios técnicos que permitan determinar la actualización de la tabla de enfermedades laborales que afectan a los trabajadores que laboran en las entidades de salud, haciendo especial énfasis en las derivadas de los riesgos biológicos y las originadas por radiaciones ionizantes o manejo de químicos, las físicas o de trauma propias de las entidades hospitalarias, sin descuidar los desórdenes músculo-esqueléticos y los aspectos psíquico-laborales, como consecuencia de la atención a personas afectadas en su salud;
- viii) Normas sobre educación continuada y formación profesional que incentiven los convenios de docencia de servicios, de tal manera que se disponga de los centros de práctica adecuados en todos los niveles de complejidad.

Parágrafo. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá, con base en propuesta técnica del Ministerio de Salud y Protección Social y para períodos de cuatro (4) años, una política laboral del sector salud que permita orientar la distribución de los recursos humanos del sistema en su conjunto, para superar las inequidades regionales y mejorar la respuesta a las necesidades territoriales en salud, incluyendo una readecuación del servicio social obligatorio en salud, sin perjuicio del régimen laboral que se establezca.

#### CAPÍTULO XI

##### **Período, disposiciones de transición y vigencia**

Artículo 51. *Período de transición.* Con el fin de propiciar la adaptación de las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a las disposiciones de la presente ley se contará con un período máximo de transición de dos (2) años a partir de su vigencia, sin perjuicio de los períodos explícitos establecidos.

Artículo 52. *Disposiciones transitorias.* La transición de los actuales sistemas de salud y riesgos profesionales al Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud se realizará con base en las siguientes disposiciones transitorias:

- a) El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud será conformado por convocatoria del Ministerio de Salud y Protección Social, durante los primeros tres (3) meses de vigencia de la presente ley;
- b) El Gobierno Nacional pondrá en funcionamiento el Fondo Único Público para la Salud durante los primeros seis (6) meses perentorios posteriores a la vigencia de la presente ley;
- c) El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud deberá reglamentar las disposiciones de su competencia durante el primer año de vigencia de la presente ley;
- d) Las empresas promotoras de salud (EPS) de los regímenes contributivo y subsidiado actuales deberán trasladar el monto de las cotizaciones a la seguridad social en salud al Fondo Único Público para la Salud una vez entre en funcionamiento la Central Única de Recaudo de este Fondo;
- e) El Ministerio de Salud y Protección Social hará un estudio para determinar la deuda que tienen las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que como consecuencia de esta ley deban desaparecer, a fin de establecer los mecanismos de pago, en coordinación con los organismos de control que adelantan investigaciones sobre la apropiación indebida de recursos públicos de la seguridad social en salud por parte de dichas entidades;
- f) El Gobierno Nacional asumirá el pasivo prestacional y el saneamiento fiscal de las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, en especial, los prestados a la población pobre no asegurada por parte de la red pública, con énfasis en los hospitales universitarios, para lo cual hará un corte a 31 de diciembre de 2012.

Artículo 53. *Vigencia.* Transcurrido el período de transición de la presente ley, se derogan todas las disposiciones que le sean contrarias, en particular los Libros Segundo y Tercero de la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, los Decretos número 1295 de 1994 y los aspectos que le sean contrarios de la Ley 1562 de 2012.

Atentamente,

*Gloria Inés Ramírez Ríos,*

Senadora de la República elegida por el PDA.  
COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL  
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO  
DE LA REPÚBLICA.

SECRETARÍA GENERAL DE LA COMISIÓN

Bogotá, D. C., a los treinta (30) días del mes de mayo año dos mil trece (2013)

En la presente fecha se autoriza la publicación en la *Gaceta del Congreso*, el informe de

ponencia para primer debate Senado, solicitando **debatir** las iniciativas acumuladas, para lo cual propone un texto contentivo de cincuenta y tres (53) artículos. El texto completo del informe de ponencia que aquí se ordena publicar, está contenido en ochenta y tres (83) **folios**, a los **Proyectos de leyes acumulados números 51 de 2012 Senado**, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones; **210 de 2013 Senado**, por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones y **233 de 2013 Senado**, por la cual se crea el Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud". El presente informe de ponencia para primer debate Senado, fue recibido en la Secretaría de la Comisión Séptima del Senado, el día jueves treinta (30) de mayo de dos mil trece (2013).

El Secretario,

*Jesús María España Vergara.*

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL  
PERMANENTE DEL HONORABLE SENADO  
DE LA REPÚBLICA

SECRETARÍA GENERAL DE LA COMISIÓN

Bogotá, D. C., a los treinta (30) días del mes de mayo año dos mil trece (2013).

El presente informe de ponencia para primer debate Senado, que se ordena publicar, con proposición positiva (debatir las iniciativas acumuladas), está refrendado únicamente por la honorable Senadora *Gloria Inés Ramírez Ríos*, en su calidad de ponente. Los honorables Senadores *Antonio José Correa Jiménez*, *Claudia Jeanneth Wilches Sarmiento*, *Edinson Delgado Ruiz*, *Astrid Sánchez Montes de Occa*, *Gabriel Zapata Correa*, *Jorge Eliécer Ballesteros Bernier*, *Teresita García Romero*, *Guillermo Antonio Santos Marín*, *Mauricio Ernesto Ospina Gómez*, *Gilma Jiménez Gómez*, *Liliana María Rendón Roldán* y *Germán Bernardo Carlosama López*, no refrendaron este informe que se ordena publicar.

El Secretario,

*Jesús María España Vergara.*