

**PONENCIA PARA PRIMER DEBATE A LOS PROYECTOS 001/10 (S), 095/10 (S), 147/10 (S), 111/10 (C), 126/10 (C), 182/10 (S), 160/10 (S) (acumulados)**

Honorables congresistas,

Cumpliendo con la misión que nos ha sido encomendada procedemos a rendir ponencia para primer debate en los proyectos de ley (acumulados). La misión que ahora emprende el Congreso de la República es de la mayor relevancia histórica: en la adecuada regulación que se expida se cifra el bienestar de la población, la credibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y la legitimidad del Estado social de derecho. Por ello, en asocio con el Gobierno Nacional, se realizaron sendas audiencias regionales y una serie de mesas temáticas en donde se abordaron los principales problemas del SGSSS y del sector salud en general. La participación en las mismas fue masiva, respondió, con creces, a la convocatoria realizada y concitó atención especial por parte de los actores y la población en general.

Fue así como el Ministerio de la Protección Social conjuntamente con las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara del Congreso de la República, han venido adelantando mecanismos de participación en torno a la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud por medio de una serie de Audiencias Regionales y Mesas Temáticas.

Las Mesas Temáticas fueron un espacio de discusión técnica sobre temas críticos de la reforma a la salud en el país. Los actores institucionales del sistema produjeron en cada una de las mesas un conjunto de recomendaciones sobre las reformas y ajustes estructurales que se consideran necesarios para el sector. El producto final es un documento que contiene los [resúmenes y relatorías resultado del proceso de las Mesas Temáticas Sobre la Reforma al Sistema de Salud](#). Las mesas se dieron desde septiembre 21 a 23 y del 27 al 30 del mismo mes, se trataron los temas de:

1. Rectoría y Estructura
2. Talento Humano en salud
3. Promoción de la Salud
4. Salud pública
5. Aseguramiento
6. Evaluación de Tecnologías
7. Atención Primaria en Salud
8. Prestación de Servicios
9. Inspección, Vigilancia y Control
10. Financiamiento
11. Usuarios del sistema
12. Política Farmacéutica.

A las mesas Temáticas asistieron un total de 589 personas de diferentes instancias. A su vez como parte de este trabajo mancomunado, se realizarán audiencias regionales, centralizadas en las ciudades de Cali, Sincelejo, Medellín, Pereira, Ibagué, Bogotá y

Bucaramanga, en donde se ha venido convocando a la comunidad en general a participar

Como el reto que no ocupa es de grandes dimensiones, es preciso enfocar esta ponencia desde una perspectiva amplia de análisis que permite dimensionar el esfuerzo que se realiza y darle el sentido que corresponde dentro de nuestro Estado social de derecho. De esta manera, se apuntalan, con sólidas bases, los ajustes que ahora se realiza, tanto desde el punto vista constitucional como desde una perspectiva fáctica.

Las reformas que a renglón seguido se describen, convergen en estructura una reforma que responde a los retos planteados.

## COMENTARIOS AL ARTICULADO

### 1. DISPOSICIONES GENERALES

Dentro del propósito sistematizador, se reúnen en un solo artículo los principios del SGSSS. El cambio refleja la actuación concepción axiológica en el Sistema dándole el carácter de principio más que de fundamento y permitiendo que los mismos sirvan de mecanismo de interpretación de la norma. Se incluyen y desarrollan criterios como los de prioridad del afiliado, sostenibilidad, progresividad, corresponsabilidad, transparencia e intersectorialidad.

Igualmente, se efectúa aclaraciones necesarias en el SGSSS que han concentrado el interés de muchos de los actores y que constituye un clamor a voces, particularmente en torno a las funciones de dirección, organización y conducción del sector salud en cabeza del Ministerio de la Protección Social. Este es un tema, señalado en las Leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007 pero que se había difuminado. El actual enfoque exige un Ministerio fuerte y consolidado que lidere la política en salud. A su turno, y en cada jurisdicción, las entidades territoriales cumplirán el papel de ejecutar las directrices que se formulen.

### 2. SALUD PÚBLICA, PROMOCION, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

### 3. ASEGURAMIENTO

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

enfrentar las problemáticas e ineficiencias desarrolladas desde la implementación de la Ley 100.

Es inaceptable que hoy una persona que se enferme en un municipio diferente a donde reside no sea atendida porque el Régimen Subsidiado es municipal. Por eso, se propone nacionalizar la administración del Régimen Subsidiado, con el fin de evitar el tortuoso tránsito de recursos entre entidades, que se ha convertido en una de las principales dificultades del sistema.

El proyecto de ley introduce medidas efectivas para garantizar la portabilidad y movilidad entre regímenes. Se ha observado que muchos afiliados al régimen subsidiado no desean trasladarse de EPS, ni cambiar su afiliación al régimen contributivo, a pesar de que este último régimen ofrece un POS más completo. Este comportamiento se atribuye al temor de perder los subsidios que conlleva un cambio de régimen, con la consecuente pérdida de recursos para el sistema, cuando los afiliados al régimen subsidiado dispongan de empleos ó contratos de corta duración. Para corregir esta situación el proyecto de ley ordena que los afiliados al régimen contributivo puedan permanecer en este haciendo aportes, cuando tengan contratos ó empleos de corta duración. Ésta medida fortalece financieramente este régimen y reduce la evasión, al mismo tiempo que hace más amigable y móvil el sistema de salud.

El proyecto de ley garantiza la portabilidad nacional del aseguramiento y habilita a las EPS para operar en ambos regímenes al mismo tiempo, adecuando los requisitos y la operación de estas empresas para cumplir a estos requerimientos.

Frente al reto de asegurar la universalización del aseguramiento, se proponen diversos mecanismos para asegurar a todos los residentes en el país. Por ejemplo, se establecen presunciones para determinar la capacidad de pago, en aquellas personas que deben estar afiliadas y evaden dicha obligación. Se propone subsidiar la cotización de personas en el nivel del nivel III del SISBEN, como era la idea inicial de la Ley 100.

En cuanto a los Comités Técnicos Científicos, los mismos han perdido su naturaleza dentro del SGSSS y su carácter funcional, más aún frente a la sentencia C-463 de 2008, pues se han convertido en simple tramitadores, Ahora se les exige revisar la pertinencia médica y científica de una prestación no incluida en el POS y regresar a su naturaleza de contrastabilidad sin perjuicio de que, para evitar decisiones no ajustadas, exista un control de la SNS.

Además se desarrollan los planes voluntarios de salud, mediante una reglamentación unificada que permita tener claridad en las normas.

#### **4. FINANCIAMIENTO**

El objetivo principal del Sistema de Seguridad Social en Salud consiste en incrementar el bienestar de los individuos a través de la prestación de servicios de excelente

calidad y con acceso equitativo. No obstante, cumplimiento de este objetivo está sujeto al hecho de que el sistema sea financieramente sostenible ya que esta es la única manera de garantizarles a los colombianos el goce efectivo del derecho a la salud y la continuidad de las prestaciones en el tiempo.

De tal forma, asegurar la sostenibilidad del sistema es supremamente importante para evitar que enfrentemos una nueva amenaza de crisis en el sector de la salud. Así, para solventar el sistema de salud y financiar la igualación de los planes de beneficios tal y como lo expone la Sentencia T-760, el Proyecto de Ley dispone de varias medidas que buscan incrementar la eficiencia y mejorar el flujo en la utilización de los recursos existentes, generar recursos adicionales, bien sea a través de la reasignación de las fuentes existentes o a través de la inyección de recursos nuevos, y transformar recursos de oferta en demanda bajo un esquema que potencialice el uso de los mismos y no implique el descuido de la red pública de hospitales.

En efecto, en el proyecto se modifica el esquema de financiación tanto del Régimen Contributivo como del Subsidiado. En el primer caso, el 1.5% de la contribución de los empleadores y trabajadores que se utilizaba para financiar el Régimen Subsidiado se destinará a financiar la subcuenta de compensación del FOSYGA. Lo anterior implicaría cerca de \$1.5 billones de pesos adicionales para el pago de obligaciones del Régimen Contributivo en 2011.

De la misma forma, el Proyecto plantea un cuarto (1/4) de punto de la contribución parafiscal a cargo de las Cajas de Compensación para financiar un seguro de salud (la afiliación al régimen contributivo) por desempleo para la población más pobre, y otro cuarto (1/4) para financiar la subcuenta de compensación del FOSYGA como recursos adicionales para el Régimen Contributivo.

Estas medidas, que en principio buscan simplificar la estructura financiera del sistema, también ayudarían a reducir las distorsiones del mercado laboral provenientes de los impuestos a la nómina. En efecto, las contribuciones solidarias a salud y pensiones junto con las cargas parafiscales son percibidas como impuestos puros por los individuos y las empresas en la medida en que no se traducen en un beneficio directo para ellos.

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

En cuanto a la financiación del Régimen Subsidiado, el Proyecto plantea utilizar la mayor parte de los recursos del SGP para el proceso de unificación gradual de los planes de beneficios. De hecho, a partir del año 2015 el 80% de estos recursos se destinarán a financiar el aseguramiento mediante la afiliación al régimen subsidiado y el 10% se utilizará para financiar las acciones de Salud Pública. En este Proyecto se mantiene un porcentaje de recursos específico (el 10% restante) para financiar

subsidios de oferta en la medida en que se reconoce que existen lugares (regiones apartadas) en donde sólo el Estado está en capacidad de prestar servicios de salud.

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

Por otro lado, vale la pena resaltar que en el presente Proyecto se propone incrementar la distribución sectorial de los recursos del SGP a favor de la salud de los colombianos, lo que implicaría recursos adicionales por un monto aproximado de \$348 mil millones de pesos a partir de 2011, al tiempo que el incremento en el porcentaje de las rentas cedidas destinada a financiar el Régimen Subsidiado generaría recursos cercanos a los \$268 mil millones. Así, el Régimen Subsidiado se financiará en su mayoría con recursos directos de la Nación, lo que en esencia significa que la solidaridad sigue siendo uno de los pilares del sistema.

Finalmente, se propone fortalecer el sistema financiero del Sistema con la creación del Fondo de Garantías para el Sector de la salud, financiado con 0.5% de los ingresos de las EPS y los rendimientos financieros del Fosyga en el caso de las ESE, y un sistema de retención en la fuente en relación con los conceptos constitutivos del Ingreso Base de Cotización. Estas medidas se toman con el objetivo de asegurar el pago de las obligaciones en caso de intervención o liquidación de las entidades prestadoras y de facilitar el recaudo de recursos, lo que reduce los costos financieros del sistema.

## **5. DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

**En cuanto a los aportes patronales**, la Ley 715 de 2001, regula los recursos y competencias de las entidades territoriales en la prestación de los servicios de educación y salud, de conformidad con lo definido en el artículo 58, así:

“Artículo 58. De los aportes patronales. Las sumas correspondientes a los recursos que las entidades territoriales y sus entes descentralizados, deben destinar como aportes patronales de los empleados del sector salud, que se venían financiando con los recursos del situado fiscal, deberán ser pagadas con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones de salud y deben ser giradas directamente por la Nación a los Fondos de Pensiones y Cesantías, Administradoras de Riesgos Profesionales y a las Entidades Promotoras de Salud a las cuales se encuentren afiliados los trabajadores.

Los recursos a los que se refiere el presente artículo se presupuestarán y contabilizarán sin situación de fondos, por parte de las entidades territoriales y sus entes descentralizados.

Parágrafo. Cuando una entidad beneficiaria del Sistema General de Participaciones, haya registrado en los años anteriores a la vigencia de la

presente ley, excedentes por el pago de aportes patronales deberá destinarlos así:

- a) A sanear el pago de los aportes patronales para cesantías, pensiones, salud y riesgos profesionales causados a partir de 1994, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de Salud;
- b) Una vez efectuado el saneamiento de los aportes patronales, los saldos existentes podrán ser solicitados por la entidad territorial y adicionados a su presupuesto para financiar la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, de acuerdo con el reglamento que expida el Ministerio de Salud.”

Como se observa, la Ley 715 de 2001, al definir las competencias de las entidades territoriales, en lo relativo al sector salud, determinó que una parte de los recursos deberían destinarse al pago de los aportes patronales de los trabajadores del mismo sector salud, es decir para asumir la parte de la cotización que corresponde pagar al empleador.

Ello, pues las entidades territoriales, a través de sus entidades de prestación de servicios o aquellas contratadas para este fin, estaban llamadas a otorgar los servicios mediante subsidios a la oferta, para aquella parte de la población pobre y vulnerable no cubierta por subsidios a la demanda, antes denominada de manera genérica “población vinculada”, es decir aquellas personas que aún no se encontraban afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, bien sea en el régimen contributivo o en el subsidiado.

Este mecanismo simplemente significa que, en lugar de entregar los recursos para que la entidad territorial pague los servicios de salud antes mencionados a sus propias entidades prestadoras de servicios de salud, se entregan a los hospitales vía aportes patronales, de manera que los recursos del Sistema General de Participaciones finalmente se destinan a pagar los servicios de salud que se presta a esta población, pero en lugar de entregar recursos por cada servicio, se asume parte de este costo a través del pago de los aportes patronales.

La razón de la creación de este mecanismo de pago, estaba dada porque el legislador consideró que para garantizar la doble destinación de los dineros a los que nos referimos (de una parte a pagar la prestación de servicios de salud y al pago de aportes parafiscales del Sistema de la Protección Social) y para solventar graves dificultades que históricamente había padecido el sector salud en el nivel territorial, en lugar de entregar los recursos a las citadas entidades territoriales, para que ellas, a través de sus presupuestos los hicieran llegar a las entidades empleadoras de los trabajadores del sector salud y éstas, a su turno, las entregaran como cotizaciones a las diferentes administradoras del Sistema de Seguridad Social Integral y a las administradoras de cesantías, debían entregarse directamente a las citadas administradoras, evitando no sólo los trámites aquí mencionados sino la desviación de tales recursos a otros fines diferentes al pago de los aportes patronales.

La preocupación por la posibilidad de que estos dineros no llegaran a su legítimo destino resultó de tan especial importancia para el legislador y en procura de impedir desde cualquier punto de vista la posible utilización de estos montos para otros fines, que se ocupó de redundar en el tema y señaló qué debía hacerse con aquellos recursos que resultaren excedentes, definiendo que deberían destinarse en primera instancia al saneamiento de aportes patronales anteriores y sólo una vez efectuado el saneamiento, podrían utilizarse, siempre conservando la destinación para las obligaciones generadas por la prestaciones de servicios a la población pobre no asegurada y a los eventos no incluidos en el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado.

El legislador de 2001 vislumbró que podían darse excedentes y que podrían también presentarse situaciones de faltantes de años anteriores que exigieran un saneamiento por la forma en la cual se maneja el giro de los aportes patronales-Sistema General de Participaciones, que permite la existencia de diferencias entre el valor de los aportes patronales calculados y girados y los realmente debidos en un momento en el tiempo tal como ha ocurrido a través de los años.

De manera sucinta, el procedimiento mediante el cual se calculan y giran, sin situación de fondos los aportes patronales, se fundamenta en un reporte que hace cada una de las entidades beneficiarias del SGP-Aportes Patronales que es consolidada por cada departamento y enviada al Ministerio de la Protección Social, que al año siguiente, previa aprobación del Conpes de la distribución correspondiente, procede a girar el valor definido en doceavas partes iguales a cada administradora del Sistema. Esto significa que cada departamento informa al Ministerio cuál será el valor anual, para la siguiente vigencia, que corresponderá a cada administradora de los subsistemas de Pensiones, Salud, Riesgos Profesionales y Cesantías, por los trabajadores de la entidades beneficiarias del SGP-Aportes Patronales y el Ministerio procede a girar cada mes la doceava parte correspondiente a cada administradora. Si bien este procedimiento resulta adecuado al temor que manifestó el legislador en la Ley 715 de 2001, presenta dificultades dada la falta de intermediación temporal frente a las situaciones de hecho a las que se refiere y a su dependencia del cumplimiento cabal por parte de los varios actores involucrados en la operación.

En efecto, el primer inconveniente que surge con ocasión de que la precisión de los valores así definidos, está determinada por la movilidad de los trabajadores, no sólo porque pueden retirarse de la entidad en la que estaban trabajando en cualquier momento, aún cuando se les calculó su aporte patronal por un año, sino porque también pueden cambiar de administradoras, de conformidad con las normas que regulan estos temas.

De esta manera bien puede darse el caso que los aportes patronales de una persona en particular, calculados dentro de la doceava parte ya comentada, ya no deban ser girados a la administradora primeramente considerada sino a otra porque el trabajador se trasladó o que la persona cuyo cálculo se hizo por 12 meses sólo trabajó, por ejemplo tres, pero se giran los aportes hasta tanto se tramite la novedad correspondiente, cuyo trámite sólo se hará efectivo en seis meses.

Los ejemplos citados ilustran el porqué de las diferencias a favor o en contra de la entidad beneficiarias del SGP-Aportes Patronales, que puede resultar superavitarias, por un traslado del trabajador de administradora.

Otro aspecto que incide de manera importante en los desajustes comentados, está determinado por la forma en que las entidades beneficiarias del SGP-Aportes Patronales calculan el valor de esta parte, la patronal, de sus cotizaciones, pues no son pocos los casos en los que calculan tal valor con base en unas plantas de personal que contiene algunas vacantes que aspiran a llenar en corto plazo, pero que a la postre no resultan cubiertas a la brevedad estimada, por lo cual el cálculo fácilmente resulta mayor a la realidad en un momento en el tiempo.

También ha incidido de manera significativa en la falta de precisión de este esquema de pago de los servicios de salud que se prestan a la población pobre y vulnerable, la falta de la suficiente diligencia de algunas entidades en la remisión a cada administradora de las autoliquidaciones correspondientes a cada período, junto con el pago del aportes del trabajador, última parte que no está cubierta por el Sistema General de Participaciones, ya que éste sólo se refiere a los aportes que debe asumir el empleador, de manera que no es extraño que una administradora reciba el giro de la Nación, pero no reciba ni la autoliquidación ni el aporte del trabajador, de parte de la entidad empleadora, de manera que no puede tramitar y registrar el pago, pues está incompleto y, al carecer de autoliquidación, no sabe a nombre de qué trabajador debería considerarlo.

Los aspectos aquí comentados generan unas importantes diferencias entre los valores girados por la Nación SGP-Aportes Patronales y aquellos que una administradora recibe mes a mes.

Estas circunstancias pueden verse afectadas de manera grave, si la administradora que recibe los aportes patronales durante muchos años ha carecido de adecuados sistemas de información, no registró y manejó la contabilidad de manera oportuna o idónea y no contó con esquemas de auditoría, seguimiento y control suficientes para reconstruir con alguna certeza los ingresos recibidos, como ha sido el caso de distintas administradoras que han entrado en liquidación.

Ahora bien, si existen los recursos superavitarios aquí mencionados, originados en el hoy denominado SGP-Aportes Patronales, como ha venido ocurriendo, lo lógico sería suponer que tanto las entidades empleadores beneficiarias del SGP-Aportes Patronales, como las entidades territoriales y las propias administradoras debieron notar la situación descrita y realizar las tareas de saneamiento correspondientes, como lo ordenó la Ley 715 de 2001 y las normas que la desarrollaron, Decreto 1636 de 2006 y Resolución 3815 de 2003. Sin embargo tal labor no se ha desarrollado por parte de estas entidades, al parecer, carentes de interés en ello, incumpliendo las normas comentadas, de manera que la gran mayoría de las conciliaciones no se han llevado a cabo.

En este orden de ideas, en atención a que el mayor déficit territorial en el sector salud de conformidad a la información suministrada por los departamentos y distritos,

obedece justamente a las obligaciones pendientes por la prestación de servicios a la población pobre no asegurada y a las prestaciones no POS, misma destinación de los aportes patronales ya comentados, es necesario crear un procedimiento breve para recuperar estos recursos de manos de las administradoras y destinarlos, sin perder la titularidad del mismo ni la destinación específica, al pago de las obligaciones de las entidades territoriales.

En relación con el programa de saneamiento fiscal de las empresas sociales del Estado, en el seguimiento que se hace de la gestión de mismas del nivel territorial se han observado debilidades en la gestión, sobredimensionamiento e inflexibilidad en el gasto, entre otros problemas, que generan condiciones de riesgo para la garantía del goce efectivo del derecho a la salud de los usuarios de estas entidades. Entre las debilidades de gestión se identifica el crecimiento de los gastos no ligados a la prestación de servicios, la ineficiencia en la gestión del recaudo así como la acumulación de pasivos, que de no corregirse oportunamente, podría implicar la interrupción de la operación de estas entidades y su eventual cierre, generando un grave impacto en las condiciones de acceso, oportunidad, continuidad y calidad en la prestación de servicios de salud.

Por su parte, como fundamento de la operación externalizada se evidencia, en desarrollo de los procesos de reorganización de la red hospitalaria pública, se han venido implementando estrategias de operación externalizada por parte de instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, lo que permite garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud a la población, con un manejo eficiente de los recursos y mayores posibilidades de renovación tecnológica. Una de las dificultades que se ha presentado en la participación de oferentes en operaciones externalizadas de hospitales públicos, es la preocupación por la interacción entre las instancias de dirección de la institución como son la junta directiva y el gerente con las instancias de dirección del operador, por considerar que los primeros pueden ir más allá de las actividades propias de seguimiento al contrato que se suscribe, generando incertidumbre sobre la adecuada ejecución y la duración del mismo, así como riesgo para la inversión que se realice.

Por esta razón, en el caso de las instituciones con operación externalizada, se hace necesario permitir la no conformación de las juntas directivas, así como permitir que el gerente o director de la empresa sea de libre nombramiento y remoción del jefe de la entidad territorial.

Respecto a la Contratación, adquisiciones y compras en empresas sociales del Estado, la Ley 100 de 1993 y, en cierta medida la Ley 1122 de 2007,, únicamente dispone que los mismos se regulan por el derecho privado, pudiendo discrecionalmente utilizar las cláusulas excepcionales previstas en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. De esta forma, y con el fin de que los recursos públicos utilizados en la contratación que adelantan estas instituciones sean debida y adecuadamente utilizados, es necesario dictar normas con fuerza de ley que regulen la contratación en dichas entidades, así como definir un sistema de contratación, adquisiciones y compras de medicamentos y dispositivos biomédicos que

permitan racionalizar los precios de los mismos optimizando los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En relación con los **medicamentos**, uno de los retos más importantes para este Gobierno es velar por la protección del Sistema de Seguridad Social en Salud y la protección de la salud pública de la población. En ese punto, la política consiste en garantizar a la sociedad el acceso a medicamentos de excelente calidad a precios razonables. En efecto, es de indicar que las decisiones que se tomen para el logro de este propósito, se enmarcan dentro de los límites fijados por la Constitución Política, al señalar que la actividad económica y la iniciativa privada son libres, dentro de los límites del bien común. Para ello, el Estado, por mandato legal, impedirá que se obstruya o restrinja y evitara cualquier abuso que personas o empresas hagan de su posición dominante en el mercado.

Sin duda alguna el objetivo perseguido por el Sistema de Seguridad Social en Salud SGSSS es crear las condiciones de acceso a la salud de toda la población, para lo cual el Estado intervendrá el SGSSS, creando para ello condiciones de acceso al Plan Obligatorio de Salud POS para todos los habitantes, garantizando, la protección integral a la enfermedad en todas sus fases, incluida la fase del tratamiento, para todas las patologías.

Teniendo en cuenta lo anterior y, en desarrollo de los principios establecidos en el artículo 2º de la Ley 100 de 1993, que consagra que el servicio público esencial de seguridad social, se prestara con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, entendiendo por el principio de eficiencia, como la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente, el Ministerio de la Protección Social y la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos, utilizará todos los instrumentos y mecanismos para garantizar que el Sistema General de Seguridad Social brinde a la población medicamentos de calidad, en el entendido que, la accesibilidad a los medicamentos es un principio básico de política de salud pública y un asunto fundamental de Estado, dentro de la estructura del sistema de salud colombiano que contiene esquemas de aseguramiento, financiamiento y coberturas en salud, bajo los cuales, el legislador edificó la Ley 100 de 1993 y su actual reforma, Ley 1122 de 2007 y, por su puesto, con la cual el gobierno nacional implementa la política de salud.

Por último, es de indicar que la formulación y la implementación de *la Política Farmacéutica Nacional* tiene como propósito esencial optimizar la utilización de los medicamentos, reducir las inequidades en el acceso y asegurar la calidad de los mismos en el marco del Sistema de Seguridad Social en Salud.

## **6. TALENTO HUMANO**

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

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

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

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

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

PROFESIÓN	PROGRAMAS			EGRESADOS		
	1990	2006	Var.	1990	2006	Var.
MEDICINA	21	41	95%	1.913	2.392	25%
ODONTOLGÍA	11	18	64%	1.190	847	-29%
ENFERMERIA	19	38	100%	933	2.266	143%
BACTERIOLOGÍA Y LAB. CLINICO	9	12	33%	497	644	30%
NUTRICION Y DIETÉTICA	6	6	0%	241	145	-40%
OPTOMETRÍA	13	44	238%	136	100	-26%
QUÍMICA FARMACÉUTICA	3	3	0%	143	83	-42%
TERAPIAS	13	44	238%	298	2.460	726%
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>206</b>	<b>117%</b>	<b>5.351</b>	<b>8.937</b>	<b>67%</b>

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

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

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

Tabla. Estimaciones de empleo para algunas profesiones del área de la salud  
2007 vs. 2002<sup>1</sup>

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

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

Número de egresados de los programas de formación en educación superior en el área de la salud										
Programa	Período 2001 a 2009									Total
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Medicina Interna	354	295	351	201	283	74	102	108	91	1.859
Pediatría	95	101	99	99	94	91	109	100	119	907
Gineco obstetrica (Incluye Subespecialidades)	80	76	86	88	72	73	75	69	71	690
Anestesiología (Incluye Subespecialidades)	98	75	99	79	88	80	70	72	80	741
Radiología (incluye Subespecialidades)	36	29	32	25	31	33	24	33	23	266
Ortopedia (incluye Subespecialidades)	37	44	55	33	34	27	38	35	39	342
Cirugía general	63	76	65	57	54	56	42	56	57	526
Cirugía plástica (incluye Subespecialidades)	16	14	20	18	25	25	26	29	23	196
Cirugía (Subespecialidades sin plástica)	25	38	32	60	38	33	45	41	42	354
Medicina Familiar	11	15	15	11	19	18	14	17	19	139
Otras especialidades	614	540	628	494	620	454	518	525	507	4.900
<b>Total egresados especialidades</b>	<b>1.075</b>	<b>1.008</b>	<b>1.131</b>	<b>964</b>	<b>1.075</b>	<b>890</b>	<b>961</b>	<b>977</b>	<b>980</b>	<b>9.061</b>
Egresados Maestrías	31	20	27	43	59	50	71	54	105	460
Egresados Doctorados	2	1	2	3	4	3	4	3	3	25
Egresados Técnicos	113	110	133	95	184	89	168	107	144	1.143
<b>Médecina pregrado</b>	<b>2.393</b>	<b>2.606</b>	<b>3.061</b>	<b>3.201</b>	<b>3.037</b>	<b>3.087</b>	<b>3.265</b>	<b>3.136</b>	<b>2.567</b>	<b>26.353</b>
<b>TOTAL EGRESADOS</b>	<b>3.614</b>	<b>3.745</b>	<b>4.354</b>	<b>4.306</b>	<b>4.359</b>	<b>4.119</b>	<b>4.469</b>	<b>4.277</b>	<b>3.799</b>	<b>37.042</b>
Fuente: Observatorio Laboral del Ministerio de Educación Nacional. Consulta del 2 de septiembre de 2010.										
Consolidación y agrupación: Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos MPS										

La situación se torna más compleja por las progresivas restricciones al campo de acción de los profesionales de la salud no especializados. Los médicos generales en muchos casos es un 'remitidor' de pacientes, que no puede ejercer plenamente sus competencias profesionales, bien sea por carencia o restricción en el uso de ayudas

<sup>1</sup> 1/ Fuente: Universidad de Antioquia. "Modelo de Oferta y Demanda de Recurso Humano en Salud en Colombia" Medellín Abril de 2002.

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

diagnósticas o servicios básicos de apoyo, ó por la carencia de un modelo apropiado de prestación de servicios.

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

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

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

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

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

No se pueden dejar de lado las condiciones en las cuales se forma y desempeña en talento humano en salud. Para mejorar en esta área, lo fundamental es armonizar las dinámicas de los sistemas educativo, laboral y de servicios de salud, de tal forma que se reduzcan progresivamente las brechas de oferta y demanda de ocupaciones, profesiones, especialidades, tanto en el ámbito nacional como regional y local. Para

esto es necesario establecer normas e incentivos adecuados, que sin vulnerar la autonomía universitaria y los derechos de los profesionales de la salud, garanticen una oferta equitativa de profesionales de la salud en las diversas regiones del país, tanto en zonas rurales como urbanas.

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

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

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

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

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

## 7. CALIDAD Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

## 8. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

En la década 90 se expidieron regulaciones muy técnicas que, no obstante, dejaron al margen el fortalecimiento de estos organismos de inspección, vigilancia y control y de su actual papel protagónico en el nuevo esquema estatal. Mantuvieron el perfil, el régimen, estructura y la actividad que venían desplegando antes de esta ola de reformas y de esa nueva concepción del Estado. En términos de lo indicado por el profesor Ozslak<sup>2</sup> no se produjo la secuencia que adecuaría a las instituciones a ese cambio, vale decir, una primera etapa de aprobación del marco regulatorio, una segunda relativa al ente regulador creado y una tercera, la privatización realizada. Al respecto ha señalado:

En varios casos, la “urgencia” por privatizar relegó a un segundo plano el diseño idóneo de un marco regulatorio.<sup>3</sup>

En torno a la Superintendencia, que preexistía a la reforma, si bien con la Ley 100 se facultó para reformas estructurales al ente de control, éstas no estuvieron a la medida de los cambios. Adicionalmente, el esquema empezó a operar sobre la base de la participación de los privados sin la previa adecuación del organismo y la regulación (la claridad en la misma), sino concomitantemente. Con la Ley 1122 de 2007 se produjo un avance significativo pero es necesario complementar el mismo con un serie de ajustes que respondan diáfamanamente a los restos planteados en la materia y en atención a que el centro de preocupación del SGSSS gravita en el usuario.

El modelo requiere una celosa vigilancia de la cual, entre otras razones por la expuesta supra, ha carecido. En verdad, un elemento trascendental dentro del esquema de es el muy perceptible retorno al estado-controlador. A juzgar por lo anterior, era de esperarse que las labores de inspección, vigilancia y control se fortalecieran cuando los servicios tienden a ser suministrados por particulares. Ésta sería la redefinición básica del Estado y allí puede residir el éxito de un sistema como el desarrollado: no debe prestar servicios sino velar porque éstos sean prestados adecuadamente.

El presente proyecto de ley fortalece el sistema de inspección, vigilancia y control en varios sentidos, con el fin de proteger el goce efectivo del derecho a la salud frente a los abusos, ejerciendo un papel de control eficaz, al contar con los instrumentos jurídicos idóneos para ello.

Hoy en día, la Superintendencia Nacional de Salud tiene 230 funcionarios, es nacional, no existen oficinas en las regiones. No está haciendo presencia suficiente y efectiva en todo el territorio nacional y resulta ampliamente desconocida en muchos lugares de del país. Por estos motivos, se propone descentralizar o desconcentrar las funciones de la Superintendencia.

---

<sup>2</sup> PRIVATIZACIÓN Y CAPACIDAD DE REGULACIÓN ESTATAL en POLÍTICA Y GESTIÓN PÚBLICA, Oscar OSZLAK, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2004., págs. 169 y 170.

<sup>3</sup> *Op. cit.*, pág. 169.

Se estima conveniente que la DIAN, entidad esta que cuenta con sistemas de información desarrollados en materia de seguimiento a ingresos, sea la que ejerza IVC sobre los deberes de los empleadores y sobre el monto y distribución de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Es necesario prevenir y corregir conductas desarrolladas por servidores públicos, particulares que administran recursos públicos y profesionales de la salud, que no corresponden con los principios y normas que orientan la prestación del servicio público de salud. Para ello, se definen los sujetos de control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, las conductas sancionables y las sanciones que recogen de una mejor manera las diferentes problemáticas que se han encontrado en el país.

Se desarrollan las funciones jurisdiccionales de la Superintendencia Nacional de Salud, profundizando el marco normativo del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, mediante el diseño de un procedimiento y la definición de las medidas cautelares de las que se dispone.

Como parte del fortalecimiento de las labores de inspección, vigilancia y control, se orientan los ingresos provenientes de las multas por infracciones que afecten directamente el Sistema General de Seguridad Social en Salud hacia la Superintendencia Nacional de Salud.

## **9. DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA**

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

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

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

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

## 10. OTRAS DISPOSICIONES

\* \* \*

Honorables congresistas, luego de una análisis concienzudo, lo que se somete a consideración responde a las necesidades del SGSSS y, por lo tanto, damos ponencia favorable al articulado que se presenta a continuación.

De los honorables congresistas,

### ARTICULADO LEY ORDINARIA

#### TÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES.

**ARTÍCULO 1º. OBJETO DE LA LEY.** Esta Ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con una estrategia / política de Atención Primaria en Salud que permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para la salud y la creación de un ambiente sano, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sea el usuario (ciudadano).

**ARTÍCULO 2º. PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.** Modifícase el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto:

“Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

1. **SOLIDARIDAD:** Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso a los servicios de seguridad social en salud entre las personas.
2. **UNIVERSALIDAD.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.
3. **EFICIENCIA.** Es la óptima relación entre los recursos disponibles y los resultados en salud de los afiliados.
4. **EQUIDAD.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago, evitando que

prestaciones individuales pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.

5. CALIDAD. Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma ágil y oportuna, mediante una atención amable.
6. PARTICIPACIÓN SOCIAL. Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.
7. OBLIGATORIEDAD. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los habitantes en Colombia. En consecuencia, corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este sistema y del Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o capacidad de pago.
8. LIBRE ESCOGENCIA. El Sistema General de Seguridad Social en Salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las entidades promotoras de salud y las instituciones prestadores de servicios de salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. Quienes atenten contra este mandato se harán acogedores a las sanciones previstas en el artículo 230 de esta ley.
9. DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA. La organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud será descentralizada y de ella harán parte las direcciones seccionales, distritales y locales de salud.
10. CONCERTACIÓN. El sistema propiciará la concertación de los diversos agentes en todos los niveles.
11. PRIORIDAD DEL AFILIADO. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene por objetivo principal el afiliado.
12. IGUALDAD. El acceso a la seguridad social en salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano por razones de sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.

- 13.SOSTENIBILIDAD. Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin.
- 14.PROGRESIVIDAD. Es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios.
- 15.CORRESPONSABILIDAD. Es la concurrencia de actores en acciones conducentes a garantizar el derecho de las personas a conservar o recuperar su salud. La familia, la sociedad y el Estado son corresponsables en su atención, cuidado y protección.
- 16.TRANSPARENCIA. Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.
- 17.INTERSECTORIALIDAD. Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta afectan los determinantes y el estado de salud de la población.

**ARTÍCULO 3º. RECTORÍA DEL SECTOR SALUD.** La dirección, orientación y conducción del Sector Salud estará en cabeza del Ministerio de la Protección Social, como órgano rector de dicho sector.

**ARTÍCULO 4º. COMPETENCIAS DE LOS DISTINTOS NIVELES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.** Adicionar al artículo 42 de la Ley 715 los siguientes numerales:

42.22 Aprobar los planes bienales de inversiones públicas en salud de los Departamentos y Distritos, en el cual se incluirán las destinadas a infraestructura, dotación y equipos de alta complejidad, de acuerdo con la Política de Prestación de Servicios de Salud.

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

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

43.2.7. Aprobar los planes bienales de inversiones públicas en salud de los municipios de su jurisdicción, en el cual se incluirán las destinadas a infraestructura, dotación y equipos, de acuerdo con la Política de Prestación de

**Comentario [p1]:** Este artículo debe revisarse al final para ajustar todos los cambios en las competencias que se hacen a lo largo del presente articulado.

Servicios de Salud cuyo consolidado constituye el plan bienal de inversiones públicas departamentales.

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

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

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

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

Adicionar al artículo 44 de la Ley 715 el siguiente numeral:

44.3.7. La responsabilidad para la organización y prestación de los servicios de Atención Primaria en Salud será municipal y distrital. El Gobierno Nacional y los departamentos podrán concurrir en el financiamiento de dichos servicios.

## **TÍTULO II. SALUD PÚBLICA, PROMOCION, PREVENCIÓN Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.**

**Comentario [p2]:** Pendiente propuesta de la HS Toro, HR Ramirez, HR Zabarain y HR Benavides.

## **TÍTULO III. ASEGURAMIENTO**

### **CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES**

**ARTÍCULO 5º. CONFORMACIÓN DEL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO DE LAS ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD.** Toda Entidad Promotora de Salud deberá tener un Comité Técnico Científico conformado por profesionales de la salud especializados, que deberán emitir concepto sobre la pertinencia médica y científica de la prestación ordenada por el profesional de la salud tratante no prevista explícitamente en el Plan de Beneficios.

**ARTÍCULO 6º. CONFORMACIÓN DE LA JUNTA TÉCNICA CIENTÍFICA DE PARES.** La Superintendencia Nacional de Salud tendrá una lista de médicos especialistas y otros profesionales especializados, para que emitan concepto sobre la pertinencia médica y científica de la prestación ordenada por el profesional de la salud tratante no prevista en el plan de beneficios, negada por

el comité técnico científico de la Entidad Promotora de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud tendrá un plazo no mayor a tres (3) meses para la conformación de las Juntas mencionadas en el presente artículo.

## **CAPÍTULO II. ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO**

**ARTÍCULO 7°. ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.** El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de la Protección Social, será responsable de la administración de los recursos financieros para la prestación del Plan Obligatorio de Salud, financiado con los recursos del Régimen Subsidiado, a nombre de las entidades territoriales.

Los municipios y los distritos estarán a cargo de la identificación y registro de los beneficiarios del Régimen Subsidiado.

**Parágrafo transitorio 1°.** A partir del 1° de enero de 2013, el Régimen Subsidiado operará siguiendo el esquema de pago directo a las Entidades Promotoras de Salud de la Unidad de Pago por Capitación de los afiliados, como en el Régimen Contributivo. Los dos regímenes sólo se diferenciarán en las fuentes de financiación y en las prestaciones económicas que son exclusivas del Régimen Contributivo.

**Parágrafo transitorio 2°.** A partir de la vigencia de la presente ley y hasta el 1° de enero de 2013, el Ministerio de la Protección Social girará directamente, a nombre de las Entidades Territoriales, los recursos para la prestación del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado.

**Parágrafo transitorio 3°.** Hasta el 1° de enero del 2013, los Distritos y los Municipios de más de cien mil habitantes (100.000) habitantes continuarán administrando los recursos del Régimen Subsidiado.

**ARTÍCULO 8°. PORTABILIDAD NACIONAL.** Todas las EPS deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, mediante acuerdos con IPS y EPS, de acuerdo con el reglamento expedido por el Gobierno Nacional. Las EPS podrán ofrecer los planes de beneficios en los dos regímenes.

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

Las EPS manejarán los recursos que se le transfieren mediante la UPC en dos fondos separados el de administración y el de prestación en las EPS. El Gobierno Nacional reglamentará los porcentajes de la UPC que se podrán administrar en dichos fondos.

**ARTÍCULO 9°. ASEGURAMIENTO EN REGIONES CON POBLACIÓN DISPERSA GEOGRÁFICAMENTE.** Las EPS deberán garantizar la prestación del plan de beneficios a la población dispersa. En las regiones de los departamentos con población dispersa geográficamente, definidos por el Gobierno Nacional, las EPS podrán recibir apoyos y estímulos por parte del Gobierno Nacional o de las entidades territoriales.

**ARTÍCULO 10°. MECANISMO DE RECAUDO Y GIRO DE LOS RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.** El Ministerio de la Protección Social diseñará un sistema de administración de recursos y contratará un mecanismo financiero para recaudar y girar los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud, incluidos los del Sistema General de Participaciones y los recursos de los que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993. Para efectos de la contratación, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público efectuará una estimación de estos recursos, con fundamento en el cual dicho Ministerio expedirá el certificado de disponibilidad presupuestal a nombre de las entidades territoriales.

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

De la cuenta individual se girarán directamente estos recursos a las Entidades Promotoras de Salud y/o a los prestadores de servicios de salud. El giro a las Entidades Promotoras de Salud se realizará mediante el pago de una unidad de pago por capitación, por cada uno de los afiliados que tenga registrados y validados mediante el instrumento definido para tal fin.

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

**Parágrafo 2.** Los costos y gastos de la administración, apoyo técnico, auditoría y la remuneración necesaria para garantizar el manejo de los recursos, se pagarán con cargo a los rendimientos financieros de éstos.

**Parágrafo 3.** La Nación podrá unificar el sistema de administración y pagos de los recursos de los regímenes contributivo y subsidiado mediante el mecanismo financiero que se determine para tal fin.

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

**Para añadir:**

**ARTÍCULO 11°. Responsabilidad Penal, fiscal y disciplinaria de las EPS.**

### **CAPÍTULO III. UNIVERSALIZACIÓN DEL ASEGURAMIENTO**

**ARTÍCULO 12°. UNIVERSALIZACIÓN DEL ASEGURAMIENTO.** Todos los residentes en el país deberán ser afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional desarrollará mecanismos para garantizar la afiliación.

Cuando una persona requiera atención en salud y no sea afiliado o beneficiario, en la IPS o ESE en la cual solicite la atención se procederá a afiliarlo a la EPS de su preferencia. Si no tuviera documento de identidad, se tomará el registro dactilar, se le generará un número provisional y se le asistirá para su trámite.

Si la persona tiene capacidad de pago y no está afiliada al régimen contributivo, deberá pagar la totalidad del servicio prestado por la Institución Prestadora de Servicios o ESE.

Si la persona manifiesta no tener capacidad de pago, la afiliación inicial se hará al Régimen Subsidiado. Realizada la afiliación y, prestado el servicio, se verificará en un plazo no mayor a 8 días hábiles si la persona se encuentra clasificada en los niveles del SISBEN que dan derecho al subsidio en salud. De no estarlo, se cancelará la afiliación y se realizará el cobro de los servicios prestados. Se podrá reactivar la afiliación al Régimen Subsidiado cuando se acredite la pertenencia a los niveles del SISBEN que dan derecho al subsidio.

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

**ARTÍCULO 13°. PRESUNCIÓN DE CAPACIDAD DE PAGO.** Se presume con capacidad de pago y, en consecuencia, obligados a afiliarse al Régimen Contributivo:

1. Las personas naturales declarantes del impuesto de renta, y del impuesto a las ventas o tengan certificado de ingresos y retenciones.
2. Los propietarios de bienes inmuebles.
3. Quienes cumplan con otros indicadores que establezca el reglamento.

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

**ARTÍCULO 14°. SUBSIDIO PARCIAL A LA COTIZACIÓN.** Las personas del nivel 3 del SISBEN no afiliadas al régimen contributivo, pagarán sobre un ingreso base de cotización de un salario mínimo legal vigente y un porcentaje de cotización del 10,5%.

Estas personas tendrán derecho a un subsidio parcial de su cotización al régimen contributivo que no incluye prestaciones económicas. Este subsidio será el 66% de la cotización con cargo a los recursos de la cuenta de compensación o de Solidaridad del FOSYGA, el 33% de la cotización deberá ser pagado previamente por el afiliado.

**ARTÍCULO 15°. PERMANENCIA EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO.** Los afiliados al Régimen Subsidiado podrán permanecer en éste cuando obtengan un contrato de trabajo y pasen a estar vinculados laboralmente. En estos casos, los empleadores o los afiliados pagarán los aportes que debería pagar en el Régimen Contributivo a la misma EPS y será compensado mensualmente a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). En este evento, el afiliado tendrá derecho a prestaciones económicas.

Cuando un trabajador informal o jornalero, cuya asignación mensual no alcance a un salario mínimo legal mensual vigente, no desee ser desvinculado del régimen subsidiado en razón de su relación laboral, el patrono deberá aportar al Régimen Subsidiado el equivalente al valor que en proporción al pago por el trabajo debería aportar al Régimen Contributivo. En este caso no se tendrá derecho a prestaciones económicas.

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

#### **CAPÍTULO IV. PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD**

**ARTÍCULO 16º. PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD.** Sustitúyase el artículo 169 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto:

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

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

Tales Planes podrán ser:

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

169.2 Planes de Medicina Prepagada, de atención pre-hospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada.

169.3 Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros vigiladas por la superintendencia financiera.

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

**ARTÍCULO 17º. ESTÍMULO A LA CREACIÓN DE PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD.** El Gobierno Nacional estimulará la creación, diseño, autorización y operación de planes voluntarios y seguros de salud tanto individuales como colectivos que ofrezcan beneficios no incluidos en el POS.

**ARTÍCULO 18º. COBERTURAS.** Los planes voluntarios de salud pueden cubrir total o parcialmente una o varias de las prestaciones derivadas de riesgos de salud, estén o no incluidas en el POS, tales como, copagos; servicios de salud, médicos, odontológicos, pre y pos hospitalarios, hospitalarios o de transporte; condiciones diferenciales frente a los planes obligatorios; coberturas de periodos de carencia; y otras coberturas de contenido asistencial o prestacional.

**ARTÍCULO 19°. PROTECCIÓN AL USUARIO.** Las entidades habilitadas para emitir planes voluntarios no podrán incluir como preexistencias al tiempo de la renovación del contrato, enfermedades, malformaciones o afecciones diferentes a las que se padecían antes de la fecha de celebración del contrato inicial.

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

## TÍTULO IV. FINANCIAMIENTO

### CAPÍTULO V. FUENTES DE FINANCIACIÓN

**ARTÍCULO 20°. RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES PARA SALUD.** El artículo 4o de la Ley 715 de 2001 quedará así:

“Artículo 4°. Distribución Sectorial de los Recursos. El monto total del Sistema General de Participaciones, una vez descontados los recursos a que se refiere el párrafo 2° del artículo 2°, se distribuirá las participaciones mencionadas en el artículo anterior así: la participación para el sector educativo corresponderá al 58.5%, la participación para el sector salud corresponderá al 26%, la participación de propósito general corresponderá al 10.6% y la participación para agua potable y saneamiento básico corresponderá al 4.9%.”

**ARTÍCULO 21°. RECURSOS PARA ASEGURAMIENTO.** El artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 11 de la ley 1122 de 2007 y por el artículo 34 de la Ley 1393 de 2010, quedará así:

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

- 1) De las entidades territoriales.
  - a. Los recursos del Sistema General de Participaciones para salud - SGP se destinarán en una forma progresiva a financiar el aseguramiento mediante la afiliación al régimen subsidiado en salud así: en el año 2011 el 70%, en el año 2012 el 72%, en el año 2013 el 75%, en el año 2014 el 78%. A partir del año 2015, este porcentaje será del 80%. En todo caso el 10% del Sistema General de

Participaciones para Salud se destinará a financiar las acciones en salud pública. El porcentaje restante se podrá utilizar para financiar subsidios de oferta y la prestación de servicios en aquellos lugares donde solo el Estado está en capacidad de prestar el servicio.

- b. Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por la empresa que administre los Juegos de Suerte y Azar a las entidades territoriales, que no estén asignados por Ley a pensiones. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial.
- c. Sin perjuicio de lo previsto en el primer inciso del artículo 60 de la Ley 715 de 2001, del monto total de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y el Distrito Capital, se destinarán por lo menos el 50% a la financiación del régimen subsidiado o el porcentaje que a la entrada en vigencia de la presente Ley estén asignando, si éste es mayor. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial y no podrán disminuirse.
- d. Otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la financiación del régimen subsidiado. Los recursos propios y los demás que asignen las entidades territoriales al régimen subsidiado deberán estar garantizados con ingresos corrientes.

## 2) Del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).

- a. Uno punto cinco de la cotización de los regímenes especiales y de excepción.
- b. Recursos del Presupuesto General de la Nación que a partir del monto asignado para el año 2010, de manera progresiva, permitan la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios.
- c. El monto de las cajas de compensación familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

## 3) Otros.

- a. Las cotizaciones que realizarán los patronos al Fondo de Solidaridad cuando el trabajador no quiera retirarse del Régimen Subsidiado, en los términos de la presente ley.
- b. Los recursos que para tal efecto sean aportados por gremios, asociaciones y otras organizaciones.
- c. Los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el Régimen Subsidiado.

**ARTÍCULO 22°. FINANCIACIÓN ADICIONAL DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.** El 1.5% de la cotización del Régimen Contributivo que de acuerdo con el artículo 204 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 10 de la Ley 1122 de 2007, se destinaba al Régimen Subsidiado, se destinará a la subcuenta de compensación del FOSYGA para el pago de obligaciones del Régimen Contributivo.

**ARTÍCULO 23°. RECURSOS DE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN PARA EL REGIMEN CONTRIBUTIVO.** Un cuarto ( $\frac{1}{4}$ ) de punto de la contribución parafiscal al pago de salarios, establecida en la Ley 21 de 1982 en los artículos 11, numeral 1, y 12, numeral 1, a favor de las Cajas de Compensación, se destinará a la subcuenta de compensación del FOSYGA como recursos adicionales para el financiamiento del Régimen Contributivo.

**ARTÍCULO 24°. SEGURO DE SALUD POR DESEMPLEO.** Un cuarto ( $\frac{1}{4}$ ) de punto de la contribución parafiscal al pago de salarios, establecida en la Ley 21 de 1982 en los artículos 11, numeral 1, y 12, numeral 1, a favor de las Cajas de Compensación, se destinará por las Cajas a pagar la cotización del Régimen Contributivo, o el pago de un seguro de salud equivalente, para aquellas personas que pierdan su empleo, hasta que la persona se vincule nuevamente al mercado laboral formal, sin que en ningún caso se paguen más de 12 cuotas mensuales consecutivas. El IBC será de un salario mínimo mensual vigente y el porcentaje de cotización será de 10.5% sobre esa base.

Si transcurridos los 12 meses, la persona continúa desempleada y pertenece a los niveles 1 o 2 del SISBEN deberá ser afiliado de forma automática al Régimen Subsidiado en Salud. En caso de pertenecer a otro nivel, deberá afiliarse como independientes al régimen contributivo dentro del mes siguiente al vencimiento del pago de la última cotización.

En el evento que las Cajas de Compensación Familiar, mediante mecanismo de alianza, sociedad o unión temporal, logren financiar dicho subsidio con recursos inferiores al cuarto ( $\frac{1}{4}$ ) de punto establecido, la financiación se reducirá a la proporción necesaria. Si por el contrario no es suficiente dicho cuarto ( $\frac{1}{4}$ ) de punto, el faltante será asumido con excedentes de ejecución de los recursos del FONEDE o del artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

**ARTÍCULO 25- MANEJO FINANCIERO DE RECURSOS DE SERVICIOS DE SALUD Y MERCADEO NO PROPIOS DEL SUBSIDIO FAMILIAR.** El artículo 65 de la Ley 633 quedará así:

“Para los servicios de IPS, EPSS, EPS, Planes Adicionales de Salud, medicamentos y relacionados con salud, las Cajas de compensación familiar tendrán un manejo financiero independiente y en cuentas separadas del recaudo del cuatro por ciento (4%) de la nómina. Por consiguiente, a partir de la vigencia de la presente ley, en ningún caso los recursos provenientes del aporte del cuatro por ciento (4%) podrán destinarse a subsidiar dichas actividades. Estos servicios en su conjunto, deberán llegar a su punto de equilibrio financiero el 31 de diciembre del año 2011. Igual debe ocurrir con los servicios de mercadeo. En el caso de los hoteles no habrá tarifa subsidiada para los trabajadores que tengan ingresos superiores a cuatro (4) salarios mínimos legales vigentes”.

**ARTÍCULO 26°. IMPUESTO SOCIAL A LAS ARMAS Y MUNICIONES.** Modifíquese el artículo 224 de la Ley 100 de 1993, de la siguiente manera:

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

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

**ARTÍCULO 27°. RECURSOS DESTINADOS PARA UPC SUBSIDIADA POR DEPARTAMENTOS, DISTRITOS Y MUNICIPIOS.** Los departamentos, distritos

y municipios que deseen aumentar su cobertura en salud, podrán continuar realizando aportes para la atención de la población en su territorio.

Los montos de recursos que los departamentos, distritos y municipios venían aportando para financiar la salud en su territorio no podrán disminuir, salvo que se acredite, ante el Ministerio de Protección Social, que está debidamente asegurada el 100% de la población.

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

**ARTÍCULO 28°. FONDO DE GARANTÍAS PARA EL SECTOR SALUD.**

Créase el Fondo de Garantías para el sector salud como un fondo cuenta sin personería jurídica administrado por el Ministerio de la Protección Social, cuyo objeto será asegurar el pago de las obligaciones que no fuere posible pagar por parte de las Entidades Promotoras de Salud o de las Empresas Sociales del Estado, en caso de intervención o liquidación o de Entidades Promotoras de Salud o de Empresas Sociales del Estado, de tal manera que se dejen a salvo los derechos de los afiliados, se cubran ordinariamente los pagos a los prestadores y se garantice la continuidad en el servicio de atención en salud. Para financiar este fondo, en el caso de las Entidades Promotoras de Salud, estas deberán realizar un aporte equivalente al 0.5% de sus ingresos. En el caso de las Empresas Sociales del Estado, se financiará con los rendimientos financieros del FOSYGA, con los recursos descritos en los artículos 59, 60 y 78 de la ley 715, conforme a la reglamentación del Gobierno Nacional.

Este fondo podrá comprar o comercializar la cartera de las entidades intervenidas o en liquidación.

**ARTÍCULO 29°. RETENCIÓN EN LA FUENTE DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.**

El Gobierno Nacional podrá establecer un sistema de retención en la fuente en relación con los conceptos constitutivos del Ingreso Base de Cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El agente retenedor girará los recursos de conformidad con el reglamento que establezca el Gobierno Nacional.

**TÍTULO V. DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

**CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES**

**ARTÍCULO 30°. REDES DE ATENCIÓN.** La prestación de servicios de salud a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, se hará a través de las redes de servicios de salud que deberán ser conformadas y operadas de manera que garanticen accesibilidad, oportunidad e integralidad en la atención de acuerdo con los estándares que defina el Ministerio de la Protección Social.

A través de las redes de servicios de salud se fortalecerá la capacidad resolutive en todos los niveles de complejidad. Las redes conformadas por las Entidades Promotoras de Salud se adecuarán la demanda real y potencial de la población a atender, mediante la definición e implementación de un modelo de atención en salud que involucre los valores y principios de Atención Primaria en Salud que será la guía para la organización y funcionamiento de la red,.

**ARTÍCULO 31°. CRITERIOS DETERMINANTES PARA LA CONSTITUCIÓN DE LAS REDES DE SERVICIOS DE SALUD.** Las redes integradas de servicios de salud se conformarán a partir de los siguientes criterios:

- a. Población a cargo con conocimiento de sus necesidades y preferencias en salud, que determinen la oferta de servicios tomando en consideración la accesibilidad geográfica, cultural y económica.
- b. La oferta de servicios de salud existente para la prestación de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, curación y rehabilitación, integrando tanto los servicios de salud.
- c. La adecuada estructuración de prestación de servicios de baja complejidad que sirva de puerta de acceso al sistema, con la capacidad resolutive para dar respuesta a la población.
- d. Contar con los mecanismos de coordinación asistencial para garantizar la integralidad y la continuidad en la atención en salud a través de los procesos de referencia y contrareferencia.
- e. La gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, financiero y logístico.
- f. El sistema de información único e integral de todos los actores de la red.
- g. Mecanismos de pago que generen incentivos hacia la calidad y eficiencia.
- h. La acción intersectorial
- i. El establecimiento de un modelo de atención en salud centrado en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales, raciales y de género.
- j. Un sistema de coordinación de la red.

k. Esquemas de participación social amplios.

l. Contar con el recurso humano suficiente, valorado, competente y comprometido.

**ARTÍCULO 32°. CONGLOMERADOS HOSPITALARIOS.** Podrán constituirse sociedades que obren como aglutinadores de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, privadas o mixtas.

**ARTÍCULO 33°. CONTRATACIÓN POR CAPITACIÓN.** Se establecen las siguientes reglas aplicables en la suscripción de contratos de pago por capitación de las Entidades Promotoras de Salud con los Prestadores de Servicios de Salud:

1. Sólo se podrá contratar la prestación de servicios por el mecanismo de pago por capitación para los servicios de baja complejidad, siempre y cuando el prestador y el asegurador reporten con oportunidad y calidad la información de los servicios prestados objeto de la capitación.
2. La capitación no libera a la Entidades Promotoras de Salud de su responsabilidad por el servicio ni de la gestión del riesgo.
3. Se excluyen del mecanismo de contratación por capitación las actividades de prevención y promoción, las intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública que deben hacerse bajo un esquema de inducción de la demanda.

**ARTÍCULO 34°. PROHIBICIÓN DE LIMITACIONES AL ACCESO.** Están prohibidos aquellos mecanismos de pago, acuerdos o políticas internas que limiten el acceso al servicio de salud o que restrinjan su continuidad, oportunidad o calidad.

**ARTÍCULO 35°. PAGOS A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.** Las Entidades Promotoras de Salud pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de Salud dentro de los plazos, condiciones, términos y porcentajes que establezca el Gobierno Nacional según el mecanismo de pago.

El no pago dentro de los plazos causará intereses moratorios a la tasa establecida para los impuestos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales (DIAN). No podrán condicionarse los pagos a pre-auditorías o cualquier otra práctica que implique impedir el derecho al pago.

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

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

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

**Parágrafo.** El Gobierno Nacional estudiará la posibilidad de establecer un administrador de sistemas de intercambios comerciales en el sector salud (ASICS).

**ARTÍCULO 36°. HABILITACIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deberán contar con las condiciones necesarias para prestar un servicio de calidad, para tal fin los reglamentos que el Ministerio de la Protección Social expida, deberán garantizar la verificación de dichas condiciones y su periódica verificación. Las Direcciones Territoriales de Salud deberán garantizar la verificación de los servicios que requieran verificación previa en el plazo que establezca el reglamento.

**ARTÍCULO 37°. FUSIONES VOLUNTARIAS.** Las entidades territoriales podrán asociarse para organizar la prestación de servicios y constituir una Empresa Social del Estado de forma conjunta para lo cual deberán contar con la autorización de cada una de las Asambleas Departamentales o de los Concejos Municipales o Distritales respectivos. La adscripción se definirá de común acuerdo entre las entidades territoriales involucradas.

La Nación desarrollará estímulos para promover las fusiones voluntarias.

**ARTÍCULO 38°. OPERACIÓN CON TERCEROS.** Las Empresas Sociales del Estado podrán desarrollar sus funciones mediante contratación con terceros, Empresas Sociales del Estado de mayor nivel de complejidad, entidades privadas o con operadores externos.

**ARTÍCULO 39°. PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE HOSPITALES PÚBLICOS.** El Gobierno Nacional establecerá un Programa de Fortalecimiento

de las Empresas Sociales del Estado. Para tal fin podrá constituir un Fondo con recursos del Presupuesto Nacional que permita desarrollar un Plan de Inversiones para fortalecer su capacidad instalada y modernizar su gestión.

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

**ARTÍCULO 40°. DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO.** La junta directiva de las Empresas Sociales del Estado de nivel territorial, estará integrada de la siguiente manera:

1. El jefe de la administración departamental, distrital o municipal o su delegado, quien la presidirá.
2. El director de salud de la entidad territorial departamental, distrital o municipal o su delegado.
3. Un representante de los usuarios, designado por las alianzas o asociaciones de usuarios legalmente establecidas, mediante convocatoria realizada por parte de la dirección departamental, distrital o municipal de salud.
4. Un representante de los servidores públicos de la institución, profesionales, técnicos o tecnólogos, elegido por voto secreto.

**Parágrafo 1:** Los representantes de los usuarios y de los servidores públicos de la entidad tendrán un periodo de dos (2) años y solo podrán ser reelegidos de manera consecutiva por una sola vez.

**Parágrafo 2.** Las Empresas Sociales del Estado de segundo y tercer nivel de atención, con convenios docencia servicio, podrán aumentar el número de miembros de la junta directiva para incluir en la misma un (1) representante elegido entre las universidades con las cuales se tengan suscritos dichos convenios, estableciendo en los estatutos de cada entidad el mecanismo de elección de dicho representante.

**Parágrafo 3.** La junta directiva de las Empresas Sociales del Estado del nivel municipal que hagan parte de convenios o planes de desempeño suscritos o que se llegaren a suscribir entre el departamento y la Nación, tendrá además de los miembros ya definidos en el presente artículo, como miembro de la junta directiva al gobernador del departamento o su delegado.

**Parágrafo 4.** Cuando en una sesión de junta directiva exista empate para la toma de decisiones, el mismo se resolverá con el voto de quién preside la junta directiva.

**ARTÍCULO 41°. INHABILIDADES E INCOMPATIBILIDADES.** Los miembros de las juntas directivas de las Empresas Sociales del Estado no podrán ser representante legal, miembros de los organismos directivos, directores, socios, o administradores de entidades del sector salud, ni tener participación en el capital de éstas en forma directa o a través de su cónyuge, compañero o compañera permanente o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o único civil o participar a través de interpuesta persona. Tampoco podrán ser vinculados a la ESE respectiva, el cónyuge, compañero o compañera permanente o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o único civil de gobernadores o alcaldes que tengan puesto en la Junta Directiva o de los miembros de las mismas.

**ARTÍCULO 42°. EVALUACIÓN DE DIRECTORES O GERENTES DE HOSPITALES.** Planes de gestión de directores o gerentes de empresas sociales del Estado del orden territorial. La junta directiva de la empresa social del Estado del orden territorial deberá aprobar el plan de gestión para ser ejecutado por el director o gerente de la entidad, durante el período para el cual ha sido designado y respecto del cual dicho funcionario deberá ser evaluado. Dicho plan contendrá, entre otros aspectos, las metas de gestión y resultados relacionados con la viabilidad financiera, la calidad y eficiencia en la prestación de los servicios y las metas y compromisos incluidos en convenios suscritos con la Nación o con la entidad territorial si los hubiere. El plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social. La evaluación insatisfactoria de dichos planes será causal de retiro del servicio del Director o Gerente para lo cual se deberá adelantar el proceso que establece a continuación.

**ARTÍCULO 43°. PROCEDIMIENTO PARA LA APROBACIÓN DE LOS PLANES DE GESTIÓN DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL.** Para la aprobación del plan de gestión se deberá seguir el siguiente procedimiento:

1. El director o gerente de la empresa social del Estado deberá presentar a la junta Directiva el proyecto de plan de gestión de la misma, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su posesión en el cargo. El proyecto de plan de gestión deberá ajustarse a las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social. El director o gerente que hubiere tomado posesión con anterioridad a la publicación de la presente ley, deberá presentarlo o ajustarlo dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de entrada en vigencia de la norma que reglamente las condiciones y metodología del plan de gestión.

2. La junta directiva de la respectiva empresa social del Estado deberá aprobar, mediante acuerdo, el plan de gestión para ser ejecutado por el director o gerente. Dicha aprobación deberá respetar los requisitos mínimos de quórum para deliberar y decidir. Para tal fin, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del plan de gestión, la junta directiva lo estudiará, lo ajustará si lo considera pertinente, y lo aprobará. Una vez aprobado, el director o gerente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su aprobación podrá realizar de manera escrita y fundada observaciones al plan aprobado.
3. Durante las sesiones de estudio del proyecto de plan de gestión, el director o gerente participará en la junta directiva como invitado y sustentará el plan de gestión propuesto.
4. La junta directiva deberá analizar y decidir sobre los argumentos formulados por el director o gerente en un término no superior a quince (15) días hábiles, resueltos los mismos la junta directiva expedirá el acuerdo mediante el cual se adopta el plan de gestión.

**Parágrafo 1º:** El plan de gestión aprobado podrá ser revisado o modificado cuando las condiciones del mercado o la venta de servicios o las circunstancias administrativas o asistenciales cambien por razones no atribuibles a la gestión del director o gerente. Una vez presentada la propuesta de revisión o modificación del plan de gestión debidamente sustentada por parte del director o gerente ante la junta directiva, ésta tendrá treinta (30) días hábiles para su estudio, ajuste si lo considera pertinente, y eventual aprobación. La aprobación por la junta directiva se deberá dar con el quórum mínimo para deliberar y decidir, y el plan de gestión modificado se adoptará mediante acuerdo. Si no se aprueban las modificaciones seguirá vigente el plan de gestión inicialmente aprobado. Cuando las modificaciones propuestas al plan de gestión aprobado impliquen reformas a las metas establecidas en cumplimiento de convenios suscritos con la Nación o la entidad territorial, las mismas requerirán aprobación previa de la entidad con la que se haya suscrito el respectivo convenio, el cual deberá solicitarse por la junta directiva dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la presentación por parte del gerente o director. La entidad con la que se haya suscrito el respectivo convenio deberá dar concepto dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud. El plan de gestión no se podrá modificar si faltare seis (6) meses o menos para que el Gerente o Director presente el informe anual sobre su cumplimiento.

**Parágrafo 2º.** En caso de que la junta directiva no apruebe el proyecto de plan de gestión durante el término aquí establecido, el plan de gestión inicialmente presentado por el director o gerente se entenderá aprobado.

**ARTÍCULO 44. EVALUACIÓN DE PLANES DE GESTIÓN DE DIRECTORES O GERENTES DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO DEL ORDEN TERRITORIAL.** Para la evaluación de los planes de gestión, se deberá dar cumplimiento al siguiente proceso:

1. El director o gerente de la empresa social del Estado del orden territorial deberá presentar a la junta directiva un informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión, el cual deberá ser presentado a más tardar el 1º de abril de cada año con corte al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior. El informe de gestión deberá contener la información sobre el cumplimiento de las metas y resultados para el respectivo período, de acuerdo con el plan de gestión aprobado. El informe sobre el cumplimiento del plan de gestión deberá ser presentado en las condiciones y con la metodología que defina el Ministerio de la Protección Social.
2. La junta directiva deberá evaluar el cumplimiento del plan de gestión del director o gerente, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la presentación del informe de gestión. La evaluación del plan de gestión del director o gerente se realizará atendiendo las condiciones y metodología que defina el Ministerio de la Protección Social. Durante el proceso de evaluación, el director o gerente sustentará los resultados ante la junta directiva.

El proceso de evaluación procede siempre y cuando hayan transcurrido mínimo seis (6) meses o más de la posesión del gerente, contados antes de la fecha de corte de la información para la evaluación (31 de diciembre de cada año), de no cumplir con este término se evaluará en el año inmediatamente siguiente.

3. Los resultados de la evaluación se harán constar en un acuerdo de la junta directiva, debidamente motivado, el cual se notificará al director o gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la junta directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.
4. En caso de que se interponga recurso, la junta directiva deberá resolver, dentro de los quince días hábiles siguientes a la interposición del recurso.
5. Una vez cumplido el proceso establecido en el presente artículo y en firme el resultado de la evaluación y esta fuere insatisfactorio dicho resultado será causal de retiro del servicio del director o gerente, para lo cual la junta

directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haber quedado en firme el resultado de la evaluación, deberá solicitar al nominador con carácter obligatorio para éste, la remoción del director o gerente aún sin terminar su período, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, contra este acto procederán los recursos de Ley.

**Parágrafo:** La no presentación del proyecto plan de gestión o del informe de cumplimiento del plan de gestión dentro de los plazos señalados en la presente norma, producirá de manera inmediata la evaluación no satisfactoria, lo cual se hará constar en un acuerdo de la junta directiva, debidamente motivado, que se notificará al director o gerente quien podrá interponer recurso de reposición ante la junta directiva dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su notificación.

Una vez en firme el acuerdo, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, la junta directiva deberá solicitar al nominador, con carácter obligatorio para este, la remoción del director o gerente aún sin terminar su período, para lo cual el nominador deberá expedir el acto administrativo correspondiente contra el cual procederán los recursos de Ley.

**ARTÍCULO 45°. CONTRATACIÓN CON INSTITUCIONES PÚBLICAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.** Las Entidades Promotoras de Salud deberán contratar y ejecutar con las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud mínimo el sesenta por ciento (60%) del gasto en salud del Régimen Subsidiado.

Este porcentaje podrá disminuir 10 puntos porcentuales por cada año, si los resultados de interventoría de aseguramiento y los planes de salud pública, o de auditoría de la EPS, demuestran que la red pública no garantiza condiciones de acceso, calidad y oportunidad en los servicios contratados, o no reporta la información suficiente y con la calidad mínima establecida por el Ministerio de la Protección Social, sin perjuicio de la responsabilidad disciplinaria y fiscal en que puedan incurrir los servidores públicos responsables.

**ARTÍCULO 46°. EFICIENCIA Y TRANSPARENCIA EN CONTRATACIÓN, ADQUISICIONES Y COMPRAS DE LAS ESE.** Con el propósito de promover la eficiencia y transparencia en la contratación las ESE podrán asociarse entre sí, constituir cooperativas o utilizar sistemas de compras electrónicas o cualquier otro mecanismo que beneficie a las entidades con economías de escala, calidad, oportunidad y eficiencia, respetando los principios de la actuación administrativa y la contratación pública.

**Comentario [m3]:** Se propone esta redacción alternativa porque operativamente es muy difícil definir los 10 puntos porcentuales.

Cuando las Entidades Promotoras de Salud demuestren que la Institución Pública Prestadora de Servicios de Salud no garantiza condiciones de acceso, calidad y oportunidad en los servicios contratados, o no reporta la información suficiente y con la calidad mínima podrán solicitar al Ministerio de la Protección Social o a la entidad que se delegue, la reducción del porcentaje obligatorio de contratación, sin perjuicio de la responsabilidad disciplinaria y fiscal en que puedan incurrir los servidores públicos responsables.

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

**ARTÍCULO 47°. SANEAMIENTO DE CARTERA.** El Gobierno pondrá en marcha un Programa para el Saneamiento de cartera de las Empresas Sociales del Estado.

**ARTÍCULO 48°. VENTA DE CARTERA A OPERADORES DE ACTIVOS IMPRODUCTIVOS.** Los prestadores de servicios de salud podrán vender su cartera a operadores de activos improductivos previa valoración, estructuración de la misma. Los estudios deberán soportar la conveniencia de colocar la cartera en subasta pública, a la luz de la probabilidad del detrimento patrimonial.

**ARTÍCULO 49°. FINANCIACION DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EN ZONAS ALEJADAS.** Se garantizarán los recursos necesarios para financiar la prestación de servicios de salud a través de instituciones públicas en aquellos lugares alejados o de difícil acceso, en donde éstas sean la única opción de prestación de servicios, y los ingresos por venta de servicios sean insuficientes para garantizar su sostenibilidad en condiciones de eficiencia.

**ARTÍCULO 50°. DETERMINACIÓN DEL RIESGO DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO.** El Ministerio de la Protección Social determinará y comunicará a las direcciones departamentales y distritales de salud, a más tardar el 30 de mayo de cada año, el riesgo de las Empresas Sociales del Estado teniendo en cuenta sus condiciones de equilibrio financiero, a partir de sus ingresos y gastos.

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

1. Empresas Sociales de Estado en Riesgo Bajo: Aquellas entidades cuyo indicador de equilibrio financiero sea mayor o igual a 1,0.
2. Empresas Sociales de Estado en Riesgo Medio: Aquellas entidades cuyo indicador de equilibrio financiero esté entre 0,90 y 0,99.
3. Empresas Sociales del Estado en Riesgo Alto: Aquellas entidades cuyo indicador de equilibrio financiero sea menor a 0,90 o que no hayan

superado el riesgo medio en los términos establecidos en el plan de fortalecimiento fiscal y financiero.

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

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

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

**ARTÍCULO 51°. ADOPCIÓN DE PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO.** Una vez comunicada la información de determinación del riesgo por parte del Ministerio de la Protección Social, dentro de los siguientes sesenta (60) días calendario, las Empresas Sociales del Estado categorizadas en riesgo medio o alto, deberán adoptar un programa de saneamiento fiscal y financiero, con el acompañamiento de la dirección departamental o distrital de salud en las condiciones que determine el Ministerio de la Protección Social.

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

**ARTÍCULO 52°. INCUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE SANEAMIENTO FISCAL.** Si con la implementación del programa de saneamiento fiscal y financiero, la Empresa Social del Estado en riesgo alto no logra categorizarse en riesgo medio en los términos definidos en la presente ley, deberá adoptar una o más de las siguientes medidas:

1. Acuerdos de reestructuración de pasivos.
2. Intervención por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, independientemente de que la Empresa Social del Estado esté adelantando o no programas de saneamiento.
3. Liquidación o supresión, o fusión de la entidad.

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

**Parágrafo.** En las liquidaciones de Empresas Sociales del Estado que se adelanten por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, se dará aplicación a lo dispuesto en el Decreto-ley 254 de 2000 y en la Ley 1105 de

2006, y demás normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan. Las liquidaciones que se estén adelantando, se ajustarán a lo aquí dispuesto.

**ARTÍCULO 53°. SANEAMIENTO DE PASIVOS.** Con el fin de facilitar los procesos de saneamiento de pasivos, las Empresas Sociales del Estado que hayan adoptado programas de saneamiento fiscal y financiero en virtud de lo dispuesto en la presente ley, tengan suscrito o suscriban programas o convenios de desempeño en virtud de lo establecido en la Ley 715 de 2001 o estén intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud, podrán iniciar simultáneamente o en cualquier momento durante la vigencia de los mismos, la promoción de acuerdos de reestructuración de pasivos de que tratan las Leyes 550 de 1999 y 1116 de 2006 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

**ARTÍCULO 54°. DEL PASIVO PRESTACIONAL DE LAS INSTITUCIONES DEL SECTOR SALUD.** En concordancia con el artículo 242 de la Ley 100 de 1993, los artículos 61, 62, 63 de la Ley 715 de 2001, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y los entes territoriales departamentales firmarán los contratos de concurrencia y pagarán el pasivo prestacional por concepto de cesantías, reserva para pensiones y pensiones de jubilación, vejez, invalidez y sustituciones pensionales, causadas en las instituciones del sector salud públicas y privadas al finalizar la vigencia de 1993 con cargo a los recursos del monopolio de juegos de suerte y azar.

**Parágrafo.** Concédase plazo de un (1) año a partir de la entrada en vigencia de la presente ley para que el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y las entidades territoriales departamentales emitan los bonos pensionales respectivos de acuerdo a la concurrencia entre el Gobierno Nacional y el ente territorial departamental.

**ARTÍCULO 55°. SANEAMIENTO DE APORTES PATRONALES.** Las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar o el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, según corresponda, las Administradoras de Riesgos Profesionales, las entidades administradoras de pensiones tanto del Régimen de Prima Media con Prestación Definida, como las de ahorro individual con solidaridad y las administradoras de cesantías, incluido el Fondo Nacional del Ahorro, que hubieren recibido o que tengan en su poder recursos por concepto de aportes patronales del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones para salud, las direcciones territoriales de salud, las IPS públicas y demás entidades a las que se les hayan asignado recursos para el pago de aportes patronales, contarán con doce (12) meses, para realizar el proceso de saneamiento por concepto de aportes patronales.

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

## **CAPÍTULO VI. MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS**

**ARTÍCULO 56°. POLÍTICA FARMACÉUTICA Y DE DISPOSITIVOS MÉDICOS.** El Ministerio de la Protección Social definirá la Política Farmacéutica y de Dispositivos Médicos a nivel nacional y en su implementación, establecerá y desarrollará mecanismos y estrategias dirigidas a optimizar la utilización de medicamentos e insumos, a evitar las inequidades en el acceso y asegurar la calidad de los mismos, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**ARTÍCULO 57°. COMISIÓN NACIONAL DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS- CNPMD-** En adelante la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos de que trata el artículo 245 de la Ley 100 de 1993, se denominará Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, y tendrá a su cargo la formulación y la regulación de la política de precios de medicamentos y dispositivos médicos.

**ARTÍCULO 58°. NEGOCIACIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS.** El Ministerio de la Protección Social establecerá los mecanismos para adelantar negociaciones de precios de medicamentos y dispositivos.

El Ministerio de la Protección Social establecerá los mecanismos para adelantar negociaciones que generen precios de referencia de medicamentos y dispositivos de calidad. En el caso que los mismos no operen en la cadena, el gobierno nacional acudirá a la compra directa. La Red Pública deberá comprar a los precios de referencia.

**ARTÍCULO 59°. GARANTÍA DE LA COMPETENCIA.** El Gobierno Nacional deberá garantizar la competencia efectiva para la producción, venta, comercialización y distribución de medicamentos, podrá realizar la importación paralela de éstos, establecer límites al gasto y adelantar las gestiones necesarias para que la población disponga de medicamentos de buena calidad a precios accesibles.

El Gobierno Nacional y las entidades públicas podrán realizar compras centralizadas de medicamentos dentro y fuera del país y desarrollar modelos

de gestión que permitan disminuir los precios de los medicamentos y facilitar el acceso de la población a éstos.

El Ministerio de la Protección Social podrá intervenir en el mercado de medicamentos con el fin de hacerlos accesibles a la población.

**Comentario [m4]:** El inciso final podría generar una colisión de competencias entre la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y este Ministerio; más aún, cuando en el artículo 58 de la propuesta, se le está señalando a la Comisión la facultad de regulación y control no solo de medicamentos (que ya tiene por el Art. 245 de la Ley 100 de 1993) sino también para a los dispositivos médicos. El ejercicio de regulación y control implica, del mismo modo, intervención del mercado, por razones de salud pública o interés público

## CAPÍTULO VII. INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD

### ARTÍCULO 60°. INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD.

Autorícese la creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud como una corporación sin ánimo de lucro de naturaleza mixta, de la cual podrán hacer parte, entre otros, las sociedades científicas y la Academia Nacional de Medicina, responsable de evaluación de tecnologías en salud basado en la evidencia científica, de tal forma que sus orientaciones sean un referente para la definición de planes de beneficios y para los prestadores de los servicios de salud.

**ARTÍCULO 61°. OBJETIVOS DEL INSTITUTO DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA EN SALUD.** Son objetivos del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud:

1. Evaluar las tecnologías en materia de salud, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: seguridad, eficacia, efectividad, utilidad e impacto económico.
2. Coordinar los Centros de Evaluación acreditados.
3. Articular la evaluación de los medios técnicos y de procedimientos para la promoción y atención en salud en sus fases de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y su impacto en la reducción de la morbilidad y mortalidad del país así como el impacto potencial por la adopción de nuevas tecnologías.
4. Diseñar estándares, protocolos y guías de atención en salud, basados en evidencia científica, que sirvan de referente para la prestación de los servicios de salud.
5. Difundir las metodologías empleadas y la información producida.
6. Los demás que sean necesarios para el desarrollo de su objeto.

**ARTÍCULO 62°. REFERENTES BASADOS EN EVIDENCIA CIENTÍFICA.** Son los estándares, guías, normas técnicas, conjuntos de acciones o protocolos

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

**ARTÍCULO 63°. DE LOS PROTOCOLOS DE ATENCIÓN.** La autoridad competente desarrollará protocolos sobre procedimientos, medicamentos y tratamientos de acuerdo con los contenidos del POS. Para su elaboración se consultará a los profesionales de la salud, las sociedades científicas, los colegios de profesionales y las facultades de salud.

**ARTÍCULO 64°. DE LAS GUÍAS DE ATENCIÓN.** La autoridad competente desarrollará guías de atención sobre procedimientos, medicamentos y tratamientos de acuerdo con los contenidos del POS. Las guías médicas serán desarrolladas por la autoridad competente en coordinación con los profesionales de la salud, las sociedades científicas, los colegios de profesionales y las facultades de salud.

## **CAPÍTULO VIII. TALENTO HUMANO**

**ARTÍCULO 65°. DE LA POLÍTICA DE TALENTO HUMANO.** El Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, definirá la política de Talento Humano en Salud que oriente la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones del área de la salud, en coherencia con las necesidades de la población colombiana, las características y objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**ARTÍCULO 66°. DE LA FORMACIÓN DEL TALENTO HUMANO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.** El Gobierno Nacional diseñará un programa de formación en Atención Primaria en Salud para los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que deberá implementarse en forma progresiva en los próximos cinco años en todo el país. Dicho programa contendrá módulos específicos para profesionales, técnicos, tecnólogos y auxiliares de la salud y directivos y ejecutivos de las direcciones territoriales de salud, entidades administradoras de planes de beneficios e Instituciones Prestadoras de Servicios.

Las direcciones territoriales de salud, entidades administradoras de planes de beneficios e Instituciones Prestadoras de Servicios serán responsables de

desarrollar para sus trabajadores el programa de formación de que trata el presente artículo.

**ARTÍCULO 67º. DE LA PERTINENCIA Y CALIDAD EN LA FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD:** Modifíquese el artículo 13 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

“Artículo 13. De la pertinencia y calidad en la formación de Talento Humano en Salud. Las instituciones y programas de formación del Talento Humano en Salud buscarán el desarrollo de perfiles y competencias que respondan a las características y necesidades en salud de la población colombiana, a los estándares aceptados internacionalmente y a los requerimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, fundados en la ética, calidad, pertinencia y responsabilidad social. El Ministerio de la Protección Social desarrollará los mecanismos para definir y actualizar las competencias de cada profesión atendiendo las recomendaciones del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud.

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

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

Parágrafo 1º. El Hospital Universitario es una Institución Prestadora de Servicios de Salud que proporciona entrenamiento universitario, enfocado en programas de posgrado, supervisado por autoridades académicas competentes y comprometido con las funciones de formación, investigación y extensión. El Hospital Universitario es un escenario de práctica con características especiales por cuanto debe cumplir como mínimo con los siguientes requisitos:

- a) Manifestar explícitamente dentro de su misión y objetivos, su vocación docente e investigativa;

- b) Estar habilitado y acreditado, de acuerdo con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad;
- c) Tener convenios de prácticas formativas, en el marco de la relación docencia servicio, con instituciones de educación superior que cuenten con programas en salud acreditados;
- d) Diseñar procesos que integren en forma armónica las prácticas formativas, la docencia y la investigación a prestación de los servicios asistenciales.
- e) Contar con servicios que permitan desarrollar los programas docentes de pregrado y posgrado, mínimo con las especialidades médicas básicas y todas las que correspondan a las prioridades de salud del país;
- f) Cumplir con todos los criterios y estándares establecidos por la autoridad competente para los escenarios de prácticas formativas;
- g) Obtener y mantener reconocimiento nacional o internacional de las investigaciones en salud que realice la entidad y contar con la vinculación de por lo menos un grupo de investigación reconocido por Colciencias;
- h) Incluir procesos orientados a la formación investigativa de los estudiantes y contar con publicaciones y otros medios de información propios que permitan la participación y difusión de aportes de sus grupos de investigación;
- i) Contar con una planta docente adecuada y establecer requisitos para la vinculación de docentes que garanticen la idoneidad y calidad científica, académica e investigativa;

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

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

**ARTÍCULO 68°. DEL SERVICIO SOCIAL VOLUNTARIO:** Modificar el artículo 33 de la Ley 1164 de 2007, el cual quedará así:

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

Estas plazas serán cargos de planta temporales no sujetos a carrera administrativa, tendrán las condiciones laborales y salariales vigentes para los cargos similares de la institución que las ofrece y serán aprobadas la Dirección Territorial de Salud respectiva según los criterios y condiciones que defina el Ministerio de la Protección Social.

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

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

**ARTÍCULO 69°. DE LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS DEL ÁREA DE LA SALUD:** Modifíquese el artículo 30 de la Ley 1164 de 2007, adicionando los siguientes incisos.

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

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

Los cupos de residentes de los programas de especialización en salud se aprobarán conforme a las normas que regulan la relación docencia servicio y, en todo caso, deberán corresponder a cargos creados para tal fin en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Se autoriza a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas a crear cargos en sus plantas de personal para la formación de

residentes, los cuales tendrán carácter temporal y no estarán sujetos a las normas de carrera administrativa. El Estado cofinanciará parte del costo de los cargos de residentes que cursen programas de especialización considerados prioritarios para el país, para lo cual los recursos del presupuesto nacional destinados a financiar el programa de becas crédito establecido en el parágrafo 1 del artículo 193 de la Ley 100 de 1993, se reorientarán a la financiación de los cargos contemplados en el presente artículo. El Gobierno Nacional reglamentará la aplicación del presente inciso.

Las actividades realizadas por los residentes en el marco de la relación docencia servicio se facturarán y pagarán conforme a las tarifas vigentes o acordadas entre las instituciones pagadoras y prestadoras de servicios.”

## **CAPÍTULO IX. CALIDAD Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

**ARTÍCULO 70°. INDICADORES EN SALUD.** El Ministerio de la Protección Social deberá establecer indicadores trazadores, centinelas, entre otros, que den cuenta del desempeño de las EPS y de las IPS, con el fin de que los ciudadanos puedan contar con información objetiva que apoye su toma de decisiones con respecto a las entidades aseguradoras y prestadoras de servicios en salud. El Gobierno Nacional definirá en un plazo de seis (6) meses los indicadores y metas.

**ARTÍCULO 71°. LIBRE ELECCION Y CALIDAD.** La calidad será un objetivo central de la política nacional de salud, para tal fin se deberá contar con un sistema de Información para la Calidad que incorporará y actualizará periódica y oportunamente indicadores accesibles y de fácil comprensión, con el fin de garantizar al usuario su derecho a la libre elección de los prestadores de servicios y aseguradores, en los términos de la ley.

**ARTÍCULO 72°. SISTEMA DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE EPS E IPS.** El Ministerio de la Protección Social desarrollará un sistema de evaluación y calificación de EPS e IPS mediante indicadores que permitan conocer públicamente a más tardar el primero (1) de marzo de cada año como mínimo: número de quejas, tipos de programas de prevención y control de enfermedades implementados, prevalencia de enfermedades de interés en salud pública, reconocimientos especiales a la gestión; administración y flujo de recursos.

Deberá también alimentarse de las metas de los planes de desarrollo nacionales y locales.

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

El incumplimiento de las condiciones mínimas de calidad dará lugar a la pérdida de la habilitación.

**ARTÍCULO 73°. ARTICULACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN.** El Ministerio de la Protección Social, a través del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) articulará el manejo y la administración de los indicadores.

**ARTÍCULO 74°. OBLIGACIÓN DE REPORTAR.** Es una obligación de las EPS, los prestadores de servicios de salud y los demás agentes del sistema, proveer la información solicitada de forma confiable, oportuna y clara dentro de los plazos que se establezcan en el reglamento, con el objetivo de elaborar los indicadores.

Es deber de los ciudadanos proveer información veraz.

**ARTÍCULO 75°. RESTRICCIONES POR LA NO PROVISION DE INFORMACIÓN.** Los obligados a reportar que no cumplan con el reporte oportuno, confiable, suficiente y con la calidad mínima aceptable de la información necesaria para la operación del sistema de monitoreo, serán reportados ante las autoridades competentes para que impongan las sanciones a que hubiera lugar. En el caso de las EPS y prestadores de servicios de salud podrá dar lugar a la revocatoria de la habilitación.

## **TÍTULO VI. INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL**

**ARTÍCULO 76°. DESCENTRALIZACIÓN O DESCONCENTRACIÓN.** Con el fin de tener mayor efectividad en las actividades del sistema de inspección, vigilancia y control, la Superintendencia Nacional de salud podrá descentralizar, desconcentrar o delegar sus funciones a nivel departamental o distrital.

La Superintendencia Nacional de Salud ejecutará sus funciones de manera directa o por convenio interadministrativo con las direcciones departamentales o distritales de Salud, acreditadas, en el marco del sistema obligatorio de garantía de la calidad, las cuales para los efectos de las atribuciones correspondientes responderán funcionalmente ante el Superintendente Nacional de Salud.

Las direcciones departamentales o distritales de Salud, presentaran en audiencia pública semestral y en los plazos que la superintendencia establezca, los informes que esta requiera. El incumplimiento de esta función dará lugar a multas de hasta 2 salarios mínimos legales y en caso de reincidencia podrá llegar hasta la intervención administrativa.

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

**ARTÍCULO 77°. Los recursos a que se refiere el literal e) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 se destinarán** a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza la inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales. El recaudo al que hace referencia el presente inciso, será reglamentado por el Gobierno Nacional, dentro de los tres (3) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley.

**Parágrafo transitorio.** Los recursos a que se refiere el literal e) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 se continuarán aplicando a la interventoría de los contratos de administración de recursos del régimen subsidiado a que se refiere la mencionada ley, hasta que se unifiquen los regímenes de aseguramiento. Para este efecto la Superintendencia acreditará empresas de interventoría con los cuales contratarán los municipios mediante concurso de meritos. La SNS ejercerá vigilancia sobre el proceso y ejecución de esta contratación.

**ARTÍCULO 78°. SUJETOS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.** Serán sujetos de inspección, vigilancia y control integral de la Superintendencia Nacional de Salud:

1. Las Entidades Promotoras de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud.
2. Las Direcciones Territoriales de Salud en el ejercicio de las funciones que las mismas desarrollan en el ámbito del sector salud, tales como el aseguramiento, la inspección, vigilancia y control, la prestación de servicios de salud y demás relacionadas con el sector salud.
3. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, privadas o mixtas.

4. La comisión de regulación en salud CRES y el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA o quienes hagan sus veces.
5. Los Fondos de prestación y administración de recursos de las EPS.
6. Los que programen, gestionen, recauden, distribuyan, administren, transfieran o asignen los recursos públicos y demás arbitrios rentísticos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
7. Las rentas que produzcan cervezas, sifones, refajos, vinos, aperitivos y similares y quienes importen vinos, aperitivos y similares y cervezas.
8. Los monopolios rentísticos cedidos al sector salud.

**ARTÍCULO 79°. PRESENTACION DE INFORMES FINANCIEROS DE EPS.**

Para la vigilancia y control de las EPS estas deberán presentar los estados financieros consolidados del grupo económico, incluyendo todas las entidades subordinadas que directa o indirectamente reciban recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**ARTÍCULO 80° INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL A LOS DEBERES DE LOS EMPLEADORES.**

La Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales ejercerá la inspección, vigilancia y control del cumplimiento a los Deberes de los empleadores conforme a lo establecido en el numeral 2 el artículo 161 de la Ley 100 de 1993 y sobre el monto y la distribución de las cotizaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud conforme a lo establecido en el artículo 204 de la Ley 100 de 1993. Igualmente, ejercerá inspección, vigilancia y control respecto de los trabajadores independientes y contratistas y las entidades que los asocien o agremien para su afiliación colectiva.

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

**ARTÍCULO 81°. EJE DE ACCIONES Y MEDIDAS ESPECIALES.** El numeral 5 del Artículo 37 de la Ley 1122 de 2007 quedara así:

5. Eje de acciones y medidas especiales. Su objetivo es adelantar los procesos de intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplen funciones de Empresas Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza y monopolios rentísticos cedidos al sector salud, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud. Tratándose de liquidaciones voluntarias, la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá inspección, vigilancia y control sobre los

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

**ARTÍCULO 82°. CESACIÓN PROVISIONAL.** El Superintendente Nacional de Salud podrá ordenar, de manera inmediata, a la entidad competente, la medida cautelar de cesación provisional de las acciones que pongan en riesgo la vida o la integridad física de los pacientes o el destino los recursos del sistema general de seguridad social en salud.

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

**ARTÍCULO 83°. FUNCION JURISDICCIONAL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.** Modificar el párrafo 2° del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, así:

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

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

**ARTÍCULO 84°. MEDIDAS CAUTELARES EN LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.** Adicionar un nuevo párrafo al artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 así:

"Párrafo Tercero: La Superintendencia Nacional de Salud deberá:

- a. Ordenar, dentro del proceso judicial, las medidas provisionales para la protección del usuario del Sistema.
- b. Suspender, de manera inmediata, la aplicación del acto concreto que lo amenace o vulnere, mientras se surte el mismo en los términos establecidos en la Ley.
- c. Definir en forma provisional la Entidad a la cual se entiende que continúa afiliado o atendido el demandante mientras se resuelve el conflicto que se suscite en materia de multifiliación y movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

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

**ARTÍCULO 85°. PROCEDIMIENTO SANCIONATORIO.** La Superintendencia Nacional de Salud aplicará las multas o la revocatoria de la licencia de funcionamiento realizando un proceso administrativo sancionatorio consistente en la solicitud de explicaciones en un plazo de cinco (5) días hábiles después de recibida la información, la práctica de las pruebas a que hubiere lugar en un plazo máximo de quince (15) días calendario, vencido el término probatorio las partes podrán presentar alegatos de conclusión dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes. La Superintendencia dispondrá de un término de diez (10) días calendario después del vencimiento del término para presentar alegatos de conclusión para imponer la sanción u ordenar el archivo de las actuaciones. Si no hubiere lugar a decretar pruebas, se obviará el término correspondiente. La sanción será susceptible de los recursos contenidos en el Código Contencioso Administrativo C.C.A.

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

**ARTÍCULO 86°. CONDUCTAS QUE VULNERAN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y EL DERECHO A LA SALUD.** La Superintendencia Nacional de Salud, impondrá multas en las cuantías señaladas en la presente ley o revocará la licencia de funcionamiento, si a ello

hubiere lugar, a las personas naturales y jurídicas que se encuentren dentro del ámbito de su vigilancia, así como a título personal a los representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud o quien haga sus veces, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y privado de las entidades vigiladas por dicha Superintendencia, cuando violen las disposiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otras, por incurrir en las siguientes conductas:

1. Violar la Ley 1098 de 2006 en lo relativo a la prestación de servicios de salud.
2. Aplicar preexistencias a los afiliados por parte de la Entidad Promotora de Salud.
3. Impedir u obstaculizar la atención inicial de urgencias.
4. Poner en riesgo la vida de las personas de especial protección constitucional.
5. No realizar las actividades en salud derivadas de enfermedad general, maternidad, accidentes de trabajo, enfermedad profesional, accidentes de tránsito y eventos catastróficos.
6. Impedir o atentar en cualquier forma contra el derecho a la afiliación y selección de organismos e instituciones del Sistema de Seguridad Social Integral, por parte del empleador y en general por cualquier persona natural o jurídica.
7. Incumplir las instrucciones y órdenes impartidas por la Superintendencia, así como por la violación de la normatividad vigente sobre la prestación del servicio público de salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
8. Incumplir con las normas de afiliación por parte de los empleadores, contratistas, entidades que realizan afiliaciones colectivas o trabajadores independientes.
9. Incumplir la Ley 972 de 2005.
10. Efectuar por un mismo servicio o prestación un doble cobro al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

11. Efectuar cobros al Sistema General de Seguridad Social en Salud con datos inexactos o falsos.
12. No reportar oportunamente la información que se le solicite por parte del Ministerio de Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud, por o por la CRES o quien haga sus veces.
13. Obstruir las Investigaciones e incumplir las obligaciones de información.

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

**ARTÍCULO 87°. VALOR DE LAS MULTAS POR CONDUCTAS QUE VULNERAN EL GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y EL DERECHO A LA SALUD.** De conformidad con el artículo 68 de la Ley 715 de 2001, las multas a los representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud o quienes hagan sus veces, jefes de presupuesto, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y privado oscilarán entre diez (10) y dos mil (2.000) salarios mínimos mensuales legales vigentes y su monto se liquidará teniendo en cuenta el valor del salario mínimo vigente a la fecha de expedición de la Resolución sancionatoria.

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

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

**ARTÍCULO 88°. MULTAS POR INFRACCIONES AL RÉGIMEN APLICABLE AL CONTROL DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS.** La Superintendencia de Industria y Comercio impondrá multas hasta de cinco mil salarios mínimos legales mensuales vigentes (5.000 SMLMV) a cualquiera de las entidades, agentes y actores de las cadenas de producción, distribución, comercialización y otras formas de intermediación de medicamentos, dispositivos médicos o bienes del sector salud, sean personas naturales o jurídicas, cuando infrinjan el régimen aplicable al control de precios de medicamentos o dispositivos médicos. Igual sanción se podrá imponer por

la omisión, renuencia o inexactitud en el suministro de la información que deba ser reportada periódicamente.

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

**ARTÍCULO 89°. MULTAS POR NO PAGO DE LAS ACRENCIA POR PARTE DEL FOSYGA O LA EPS.** La Superintendencia Nacional de Salud impondrá multas de hasta de cinco mil salarios mínimos legales mensuales vigentes (5.000 SMLMV) cuando el FOSYGA, injustificadamente, no gire oportunamente de acuerdo con los tiempos definidos en la ley, las obligaciones causadas por prestaciones o medicamentos o cuando la EPS no gire oportunamente a una IPS las obligaciones causadas por actividades o medicamentos.

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

Las multas impuestas por la Superintendencia Nacional de Salud se incorporarán a su presupuesto.

**ARTÍCULO 90°. DOSIFICACIÓN DE LAS MULTAS.** Para efectos de graduar las multas previstas en la presente ley, se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- a. El grado de culpabilidad.
- b. La trascendencia social de la falta o el perjuicio causado, en especial respecto de personas en debilidad manifiesta o con protección constitucional reforzada.
- c. Poner en riesgo la vida o la integridad física de la persona.
- d. En función de la naturaleza del medicamento o dispositivo médico de que se trate, el impacto que la conducta tenga sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- e. El beneficio obtenido por el infractor con la conducta en caso que éste pueda ser estimado.
- f. El grado de colaboración del infractor con la investigación.
- g. La reincidencia en la conducta infractora.

- h. La existencia de antecedentes en relación con infracciones al régimen de Seguridad Social en Salud, al régimen de control de precios de medicamentos o dispositivos médicos;
- i. Las modalidades y circunstancias en que se cometió la falta y los motivos determinantes del comportamiento.

## **TÍTULO VII. DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA**

**ARTÍCULO 91º. POLÍTICA NACIONAL DE PARTICIPACIÓN SOCIAL.** El Ministerio de la Protección Social definirá una política nacional de participación social que tenga como objetivos:

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

**ARTÍCULO 92º. DEFENSOR DEL USUARIO DE LA SALUD.** Para la financiación del Defensor del Usuario en Salud de que trata el artículo 42 de la Ley 1122 de 2007, la tasa establecida en el artículo 98 de la Ley 488 de 1998 deberá incluir el costo que demanda su organización y funcionamiento.

**ARTÍCULO 93º. ANTITRÁMITES EN SALUD.** El Gobierno Nacional, dentro de los tres meses siguientes a la promulgación de esta ley, deberá adoptar un sistema único de trámites en salud que incluirá los procedimientos y formatos de la afiliación y de la autorización, registro, auditoría, facturación y pago de los servicios de salud.

**ARTÍCULO 94º. DEBERES Y OBLIGACIONES.** Los usuarios del sistema de seguridad social en salud deberán cumplir los siguientes deberes y obligaciones:

- a. Actuar frente al sistema y sus actores de buena fe.

- b. Suministrar oportuna y cabalmente la información que se les requiera para efectos del servicio.
- c. Informar a los responsables y autoridades de todo acto o hecho que afecte el sistema.
- d. Procurar en forma permanente por el cuidado de la salud personal y de la familia y promover las gestiones del caso para el mantenimiento de las adecuadas condiciones de la salud pública.
- e. Pagar oportunamente las cotizaciones e impuestos y, en general, concurrir a la financiación del sistema.
- f. Realizar oportuna y cabalmente los pagos moderadores, compartidos y de recuperación que se definan dentro del sistema.
- g. Contribuir según su capacidad económica al cubrimiento de las prestaciones y servicios adicionales a favor de los miembros de su familia y de las personas bajo su cuidado.
- h. Cumplir las citas y atender los requerimientos del personal administrativo y asistencial de salud, así como brindar las explicaciones que ellos les demanden razonablemente en ejecución del servicio.
- i. Suministrar la información veraz que se le demande y mantener actualizada la información que se requiera dentro del sistema en asuntos administrativos y de salud.
- j. Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del sistema.
- k. Hacer un uso racional de los recursos del sistema.
- l. Respetar a las personas que ejecutan los servicios y a los usuarios.
- m. Hacer uso, bajo criterios de razonabilidad y pertinencia, de los mecanismos de defensa y de las acciones judiciales para el reconocimiento de derechos dentro del sistema.

## **TÍTULO VIII. OTRAS DISPOSICIONES**

**ARTÍCULO 95º. ENFERMEDADES HUÉRFANAS.** Modifíquese el artículo 2 de la ley 1392 de 2010, así:

**“ARTÍCULO 2º. DENOMINACIÓN DE LAS ENFERMEDADES HUÉRFANAS.** Las enfermedades huérfanas son aquellas crónicamente debilitantes, graves, que amenazan la vida y con una prevalencia menor

de 1 **por cada 5.000 personas**, comprenden, las enfermedades raras, las ultra-huérfanas y olvidadas. Las enfermedades olvidadas son propias de los países en desarrollo y afectan ordinariamente a la población más pobre y no cuentan con tratamientos eficaces o adecuados y accesibles a la población afectada.

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

**ARTÍCULO 96º. DIFUSIÓN Y CAPACITACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LA LEY.** El Ministerio de Protección Social deberá organizar y ejecutar un programa de difusión del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de capacitación a las autoridades locales, las Entidades Promotoras e Instituciones Prestadoras, trabajadores y, en general, los usuarios que integren el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**ARTÍCULO 97º. COMPILACIÓN.** Facúltese al Gobierno Nacional para compilar las leyes que regulen aspectos relacionados con la salud y la seguridad social, sin que esta facultad implique modificar su contenido.

**ARTÍCULO 98º. VIGENCIA Y DEROGATORIAS.** La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias, en especial los párrafos de los artículos 7º y 9º de la Ley 1392 de 2010, los artículos 171, 172 y 175 de la Ley 100 de 1993, el párrafo del artículo 3 y el artículo 42 de la Ley 1122 de 2007, el artículo 121 del Decreto Ley 2150 de 1995, el literal D) de del Artículo 13, derogar art 16, 42, Ley 715 de 2001 numerales 43.4.2, 44.1.7,44.2.3.

**Comentario [m5]:**  
Revisar sentencia de ley 1150  
Sentencia C-259/08