

PROYECTO DE LEY N° DEL 2010

*POR EL CUAL SE REFORMA PARCIALMENTE LA LEY 1122 de 2007 Y SE
DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.*

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA

Artículo 1°: Objeto.

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

CAPITULO II

DE LA DIRECCION Y REGULACION

Artículo 2°: Evaluación por Resultados. El ministerio de la protección social, como órgano rector del sistema, establecerá dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley los mecanismos que permitan la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en la salud y bienestar de todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad

Social en Salud. El Ministerio, como resultado de esta evaluación, podrá definir estímulos o exigir, entre otras, la firma de un convenio de cumplimiento, y si es del caso, solicitara a la Superintendencia Nacional de Salud suspender en forma cautelar la administración de los recursos públicos, hasta por un año de la respectiva entidad. Cuando las entidades municipales no cumplan con los indicadores de que trata este artículo, los departamentos asumirán su administración durante el tiempo cautelar que se defina. Cuando sean los departamentos u otras entidades del sector de la salud, los que incumplan con los indicadores, la administración cautelar estará a cargo del Ministerio de la Protección Social o quien este designe. Si hay reincidencia, previo informe del Ministerio de la Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud evaluará y podrá imponer las sanciones establecidas en la ley.

Respecto de las Empresas Sociales del Estado ESE, los indicadores tendrán en cuenta la rentabilidad social, las condiciones de atención y hospitalización, cobertura, aplicación de estándares internacionales sobre contratación de profesionales en las áreas de la salud para la atención de pacientes, nivel de especialización, estabilidad laboral de sus servidores y acatamiento a las normas de trabajo.

Artículo 3°. Comisión de Regulación en Salud: Creación y naturaleza. Crease la Comisión de Regulación en Salud (CRES) como unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mantendrá vigentes sus funciones establecidas en la Ley 100 de 1993, mientras no entre en funcionamiento la Comisión de Regulación en Salud CRES.

Parágrafo: se le dará al actual Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud un carácter de asesor y consultor del Ministerio de la Protección Social reglamentara las funciones de asesoría y consultoría del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Artículo 4°. Composición. Modifíquese el Art. 4 de la Ley 1122 del 2007, el cual quedara así.

1. El Ministerio de la Protección Social quien le preside, excepcionalmente podrá delegar solo en uno de sus viceministros.
2. El Ministro de Hacienda y Crédito Público, quien excepcionalmente podrá delegar solo en alguno de sus viceministros.
3. El Director de la Planeación Nacional.
4. Un Representante de los Gobernadores.
5. Un Representante de los Alcaldes del país
6. Cinco comisionados expertos, designados por el Presidente de la República, de ternas enviadas por diferentes entidades tales como: Asociación Colombiana de Universidades, Centros de Investigación en Economía de la Salud, Asociaciones de Profesionales de la Salud y Asociaciones de Usuarios debidamente organizados. El Gobierno Nacional reglamentara la materia.

Parágrafo 1º : las ternas serán elaboradas por las anteriores organizaciones, a partir de una lista de elegibles conformada mediante concurso público de meritos para todas las profesiones que incluyan examen de antecedentes laborales, examen de conocimientos sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con su experiencia y entrevista conforme lo señale el reglamento.

Parágrafo 2º : El viceministro de salud y bienestar será invitado permanentemente a las sesiones de la CRES.

Artículo 5º. Comisionados Expertos. Los comisionados expertos de la Comisión de Regulación en Salud serán de dedicación exclusiva.

Los anteriores comisionados ejercerán por periodos individuales de tres (3) años, reelegibles por una sola vez y no estarán sujetos a las disposiciones que regulan la carrera administrativa.

Parágrafo 1º. Los comisionados estarán sujetos al siguiente régimen de inhabilidades e incompatibilidades:

Los comisionados no podrán tener directa o a través de terceros ningún vínculo comercial o contractual con entidades promotoras de salud, instituciones prestadoras de servicio de salud y productoras y comercializadoras mayoristas de medicamentos o insumos hospitalarios.

No podrán ser comisionados aquellas persona cuyo conyugue o compañero(a) permanente, o sus parientes el tercer grado de consanguinidad, segundo de afinidad, o primero civil, sea

representantes legales, miembros de juntas directivas o accionistas o propietarios de entidades promotoras de salud, instituciones prestadoras de salud, empresas productoras o comercializadoras mayoristas de medicamentos o insumos hospitalarios.

Parágrafo 2°. Los expertos deberán ser profesionales mínimo con título de maestría o su equivalente, cada uno de ellos deberá acreditar experiencia en su respectiva área no menor de 10 años.

Parágrafo transitorio. Los comisionados expertos y seleccionados en la primera integración de la CRES, tendrán los siguientes periodos: un comisionado tendrá un periodo de un (1) año, dos de dos (2) años y dos de tres (3) años. Al vencimiento del periodo de cada uno de estos expertos, el Presidente de la República designara el reemplazo respectivo, con base en los criterios estipulados en el artículo anterior, para periodos ordinarios de tres (3) años.

Artículo 6°. Secretaría Técnica. La Comisión de Regulación en Salud tendrá una secretaría técnica, que apoyará los estudios técnicos que soporten las decisiones de este organismo. El Secretario Técnico será designado por el Presidente de la Comisión de Regulación en Salud.

Artículo 7°. Funciones. La comisión de Regulación en Salud ejercerá las siguientes funciones:

1. Definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) garantizan a los

afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

2. Definir y revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos esenciales y genéricos q harán parte de los Planes de Beneficios.
3. Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen, de acuerdo con la presente Ley. Si a 31 de Diciembre de cada año la comisión no ha aprobado un incremento en el valor de la UPC, dicho valor se incrementara automáticamente en la inflación causada.
4. Definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacer efectivo el subsidio.
5. Definir los criterios para establecer los pagos moderadores de que trata el numeral 3° del artículo 160 y los artículos 164 y 187 de la Ley 100 de 1993.
6. Definir el régimen que deberán aplicar las EPS para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general o en las licencias de maternidad, según las normas del Régimen Contributivo.
7. Establecer y actualizar un sistema de tarifas que debe contener entre otros componentes, un manual de tarifas mínimas que será revisado cada año, incluyendo los honorarios profesionales.
En caso de no revisarse el mismo, será indexado con la inflación causada.
8. Presentar ante las comisiones séptimas de Senado y Cámara, un informe anual sobre la evolución del Sistema General de

Seguridad Social en Salud y las recomendaciones para mejorarlo.

9. Recomendar proyectos de ley o decretos reglamentarios cuando a su juicio sean requeridos en el ámbito de la salud.
10. Adoptar su propio reglamento.
11. Las demás que se le sean asignadas por Ley.

Parágrafo 1. El valor de pagos compartidos y de la UPC serán revisado por lo menos una vez por año, antes de iniciar la siguiente vigencia fiscal, y el nuevo valor se determinara con fundamento en estudios técnicos previos.

Parágrafo 2. En casos excepcionales, motivados por situaciones de emergencia sanitaria que puedan afectar la salubridad pública, el Ministerio de la Protección Social asumirá temporalmente las funciones de la Comisión de Regulación en Salud.

Parágrafo 3. Las decisiones de la Comisión de Regulación en Salud referidas al régimen contributivo deberán consultar el equilibrio financiero del sistema, de acuerdo con las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo, y las referidas al régimen subsidiado, en cualquier caso serán compatibles con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Artículo 8º: Financiación de la Comisión de Regulación en Salud.

La Comisión de Regulación en Salud se financiará con recursos del FOSYGA incluyendo la remuneración de los Comisionados, la secretaria técnica y los costos de los estudios técnicos necesarios. Dichos estudios serán definidos y contratados por la Comisión.

CAPITULO III

DEL FINANCIAMIENTO

Artículo 9º. Financiación: El Sistema General de Seguridad Social en Salud alcanzará, en los próximos tres años, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del SISBEN de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al Sistema.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 48 de la Constitución Política, el Gobierno Nacional deberá presupuestar la totalidad de los recaudos de las sub-cuentas de solidaridad y ECAT. Por ningún motivo el valor presupuestado puede ser inferior al valor recaudado por estas sub.-cuentas en la vigencia anterior, más la inflación. Los recursos de la UPC no podrán destinarse al pago de pensiones a cargo de las Empresas Promotoras de Salud (EPS's).

Artículo 10. º: Modifícase el inciso primero del artículo 204 de la ley 100 de 1993, el cual quedará así:

Artículo 204. Monto y distribución de las cotizaciones. La cotización al régimen contributivo de Salud será, a partir del primero (1) de enero del año **2007**, del **12,5%** del ingreso o salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo. La cotización a cargo del empleador será del **8.5%** y a cargo del empleado del **4%**. **Uno punto cinco (1,5)** de la cotización serán trasladados a la subcuenta de Solidaridad del FOSYGA para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado. Las cotizaciones que hoy tienen para salud los regímenes especiales y de excepción se incrementarán en **cero punto cinco por ciento (0,5%)**, a cargo del empleador, que será destinado a la sub-cuenta de solidaridad para completar el **uno punto cinco** a los que hace referencia el presente artículo. El **cero punto cinco por ciento (0,5%)** adicional reemplaza en parte el

incremento del punto en pensiones aprobado en la ley 797 de 2003, el cual **sólo** será incrementado por el Gobierno Nacional en **cero punto cinco por ciento (0,5%)**.

Artículo 11º: Modificase el artículo 214 de la ley 100, el cual quedará así:

Artículo 214: Recursos del Régimen subsidiado. El régimen subsidiado se financiará con los siguientes recursos:

1) De las entidades territoriales.

a. Los recursos del Sistema General de Participaciones en salud – SGP.S que se destinarán previo concepto del CONPES, y en una forma progresiva al régimen subsidiado en salud: en el año 2007 el 56%, en el año 2008 el 61% y a partir del año 2009 el 65%, porcentaje que no podrá ser superado. El porcentaje restante se destinará, de acuerdo a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional para financiar la atención de la población pobre no asegurada, las actividades no cubiertas por subsidio a la demanda y a las acciones en salud pública.

b. Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA a las entidades territoriales, que no estén asignados por Ley a pensiones, funcionamiento e investigación. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial.

c. Sin perjuicio de lo previsto en el primer inciso del artículo 60 de la Ley 715 de 2001, a partir del año 2009, del monto total de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y el Distrito Capital, se destinarán por lo menos el **25%** 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. Para los años 2007 y 2008 se mantendrá en pesos constantes el monto de los recursos de rentas cedidas asignados al régimen subsidiado en la vigencia 2006.

d. Otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la financiación del régimen subsidiado.

e. Los recursos propios y los demás que asignen las entidades territoriales al régimen subsidiado, diferentes a los que deben destinar por Ley, deberán estar garantizados de manera permanente.

2) Del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA.

a. Uno punto cinco de la cotización del régimen contributivo y de los regímenes especiales y de excepción.

b. El Gobierno Nacional aportará un monto por lo menos igual en pesos constantes más un punto anual adicional a lo aprobado en el presupuesto de la vigencia del año 2007 cuyo monto fue de doscientos ochenta y seis mil novecientos cincuenta y tres millones de pesos (\$286.953.000.000, 00). En todo caso el Gobierno Nacional garantizará los recursos necesarios para cumplir con el proceso de universalización de la población de SISBEN I, II y III en los términos establecidos en la presente ley.

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

3) Otros.

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

b. Los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el régimen subsidiado.

c. El 15% de los recursos adicionales que a partir de 2007 reciban los municipios, distritos y departamentos como participación y transferencias por concepto de impuesto de rentas sobre la producción de las empresas de la industria petrolera causada en la zona de Cupiagua y Cusiana.

d. Los recursos que aporten los afiliados que tienen derecho a subsidio parcial y que quieran optar al subsidio pleno o al POS del régimen contributivo.

Parágrafo. Los recursos del régimen subsidiado de salud transferidos por el Sistema General de Participaciones y el Fondo de Solidaridad y Garantía se distribuirán dentro de los municipios y distritos con criterio de equidad territorial. En todo caso, se garantizará la continuidad del aseguramiento de quienes lo han adquirido, siempre y cuando cumplan los requisitos para estar en el régimen subsidiado.

Artículo 12°. Pago de Deudas al régimen subsidiado. Autorízase a los municipios y departamentos para destinar por una sola vez, recursos no comprometidos, provenientes del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP) y del Fondo Nacional de Regalías, para el pago de las deudas con el régimen subsidiado de salud vigentes a 31 de diciembre de 2004, que hayan sido registradas en los estados financieros de las ARS a diciembre de 2005. Si las ARS (a partir de esta ley EPS del régimen subsidiado) con las que se tengan estas cuentas le adeudan a la red de prestadores, el FAEP y el Fondo Nacional de Regalías, realizarán el giro directo a las instituciones prestadoras de servicios de salud de la red pública, previa revisión de las cuentas pendientes con el régimen subsidiado.

Artículo 13°: Flujo y Protección de los recursos. Los actores responsables de la administración, flujo y protección de los recursos deberán acogerse a las siguientes normas:

a. El gasto de los recursos de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA se programará anualmente por un valor no inferior al recaudo del año anterior incrementado por la inflación causada y se girará, a las entidades territoriales por trimestre anticipado previo

cumplimiento de la radicación de los contratos, la acreditación de cuentas maestras y el envío y cruce de la base de datos de los afiliados, sin que sean exigibles otros requisitos. El no cumplimiento oportuno de estos giros, generará las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo a lo establecido en la ley. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público girará por trimestre anticipado los recursos que por Presupuesto Nacional le correspondan al FOSYGA.

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

Las cuentas maestras deberán abrirse con entidades financieras que garanticen el pago de intereses a tasas comerciales aceptables, el incumplimiento de lo anterior acarreará las sanciones previstas en el artículo 2 de la presente ley. El Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia, dentro de los tres meses siguientes a la vigencia de la presente ley.

c. **Quedara así : Para garantizar el flujo de recursos a las IPS, las entidades territoriales girarán directamente a las IPS los recursos del régimen subsidiado bimestre anticipado, dentro de los primeros**

10 días de cada bimestre, mediante giro electrónico, a cuentas previamente registradas de entidades que estén debidamente habilitadas y mediante la presentación de facturas que cumplan lo previsto en el artículo 617 del Estatuto Tributario.

d. Las Entidades Promotoras de Salud **EPS** de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por **evento**, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial **en el caso del régimen subsidiado**. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura.

Parágrafo: El incumplimiento de lo señalado en el presente artículo dará lugar a las sanciones disciplinarias y fiscales y en caso de comprobarse negligencia o uso indebido de los recursos podrán incurrir en responsabilidad penal.

e. Quedara así Los municipios y distritos destinarán hasta el 2% de los recursos del régimen subsidiado, para financiar los servicios de interventoría de dicho régimen. La interventoría sólo podrá ser contratada con entidades previamente habilitadas departamentalmente y del Distrito Capital, a través de concursos de méritos, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social, y llevaran el acompañamiento de un representante del ministerio público como garantía a la transparencia e imparcialidad y objetividad del proceso de interventoría.

Adicionalmente, los municipios y distritos destinarán el 0,2% de los recursos del régimen subsidiado 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.

f. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, manejarán los recursos en cuentas maestras separadas para el recaudo y gasto en la forma que reglamente el Ministerio de la Protección Social. Sus rendimientos deberán ser invertidos en los Planes Obligatorios de Salud.

Parágrafo 1º: El Gobierno Nacional tomará todas las medidas necesarias para asegurar el flujo ágil y efectivo de los recursos del Sistema, utilizando de ser necesario, el giro directo y la sanción a aquellos actores que no aceleren el flujo de los recursos.

Parágrafo 2º. Los giros correspondientes al Sistema General de Participaciones para salud, destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se podrán efectuar

directamente a los actores del Sistema, en aquellos casos en que alguno de los actores no giren oportunamente. Este giro se realizará en la forma y oportunidad que señale el reglamento que para el efecto expida el Gobierno Nacional. Los mecanismos de sanción y giro oportuno de recursos también se deben aplicar a las EPS que manejan el régimen contributivo.

Parágrafo 3º. El Gobierno Nacional, antes de seis meses de la entrada en vigencia de la presente ley, establecerá los mecanismos que busquen eliminar la evasión y la elusión en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 4º. El Ministerio de la Protección Social ejercerá las funciones propias del consejo de administración del FOSYGA.

Parágrafo 5º. Cuando los Entes Territoriales o las Entidades Promotoras de Salud, EPS o ARS no paguen dentro de los plazos establecidos en la presente Ley a las Instituciones Prestadoras de Servicios, estarán obligadas a reconocer intereses de mora a la tasa legal vigente que rige para las obligaciones financieras.

Parágrafo 6º. Cuando las IPS no paguen oportunamente a los profesionales que les prestan sus servicios, estarán obligadas a reconocer intereses de mora a la tasa legal vigente que rige para las obligaciones financieras, de acuerdo con la reglamentación que, para ello expida el Ministerio de la Protección Social dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley.

CAPITULO IV DEL ASEGURAMIENTO

Artículo 14º. Organización del Aseguramiento. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la

autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Las entidades que a la vigencia de la presente ley administran el régimen subsidiado se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado. (EPS'S). Cumplirán con los requisitos de habilitación y demás que señala el reglamento.

A partir de la vigencia de la presente Ley el Sistema tendrá las siguientes reglas adicionales para su operación:

a. Se beneficiarán con subsidio total o pleno en el Régimen Subsidiado, las personas pobres y vulnerables clasificadas en los niveles I y II del SISBEN o del instrumento que lo remplace, siempre y cuando no estén en el régimen contributivo o deban estar en él o en otros regímenes especiales y de excepción.

Conservarán los subsidios quienes a la vigencia de la presente Ley cuenten con subsidios parciales y estén clasificados en los niveles I y II del SISBEN y las poblaciones especiales que el Gobierno Nacional defina como prioritarias.

Se promoverá la afiliación de las personas que pierdan la calidad de cotizantes o beneficiarios del régimen contributivo y que pertenezcan a los niveles I y II del SISBEN.

b. La ampliación de cobertura con subsidios parciales a nivel municipal se hará una vez se haya logrado una cobertura del 90% al régimen subsidiado de los niveles I y II del SISBEN y aplicará únicamente para personas clasificadas en el nivel III del SISBEN. Tendrán prioridad quienes hayan perdido su afiliación al régimen contributivo, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Ministerio de la Protección Social.

c. Los beneficiarios del nivel III del SISBEN que estén afiliados al Régimen Subsidiado mediante subsidios totales o parciales al momento de la entrada en vigencia de la presente ley y que hayan recibido su carné de régimen subsidiado de acuerdo a las reglas vigentes en el momento de la carnetización, mantendrán su condición siempre y cuando cumplan con los requisitos exigidos para ser beneficiarios.

d. El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos e incentivos para promover que la población del nivel III del SISBEN pueda, mediante los aportes complementarios al subsidio parcial, afiliarse al régimen contributivo o recibir los beneficios plenos del régimen subsidiado. La UPC de los subsidios parciales no podrá ser inferior al 50% del valor de la UPC-S.

e. La Comisión de Regulación en Salud actualizará anualmente el Plan Obligatorio de Salud buscando el acercamiento progresivo de los contenidos de los planes de los dos regímenes con tendencia hacia el que se encuentra previsto para el régimen contributivo.

f. El valor total de la UPC del Régimen Subsidiado será entregado a las EPS del régimen subsidiado. Las actividades propias del POS subsidiado incluidas las de promoción y prevención serán ejecutadas a través de las EPS del Régimen Subsidiado.

La prestación de los servicios para la atención de Promoción y Prevención se hará a través de la red pública contratada por las EPS del Régimen Subsidiado del respectivo municipio. Cuando las ESE's no tengan capacidad para prestar estos servicios de promoción y prevención o cuando los resultados pactados entre EPS del Régimen Subsidiado y las ESE's se incumplan, estos servicios podrán prestarse a través de otras entidades, previa autorización del Ministerio de la Protección social o en quien éste delegue. Los

municipios acordarán con las EPS del Régimen Subsidiado los mecanismos para que las atenciones en salud y de promoción y prevención se efectúen cerca a la residencia del afiliado, con agilidad y celeridad.

g. No habrá copagos ni cuotas moderadoras para los afiliados del Régimen Subsidiado en Salud clasificados en el nivel I del SISBEN o el instrumento que lo remplace.

h. No habrá períodos mínimos de cotización o periodos de carencia superiores a 26 semanas en el Régimen Contributivo. A los afiliados se les contabilizará el tiempo de afiliación en el Régimen Subsidiado o en cualquier EPS del Régimen Contributivo, para efectos de los cálculos de los periodos de carencia.

i. La afiliación inicial de la población de desplazados y desmovilizados cuyo financiamiento en su totalidad esté a cargo del FOSYGA se hará a una Entidad Promotora de Salud de naturaleza pública del orden nacional, sin perjuicio de que preserve el derecho a la libre elección en el siguiente periodo de traslado. El Gobierno Nacional reglamentará la afiliación de esta población cuando en el respectivo municipio no exista dicha oferta.

j. En aquellos casos de enfermedad de alto costo en los que se soliciten medicamentos no incluidos en el Plan de beneficios del régimen contributivo, las EPS llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos. Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el FOSYGA. El Ministerio de la Protección Social reglamentará el presente artículo, dentro de los seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley. En todo caso, cuando el FOSYGA haga el reconocimiento, el pago se hará sobre la base de

las tarifas mínimas definidas por la Comisión de Regulación en Salud.

k. Es responsabilidad de los aseguradores el implementar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se enmarquen dentro las prioridades definidas en el Plan Nacional de Salud Pública. La gestión y resultados de dichos programas serán monitoreados a través de los mecanismos de evaluación de que trata el artículo segundo de la presente Ley.

l. Por tratarse de una población dispersa geográficamente y con el fin de facilitar la operatividad en la atención en salud de la población de los departamentos de Amazonas, Caquetá, Guaviare, Guainia, Putumayo, Vichada y Vaupés, el Gobierno Nacional definirá los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud de dichas comunidades y fortalecerá el aseguramiento público en dichos Departamentos.

m. La población reclusa del país se afiliará al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional determinará los mecanismos que permitan la operatividad para que esta población reciba adecuadamente sus servicios.

Artículo 15º: Regulación de la integración vertical patrimonial y de la posición dominante. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud. Las EPS podrán distribuir este gasto en las proporciones que consideren pertinentes dentro de los distintos niveles de complejidad de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud.

El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la vigencia de la presente ley, las condiciones de competencia necesarias para evitar el abuso de posición dominante

o conflictos de interés, de cualquiera de los actores del sistema de salud.

Dese un período de transición de un (1) año para aquellas EPS que sobrepasen el 30% de que trata el presente artículo para que se ajusten a este porcentaje.

Parágrafo. Las EPS del Régimen Contributivo garantizarán la inclusión en sus redes de Instituciones Prestadoras de Salud de carácter público.

Artículo 16º: Contratación en el Régimen Subsidiado y EPS Públicas del Régimen Contributivo. Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutive. Dicho porcentaje será así:

Primer nivel de atención como mínimo el 80%

Segundo nivel de atención como mínimo el 60%

Tercer nivel de atención como mínimo el 50%

Cuarto nivel de atención como mínimo el 40%

Lo anterior estará sujeto al cumplimiento de requisitos e indicadores de calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas. Las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza pública del Régimen Contributivo, deberán contratar como mínimo el 60% del gasto en salud con las Eses escindidas del ISS siempre y cuando exista capacidad resolutive y se cumpla con indicadores de calidad y resultados, indicadores de gestión y tarifas competitivas.

Parágrafo. Se garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de éstos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.

Artículo 17º: Liquidación de contratos en el régimen subsidiado.

Los gobernadores y/o alcaldes tendrán un plazo de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley, para liquidar de mutuo acuerdo, en compañía de las EPS del Régimen Subsidiado, los contratos que hayan firmado las Entidades territoriales como consecuencia de la operación del Régimen Subsidiado, y que tengan pendiente liquidar en cada Entidad Territorial.

En los casos en que no haya acuerdo para la liquidación o que los entes territoriales no lo hagan una vez vencido el plazo señalado en el presente artículo, el Ministerio de la Protección Social reglamentará el mecanismo por el cual se permita que, a través de un mecanismo de arbitramento técnico se proceda a la liquidación de los mismos, en el menor tiempo posible.

Artículo 18º. Aseguramiento de los independientes contratistas de prestación de servicios.

Los independientes contratistas de prestación de servicios cotizarán al Sistema General de Seguridad Social en Salud el porcentaje obligatorio para salud sobre una base de la cotización máxima de un 40% del valor mensualizado del contrato. El contratista podrá autorizar a la entidad contratante el descuento y pago de la cotización sin que ello genere relación laboral.

Para los demás contratos y tipos de ingresos el Gobierno Nacional reglamentará un sistema de presunción de ingresos con base en la información sobre las actividades económicas, la región de operación, la estabilidad y estacionalidad del ingreso.

Parágrafo. Cuando el contratista pueda probar que ya está cotizando sobre el tope máximo de cotización, no le será aplicable lo dispuesto en el presente artículo.

Artículo 19º: Aseguramiento del Alto Costo. Para la atención de enfermedades de alto costo las entidades promotoras de salud contratarán el reaseguro o responderán, directa o colectivamente por dicho riesgo, de conformidad con la reglamentación que sobre la materia expida el Gobierno Nacional.

Artículo 20º. Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda. Las Entidades territoriales contratarán con Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, la atención de la población pobre no asegurada y lo no cubierto por subsidios a la demanda. Cuando la oferta de servicios no exista o sea insuficiente en el municipio o en su área de influencia, la entidad territorial, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o por quien delegue, podrá contratar con otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud debidamente habilitadas.

Parágrafo. Se garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país. Las EPS o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar la prestación y pago de servicios a las IPS que atiendan sus afiliados, cuando estén causados por este tipo de servicios, aún sin que medie contrato. El incumplimiento de esta disposición, será sancionado por la Superintendencia Nacional de Salud con multas, por una sola vez o sucesivas, hasta de 2000 salarios mínimos legales mensuales vigentes (SMLMV) por cada multa, y en caso de reincidencia podrá conllevar hasta la pérdida o cancelación del registro o certificado de la institución.

Artículo 21º: Movilidad entre Regímenes. Con el ánimo de lograr la permanencia en el Sistema, los afiliados al régimen subsidiado que ingresen al régimen contributivo deberán informar tal circunstancia a la entidad territorial para que proceda a suspender su afiliación la cual se mantendrá por un año, termino dentro del cual podrá reactivarla.

Artículo 22º: Del subsidio a la cotización: Aquellas personas que teniendo derecho al régimen subsidiado pero que, hayan cotizado al régimen contributivo dos (2) años dentro de los últimos cuatro (4) años, tendrán prioridad en cualquier programa de subsidio a la cotización que como desarrollo de la presente ley, se implemente en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo. El Subsidio a la cotización, una vez sea definido por la Comisión de Regulación en Salud, se mantendrá por lo menos durante un año a los beneficiarios del mismo.

Artículo 23º: Obligaciones de las Aseguradoras para garantizar la Integralidad y continuidad en la Prestación de los Servicios. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios del mismo. Así mismo las citas médicas deben ser fijadas con la rapidez que requiere un tratamiento oportuno por parte de la EPS, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondiente.

El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la expedición de la presente ley, los límites de afiliación a las entidades promotoras de salud, previo estudio técnico que se realice de acuerdo a las capacidades técnicas, científicas y administrativas de las mismas.

Artículo 24º. Afiliación de las entidades públicas al Sistema General de Riesgos Profesionales. A partir de la vigencia de la presente ley todas las entidades públicas del orden nacional, departamental, distrital ó municipal podrán contratar directamente con la administradora de riesgos profesionales del Instituto de Seguros Sociales, de no ser así, deberán seleccionar su administradora de riesgos profesionales mediante concurso público, al cual se invitará obligatoriamente por lo menos a una administradora de riesgos profesionales de naturaleza pública. Lo dispuesto en este artículo no será aplicable a los regímenes de excepción previstos en el artículo 279 de la Ley 100 de 1993.

CAPITULO V

DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

Artículo 25º: De la Regulación en la prestación de servicios de salud. Con el fin de regular la prestación de los servicios de salud, el Ministerio de la Protección Social definirá:

- a. Los requisitos y el procedimiento para la habilitación de nuevas Instituciones prestadoras de servicios de salud teniendo en cuenta criterios poblacionales, epidemiológicos, financieros, socioeconómicos y condiciones del mercado. Toda nueva Institución Prestadora de Servicios de Salud, habilitará en forma previa al inicio de actividades, ante el Ministerio de la Protección Social los servicios de salud que pretenda prestar. El Ministerio podrá delegar la habilitación en las entidades territoriales.
- b. Definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de los usuarios por parte de las EPS y de los

entes territoriales, para evitar la distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo.

c. El diseño de un sistema de clasificación de IPS, con base en los indicadores, que provea el sistema obligatorio de garantía de calidad relacionado con el Sistema Tarifario, de manera que incentive a las IPS para ascender en su clasificación y optar por mejores tarifas.

d. Los mecanismos para que las EPS, de los diferentes regímenes, garanticen a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en la red ofrecida por la aseguradora en su área de influencia, sin perjuicio de lo previsto en la presente ley como porcentaje mínimo a contratar con la red pública de prestación de servicios en el régimen subsidiado.

Parágrafo 1. El usuario que vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o que se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y ésta no sea cierta, podrá cambiar de aseguradora sin importar el tiempo de permanencia en ésta. El traslado voluntario de un usuario podrá hacerse a partir de un año de afiliado a esa EPS según reglamentación que para dichos efectos expida el Ministerio de la Protección Social. La Superintendencia Nacional de Salud podrá delegar en las entidades territoriales la autorización de estos traslados. La aseguradora que incurra en las causales mencionadas en el presente artículo será objeto de las sanciones establecidas en la ley por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, salvo las limitaciones a la libre elección derivadas del porcentaje de obligatoria contratación con la red pública.

Parágrafo 2. Autorízase al Ministerio de la Protección Social para certificar, previo el lleno de los requisitos, a los municipios capitales de departamentos, que a la entrada en vigencia de la presente ley,

no hayan sido certificados para el manejo autónomo de los recursos destinados a la salud.

Parágrafo 3. El servicio de salud a nivel territorial se prestará mediante la integración de redes, de acuerdo con la reglamentación existente.

Artículo 26º. De la prestación de servicios por parte de las instituciones públicas. La prestación de servicios de salud por parte de las instituciones públicas solo se hará a través de Empresas Sociales del Estado (ESE's) que podrán estar constituidas por una o varias sedes o unidades prestadoras de servicios de salud. En todo caso, toda unidad prestadora de servicios de salud de carácter público deberá hacer parte de una Empresa Social del Estado, excepto las unidades de prestación de servicios de salud que hacen parte de las empresas industriales y comerciales del Estado y de aquellas entidades públicas cuyo objeto no es la prestación de servicios de salud. En cada municipio existirá una ESE o una unidad prestadora de servicios integrante de una ESE. En los municipios donde existan dos ESE's municipales y departamentales todos los servicios de primer nivel deberán ser contratados con la ESE municipal atendiendo a su capacidad resolutive y de oferta.

Los servicios de segundo nivel de atención, y los demás servicios deberán contratarse con la ESE departamental, siempre que tengan la capacidad resolutive y de oferta.

Parágrafo 1º. Cuando por las condiciones del mercado de su área de influencia, las ESE's no sean sostenibles financieramente en condiciones de eficiencia, las entidades territoriales podrán transferir recursos que procuren garantizar los servicios básicos

requeridos por la población, en las condiciones y requisitos que establezca el reglamento.

Parágrafo 2°. La Nación y las entidades territoriales promoverán los servicios de Telemedicina para contribuir a la prevención de enfermedades crónicas, capacitación y a la disminución de costos y mejoramiento de la calidad y oportunidad de prestación de servicios como es el caso de las imágenes diagnósticas. Especial interés tendrán los Departamentos de Amazonas, Casanare, Caquetá, Guaviare, Guainía, Vichada y Vaupés.

Parágrafo 3°. Las empresas sociales del estado de nuestro país deberán establecer la sistematización y conectividad en sus hospitales, para interconectarse entre sí y con la Nación , promoviendo la salud en red dinamizando así los servicios de telemedicina. El presente parágrafo tendrá un período hasta de un año para su implementación.

Artículo 27°: Regulación de las Empresas Sociales del Estado. El Gobierno Nacional reglamentará dentro de los seis meses a partir de la vigencia de la presente ley, los siguientes aspectos:

- a. Los requisitos para la creación, transformación, categorización, organización, y operación de las Empresas Sociales del Estado, teniendo en cuenta los siguientes criterios: Población, densidad poblacional, perfil epidemiológico, área de influencia, accesibilidad geográfica y cultural, servicios que ofrece, grado de complejidad, capacidad instalada, capital de trabajo, producción, sostenibilidad, diseño y la participación de la Empresa Social del Estado (ESE) en la red de su área de influencia.
- b. La forma de constituir Empresas Sociales del Estado cuando se trata de empresas de propiedad de varias entidades territoriales que se asocian.

c. Las condiciones y requisitos para que la Nación y las entidades territoriales puedan transferir a las Empresas Sociales del Estado (ESE's), recursos cuando por las condiciones del mercado las ESE's, en condiciones de eficiencia, no sean sostenibles.

d. Los mecanismos de conformación, las funciones y funcionamiento de las juntas directivas del nivel nacional, departamental, distrital y municipal. En todo caso éstas deberán estar integradas en forma tal que un tercio de sus integrantes estén designados por la comunidad, un tercio represente el sector científico de la salud y un tercio al sector político-administrativo.

Parágrafo 1º. Mientras el Gobierno Nacional reglamente el presente artículo, y a partir de la vigencia de la presente ley, cualquier creación o transformación de una nueva Empresa Social del Estado (ESE) deberá tener previamente, el visto bueno del Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 2º. Las Instituciones Prestadoras de Salud públicas que en el momento vienen funcionando y tienen contratación vigente podrán continuar su ejecución, y dispondrán de un año a partir de la fecha de la vigencia de la presente ley para transformarse en Empresas Sociales del Estado o afiliarse a una.

Parágrafo 3º. Por ser de categoría especial de entidad pública descentralizada, el Gobierno Nacional expedirá seis meses después de la entrada en vigencia de la presente ley, la reglamentación en lo referido a conformación de juntas directivas, nombramiento, evaluación y remoción de gerentes, régimen salarial, prestacional, sistemas de costos, información, adquisición y compras de las Empresas Sociales del Estado.

Parágrafo 4. Para los Departamentos nuevos creados por la Constitución de 1991 en su artículo 309, que presenten condiciones

especiales, y el Departamento del Caquetá, el Ministerio de la Protección Social reglamentará en los seis meses siguientes a la expedición de esta Ley, la creación y funcionamiento de las Empresas Sociales del Estado, con los servicios especializados de mediana y alta complejidad requeridos, priorizando los servicios de Telemedicina.

La Contratación de servicios de Salud para las Empresas Sociales del Estado de estos Departamentos se realizará preferiblemente con las EPS públicas administradoras del régimen subsidiado, las cuales se fortalecerán institucionalmente.

Artículo 28º. De los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado.

Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por períodos institucionales de cuatro (4) años, mediante concurso de méritos que deberá realizarse dentro de los tres meses, contados desde el inicio del período del Presidente de la República o del Jefe de la Entidad Territorial respectiva, según el caso. Para lo anterior, la Junta Directiva conformará una terna, previo proceso de selección de la cual, el nominador, según estatutos, tendrá que nombrar el respectivo Gerente.

Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado podrán ser reelegidos por una sola vez, cuando la Junta Directiva así lo proponga al nominador, siempre y cuando cumpla con los indicadores de evaluación conforme lo señale el Reglamento, o previo concurso de méritos.

En caso de vacancia absoluta del gerente deberá adelantarse el mismo proceso de selección y el período del gerente seleccionado culminará al vencimiento del período institucional. Cuando la vacancia se produzca a menos de doce meses de terminar el respectivo periodo, el Presidente de la República o el jefe de la administración Territorial a la que pertenece la ESE, designará gerente.

Parágrafo Transitorio. Los Gerentes de las ESE's de los niveles Departamental, Distrital y Municipal cuyo período de tres años termina el 31 de diciembre de 2006 o durante el año 2007 continuarán ejerciendo el cargo hasta el 31 de marzo de 2008.

Los gerentes de las ESE's nacionales que sean elegidos por concurso de méritos o reelegidos hasta el 31 de diciembre de 2007, culminarán su periodo el 6 de noviembre de 2010. Cuando se produzcan cambios de gerente durante este periodo, su nombramiento no podrá superar el 6 de noviembre de 2010 y estarán sujetos al cumplimiento de los reglamentos que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social.

Para el caso de los gerentes de las ESE's Departamentales, Distritales o Municipales que a la vigencia de la presente Ley hayan sido nombrados por concurso de méritos o reelegidos, continuarán ejerciendo hasta finalizar el período para el cual fueron nombrados o reelegidos, quienes los reemplacen para la culminación del período de cuatro años determinado en esta Ley, serán nombrados por concurso de méritos por un periodo que culminará el 31 de marzo de 2012. Todos los gerentes de las ESE's departamentales, distritales o municipales iniciarán periodos iguales el 1º de abril de 2012 y todos los gerentes de las ESE's nacionales iniciarán periodos iguales el 7 de noviembre de 2010.a

Parágrafo: Las empresas sociales del estado que a corte de 31 de diciembre del 2010, presenten un déficit prestacional y presupuestal, podrán aliviar dicho déficit con la consecución de créditos blandos con bajas tasas de interés en la banca nacional. Los estudios de aprobación y otorgamiento serán hechos por la entidad financiera donde sea apalancado el crédito con el aval o acompañamiento del Ministerio de La Protección Social, estos

créditos tendrán la vigilancia estricta del Ministerio Público, el no cumplimiento del pago oportuno de las obligaciones crediticias tendrá responsabilidad fiscal, penal y disciplinarias para los gerentes de las Empresas Sociales del Estado y Juntas Directivas de dichas entidades. El Ministerio de la Protección Social garantizará estos logros a través de indicadores de gestión y calidad. Las E.S.S que cumplan con esta norma tendrán derecho a la condonabilidad del crédito hasta en un 50% por parte de la nación.

Antonio José Correa Jiménez

Senador de la Republica

EXPOCISION DE MOTIVOS

ART. 4° El proyecto de Ley 1122 de 2007 se fundamenta lo siguiente:

1. El Ministerio de la Protección Social quien le preside, excepcionalmente podrá delegar solo en uno de sus viceministros.
2. El Ministro de Hacienda y Crédito Público, quien excepcionalmente podrá delegar solo en alguno de sus viceministros.
3. El Director de la Planeación Nacional quien no podrá delegar.
4. Un Representante de los Gobernadores del país el cual no podrá delegar sus funciones.

5. Un Representante de los Alcaldes del país
6. Cinco comisionados expertos, designados por el Presidente de la República, de ternas enviadas por diferentes entidades tales como: Asociación Colombiana de Universidades, Centros de Investigación en Economía de la Salud, Asociaciones de Profesionales de la Salud y Asociaciones de Usuarios debidamente organizados. El Gobierno Nacional reglamentara la materia.

La comisión de regulación en salud, es una comisión importante ya que de ella derivan todas las normas del Contributivo y Subsidiado, planes obligatorios en salud, planes en Beneficios, unidad de pago por capitación. Para cada Régimen se harán posibles beneficios en los planes entre otras funciones.

Es fundamental que el Ministro de Protección Social continúe presidiendo la comisión de regulación en salud como responsable del estamento político administrativo, ya que en cabeza de él está regular, fijar normas y directrices en materia de protección social, al igual es fundamental la permanencia del Ministro de Hacienda como garantía al manejo de recursos en salud pública. La inclusión del director de planeación nacional se fundamenta en la estrecha relación que existe con una de las fuentes primarias del financiamiento en salud, como es el sistema general de participaciones ya que el director nacional de planeación ejerce funciones de regulación en esa materia como las establecidas en el decreto 3517 del 2009 en coordinación con el Plan Nacional de Desarrollo.

Esto asegura una mejor distribución del presupuesto, en esta reforma queremos que la comisión este planificada y organizada con base a la estructura del Presupuesto Nacional.

Otras de las funciones principales es que estudia y evalúa el estado de cuantía de la deuda externa pública y privada y propone al Consejo Nacional de Política, Económica y Social, CONPES, las medidas necesarias para lograr el cumplimiento del Plan Nacional de Desarrollo sin exceder a la capacidad de endeudamiento del país.

De igual forma es importante resaltar que él DNP participa en el diseño, seguimiento y evolución de la política para el desarrollo de la ciencia, la tecnología y la innovación.

En cuanto a la inclusión de un gobernador y un alcalde en la CRES es importante en principio que la nación gire y viva entorno a lo que ocurre en los Distritos, Municipios y Departamentos, Debido a que el comité no tiene una información de primera mano de lo que ocurre en los entes territoriales y quien más que un representante de ellos para entregar dicha información; hoy se palpa una problemática en la que ellos pueden colaborar en pro de mejorar nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Teniendo en cuenta que son los ordenadores del gasto para ejercer acción de tutela sobre la salud de sus municipios y departamentos por lo que hacen parte de una cadena que necesita funcionalidad, objetividad y confianza para obtener un buenos resultados en nuestro sistema de salud, nos resulta fundamental que a espalda de ellos la salud no puede seguir trazando directrices de lo general a lo particular y de lo nacional a lo municipal, una de las formas como

se puede salir de la problemática es tomando atenta nota de lo que está pasando en los municipios, donde la salud se escapa de las manos de los alcaldes y pasa a particulares, es por esto que hay que devolver lo que es un principio constitucional del Estado.

ART.6°. De La comisión de regulación; es importante tener un secretario, con funciones, salarios establecidos y periodo fijo determinado en la ley, para que ejerza las labores de cualquier junta, corporación ò comité, para que convoque o estimule el cumplimiento de sus funciones. Lo ideal con esto, es que tenga las herramientas para que pueda desarrollar con autonomía lo que por Ley se le asigna.

Hoy la Comisión de Regulación después de creada con la Ley 1122-2007 tiene casi 3 años, que no ha presentado el primer informe de gestión, se supone que por normatividad le corresponde presentar un informe anual, las actividades que ha desarrollado en pro del SGSS, se debe a la ausencia de un secretario que tenga unas responsabilidades claras las cuales deben verse plasmadas en las actas de cada una de las reuniones que realice el comité, la cual derive en un informe de gestión que debe ser presentadas a la Comisión VII del Senado, es por esto que es fundamental que se tenga un secretario de la comisión, con una asignación salarial y con unas responsabilidades que debe establecer el ejecutivo después de que se promulgue la presenta ley a través de un decreto sancionatorio.

ART 8°. Es importante el cambio de financiación de la comisión de regulación en salud por sistema general de participación, ya que se viene diciendo que el FOSYGA ha colapsado por el déficit

presupuestal para el financiamiento de la salud de los colombianos y es por eso que se ha buscado, después de que la corte constitucional haya declarado inexecutable por sentencia C252 del 2010 y sentencia 289 del 2010, el decreto 131 del 21 de enero del 2010 ha buscado la presentación del honorable Congreso de la República donde sea objetiva la Ley 1393 del 12 de julio del 2010 para que la aumente la captación de los recursos al FOSIGA debido al déficit que este venía presentando se ve antagónico seguir cogiendo estos recursos para financiar el sistema ya que la realidad no muestra que no existen fondos en el, por eso hay que inclinarnos al sistema general de participaciones, como fuente para la financiación de este comité.

Es el Director de Planeación Nacional como miembro de dicho comité deberá ser quien garantice que los recursos del SGP los cuales son emitidos por los CONPES sociales en doceavas parte año tras año y que es elaborado por Planeación Nacional que este rubro presupuestal sirva para el financiamiento del comité, hoy se dice que el FOSYGA se encuentra lleno debido al alto compromiso en la inclusión de eventos no POS al POS y debido a los altos costos al financiamiento de la salud por eso se hace fundamental que los recursos para el sostenimiento de la comisión surjan del SGP como una clara evidencia desde la saturación del FOSYGA

Artículo 13º: Flujo y Protección de los recursos.

c. Los pagos, efectuados por la entidad territorial a las EPS prestadoras del régimen subsidiado se harán en forma bimestral anticipada dentro de los primeros 10 días de cada bimestre. Estos pagos se harán solo mediante giro electrónico, a cuentas

registradas por entidades que estén debidamente habilitadas y mediante la presentación de facturas que cumplan lo previsto en el artículo 617 del Estatuto Tributario.

No se podrá autorizar pagos directos de la EPS ya que con esto estaríamos de una u otra manera fortaleciendo las atribuciones y facultades de la misma, todo lo anterior queda derogado a partir de la vigencia del presente artículo. Los giros directos solo aplicaran a los prestadores mas no hacia las administradoras del régimen y solo aplicaran por lo decretado en lo legal vigente.

Los pagos directos a las EPS han contribuido para la concentración de poder de estas empresas promotoras y prestadoras de servicios de salud ellas además de administrar el régimen hoy se encuentran girando los recursos prácticamente aboliendo la acción de los alcaldes y gobernadores quien constitucionalmente y por ley responden por la salud de los ciudadanos de los municipios y departamentos, hoy se pregunta que es más importante ser gerente de una EPS, ser alcalde o gobernador de un departamento . La salud es un derecho constitucional y como derecho constitucional en vez de restarle protagonismo a la intermediación se lo estamos dando cada vez mas de manera indirecta con los giros a estas EPS, hoy no se entiende como muchas de ellas no le giran los recursos a los prestadores y tienen deudas de más de 180 días, no se explica cuando teniendo una suficiencia patrimonial y financiera en condición de habilitación de estas EPS ante el sistema deban tantos recursos y hayan hecho colapsar nuestro SGSS con esto se está asumiendo que los alcaldes y gobernadores son los verdaderos responsables por ende buscamos con este cambio en el parágrafo 6 del artículo 13 que los pagos directos se le realicen

únicamente y exclusivamente en los casos que se determinen en el decreto No 3260 el cual autoriza el giro directo de acuerdo a unos parámetros, queremos que este giro sea verdaderamente excepcional cuando los alcaldes y gobernadores incumplan con los recursos que ellos administran con el FRP municipal de recursos propios municipales, recursos de SGP departamental y los recursos propios departamentales y otros

Artículo 13º: Flujo y Protección de los recursos.

d. Las Entidades Promotoras de Salud **EPS** de ambos regímenes, pagarán los servicios a los Prestadores de Servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por **evento**, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación. En caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura, siempre y cuando haya recibido los recursos del ente territorial **en el caso del régimen subsidiado**. De lo contrario, pagará dentro de los quince (15) días posteriores a la recepción del pago. El Ministerio de la Protección Social reglamentará lo referente a la contratación por capitación, a la forma y los tiempos de presentación, recepción, remisión y revisión de facturas, glosas y respuesta a glosas y pagos e intereses de mora, asegurando que aquellas facturas que presenten glosas queden canceladas dentro de los 60 días posteriores a la presentación de la factura.

El incumplimiento de este párrafo incurriría en sanciones y fiscales para las entidades promotoras de salud EPS, si por negligencia o por uso indebido de los recursos estos casos omisos al presente párrafo podrán incurrir en responsabilidades disciplinarias penales ya que del pago oportuno y el flujo adecuado de recursos dependerá directamente de la adecuada prestación del servicio de salud, fundamentada en el principio de calidad.

Las entidades promotoras de salud EPS de ambos regímenes pagaran los servicios prestados los servicios de salud habilitados mes anticipados en un cien por ciento lo establece la norma hoy en día eso no viene cumpliendo ya que de una u otra manera la cartera más baja es a 90 días, hoy esto ha repercutido en la calidad de la prestación de servicios de salud, ha debilitado las rentas presupuestales de los hospitales públicos de nuestro país ocasionando la más grande crisis hospitalaria jamás vista en nuestro país, hoy existen mas hospitales con un pasivo alto, prestacional alto que hospitales con indicadores de calidad y gestión adecuados, esto se debe a que las EPS no le han girado los recursos a los prestadores de la salud como lo establece el artículo 13 en su párrafo D, es importante que este cumplimiento ya sea para los contratos de capitación o para los contratos por eventos hacia los prestadores sea penalizado como debe ser con sanciones severas para estas entidades promotoras de salud, ya que ellas para ser habilitadas demostraron una suficiencia patrimonial y financiera las cuales en la realidad de nuestro país hoy no lo están demostrando con la alta cartera en mora, que tienen con los prestadores de hospitales públicos ellas han causado en gran manera el gran cierre de los hospitales públicos de nuestro país los

que no se han cerrado han sido por normatividad porque la gran mayoría en la costa atlántica de nuestro país están al borde del cierre, por eso es fundamental que el incumplimiento al giro oportuno de los recursos como lo establece el parágrafo, Estas EPS deben ser sancionadas disciplinaria y penalmente ya que el ministerio publico debe coadyuvar a garantizar ese derecho constitucional que hoy es vulnerado en nuestro país es deber del ministerio publico sancionar disciplinariamente a los gerentes de EPS, a las directivas y a las mismas EPS para que no contraten mas con el estado para que de una u otra manera se declare la muerte publica de estas entidades que no cumplan con los giros oportunos de los recursos, sanciones por que han causado un detrimento en el patrimonio público de los colombianos en la calidad de vida por eso es necesario que la contraloría también ejerza acción de tutela sobre los giros de estas EPS, las que no cumplan también se deben sancionar, si se encuentran hallazgos fiscales trascendentales, que por omisión de los pagos e incumplimiento de éstas se prolonguen muertes y se vea afectado el derecho a la vida” como un derecho fundamental contemplado así en nuestra constitución” por no haberse prestado el servicio de salud debidamente, y por no haberse hecho el giro a estas EPS, una vez demostrado debe sancionarse penalmente contando con la colaboración eficaz de la Fiscalía General de las Nación.

e. **Quedara así, Los municipios y distritos destinarán hasta el 2% de los recursos del régimen subsidiado, para financiar los servicios de interventoría de dicho régimen. La interventoría sólo podrá ser contratada con entidades habilitadas departamental y de Distrito Capital, a través de concursos de méritos, de acuerdo con la**

reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social, y llevaran el acompañamiento de un representante del ministerio público como garantía a la transparencia e imparcialidad y objetividad del proceso de interventoría.

Adicionalmente, los municipios y distritos destinarán el 0,2% de los recursos del régimen subsidiado 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.

EXPOCISION DE MOTIVOS Es importante que se dé variación al parágrafo E del artículo 13 ya que en el momento se contrata la interventoría con el 0,004% lo que resulta irrisorio en contratos de treinta mil millones de pesos los cuales viene siendo auditados por profesionales idóneos de la salud, los cuales devengan miserables recursos por un régimen que cuesta dinero intervenir a las EPS, esto en el país ha indicado que ha sido pocas las interventorias eficaces que las EPS han sacado de los municipios distritos y capitales y de departamentos, prueba de esto es que los informes más que una interventoría idónea lo que se convierten en solo elogios hacia las EPS, no se entiende porque elogios cuando cada día es mayor la deuda que tienen las EPS con los prestadores de servicios de salud si es mayor la deuda se está ganando el decreto 050 y se viola el flujo oportuno de recursos y por lo tanto es una de las causales para sacar de la prestación de servicio el aseguramiento a una EPS del municipio, esto se ha venido vulnerando y hoy son cada vez mayores el déficit que tienen las

entidades hospitalarias y las entidades privadas ya que las EPS no tiene la suficiencia patrimonial para pagar bimestre anticipado como lo establece la norma por eso queremos una interventoría que tenga un adecuado pago a los interventores recordemos que estamos velando por el derecho a la vida de los ciudadanos y por eso queremos aumentar hasta un 2% porque tenemos evidencias de podrían existir sobornos con ese 0.004% solicitamos muy respetuosamente se aumente el monto de hasta el 2% para que sean unas interventorias mas técnicas y eficaces, que busquen mejoría en la calidad de la atención en salud una interventoría que no le quepa ningún temor en sancionar o en excluir de la prestación de servicios en un municipio a una de estas grandes EPS no solamente estaríamos incrementándoles a esta interventoría el valor de su asignación hasta un 2% también le aumentamos la responsabilidades por que debe ser contratada previamente con entidades habilitadas a nivel departamental y el distrito capital a través de concurso de meritos que sean los interventores los mas altamente técnicos especializados en la materia de auditorías concurrentes y auditorias del régimen subsidiado por eso vamos a solicitar en este párrafo que se modifique el acompañamiento del representante del ministerio publico como garantía de transparencia e imparcialidad y objetividad del proceso de

Causales para sancionar a una EPS y no lo hace y lo omite este asumirá la responsabilidad disciplinaria por eso de ahora en adelante estas actas de interventorias llevaran la firma de un delegado del representante del ministerio publico o un delegado especializado del ministerio publico.

Artículo 16º: Quedara así Contratación en el Régimen Subsidiado y EPS Públicas del Régimen Contributivo. Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutive. Dicho porcentaje será así:

Primer nivel de atención como mínimo el 80%

Segundo nivel de atención como mínimo el 60%

Tercer nivel de atención como mínimo el 50%

Cuarto nivel de atención como mínimo el 40%

Lo anterior estará sujeto al cumplimiento de requisitos e indicadores de calidad y resultados, oferta disponible, indicadores de gestión y tarifas competitivas. Las Entidades Promotoras de Salud de naturaleza pública del Régimen Contributivo, deberán contratar como mínimo el 60% del gasto en salud con las Eses escindidas del ISS siempre y cuando exista capacidad resolutive y se cumpla con indicadores de calidad y resultados, indicadores de gestión y tarifas competitivas.

El Ministerio de la Protección Social reglamentará este artículo de tal manera que permita la distribución adecuada de este porcentaje en los diferentes niveles de complejidad, teniendo en cuenta la diversidad de las diferentes Entidades Territoriales.

Parágrafo. Se garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados, salvo cuando a juicio de éstos sea más favorable recibirlos en un municipio diferente con mejor accesibilidad geográfica.

EXPOSICION DE MOTIVOS La Contratación en el régimen subsidiado y EPS publicas del régimen contributivo: Las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado tendrán una contratación obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las empresas sociales del estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado siempre y cuando exista allí correspondiente capacidad resolutive dicho porcentaje seria variado en la reforma de este articulo 16 así: en el primer nivel de atención estaríamos como mínimo el porcentaje a contratar seria del 80% con las ESS del primer nivel, con el segundo nivel de atención como mínimo un 60% el tercer nivel de atención como mínimo el 50% y con el cuarto nivel de atención como mínimo el 40%, queremos de u otra manera establecer el fortalecimiento con este articulo incrementar el fortalecimiento de la red pública ya que las EPS con el anterior artículo que decía “hasta el 60%” sumaban entre los cuatro niveles ese 60%, lo que les daba por supuesto una afectación del primer nivel de atención y del mismo segundo nivel de atención, los primeros niveles de atención las ESS municipales que son los reservorios los centros de atención primarios de la población más sufrida y maltratada de nuestro país de los municipios pobres hay que fortalecerla y hay que fortalecerla que las ESS estas ESS municipales que viene sufriendo una de sus crisis más grandes en la historia de las empresas publicas hospitalarias del país, debemos legislar en favor de ellas y por eso debemos acabar con el negocio particular de las EPS privadas, y debemos incrementar la contratación que tengan estas EPS con las entidades estatales para que lo público se solvente, para que lo publico salga de la crisis y para que tengan platica para pagarles a los trabajadores de la salud no es justo que

hoy trabajadores del primer y segundo nivel atención se les deba hasta 5 y 6 salarios caídos, no es justo que a las enfermeras se les deba hasta 8 meses caídos, no es justo que a los especialistas se les deba hasta 6 meses caídos esto porque no se está contratando adecuadamente con las ESS municipales lo que ha incrementado significativamente el déficit presupuestal y eso se ha visto reflejado en la calidad de la prestación del servicio, hoy no hay insumos porque no hay plata en los hospitales debemos mejorar la situación en el porcentaje de contratación y esto va en razón al fortalecimiento de lo público, por eso queremos que como mínimo se dé un 80% como mínimo en el primer nivel de atención, como mínimo debe darse un 60% en el segundo nivel de atención, como mínimo se debe dar un 50% en el tercer nivel de atención debido a la poca capacidad resolutive que tenemos los hospitales públicos y ahí tenemos que ser tolerantes con la parte privada y en el cuarto nivel de atención ocurre la misma situación y como mínimo debemos tener hasta un 40% porque hay poca capacidad resolutive, para este cuarto nivel de atención en los públicos buscamos es que de una u otra manera se den medidas que vayan en pro del fortalecimiento Presupuestal de las ESS del primer y segundo nivel de nuestro país, ESS publicas y que ayudemos a que esos pobres trabajadores que tanto recursos se les debe y a los pacientes que se les está vulnerando el derecho constitucional a la vida se le devuelva ese derecho. Art. 11 del Cáp.1 derechos fundamentales **“El derecho a la vida es inviolable”**. En cuanto a las entidades promotoras de la naturaleza pública del régimen contributivo deberán contratar como lo establecía el pasado articulo como mínimo el 60% del gasto en salud con las ESS exigidas del ISS siempre y cuando exista capacidad resolutive y se cumpla

con indicadores de calidad y resultados de indicadores de gestión y tarifas competitivas

artículo 26º. Quedara así De la prestación de servicios por parte de las instituciones públicas. La prestación de servicios de salud por parte de las instituciones públicas solo se hará a través de Empresas Sociales del Estado (ESE's) que podrán estar constituidas por una o varias sedes o unidades prestadoras de servicios de salud. En todo caso, toda unidad prestadora de servicios de salud de carácter público deberá hacer parte de una Empresa Social del Estado, excepto las unidades de prestación de servicios de salud que hacen parte de las empresas industriales y comerciales del Estado y de aquellas entidades públicas cuyo objeto no es la prestación de servicios de salud. En cada municipio existirá una ESE o una unidad prestadora de servicios integrante de una ESE. En los municipios donde existan dos ESE's municipales y departamentales todos los servicios de primer nivel deberán ser contratados con la ESE municipal deduciendo a su capacidad resolutive y de oferta, los servicios de segundo y demás niveles serán contratados por su capacidad resolutive y de oferta.

EXPOCISION DE MOTIVOS La prestación de salud por parte de las instituciones públicas solo será a través de empresas sociales del estado ESS que podrán estar constituidas por una o varias sedes o unidades prestadoras de servicios de salud en todo caso toda unidad prestadora de salud de carácter público deberá ser parte de una ESE excepto las unidades de prestación de servicios de salud que hacen parte de las empresas industriales y comerciales del

estado y aquellas entidades públicas cuyo objeto no es la prestación de servicios de salud, en cada municipio existirá una ESE o una Unidad prestadora de servicios integrantes de una ESE. En los municipios donde existan 2 ESS una municipal y una departamental todos los servicios de primer nivel deberán ser contratados con la ESE municipal deduciendo su capacidad claro está teniendo en cuenta su capacidad resolutive y de oferta, los servicios de segundo y demás niveles serán contratados con la ESE del segundo nivel dependiendo su capacidad resolutive y capacidad de oferta. La ESE de primer nivel tendrá y será del orden municipal. La ESE del segundo nivel tendrá responsabilidad y será del orden departamental. La del primer nivel solo atenderá pacientes y actividades del primer nivel de atención. Las del segundo nivel que son responsabilidad del departamento solo atenderá pacientes y prestara servicios de atención del segundo nivel de atención, esto debido a que los municipios sustentan la labor de la atención primaria del primer nivel de los SGP que le llegan al municipio y es responsabilidad de los alcaldes velar por la salud de los ciudadanos del municipio, los departamentos son los que les llegan los recursos del SGP en que tienen que ver con la atención del segundo nivel y tercer nivel de atención para los pacientes de oferta por lo tanto seguirán siendo responsabilidad de los departamentos, con esto buscaremos un orden y buscaremos que no se mezcle la atención para que no haya una conglomeración en un solo prestador, lo que buscamos es la descongestión de los hospitales, lo que buscamos es la especialidad dentro de los hospitales y lo que buscamos es la idoneidad en los prestadores de servicios de salud y la responsabilidad de los municipios y departamentos con esto se aboliría las funciones donde hay ESS municipales y

departamentales en un sola, las fusiones solo sirven para desorden solo sirven para congestión y solo sirven para desorientar las actividades de una salud que debe ir mas hacia lo preventivo por lo tanto las ESS municipales que tienen esa labor de atender el primer nivel se deben enfatizar en que existan dentro del municipio pacientes sanos y las ESS departamentales en que se hagan las actividades propias que tienen que ver con el Segundo nivel como las cirugías etc.

Artículo 28º. De los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado.

Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado serán nombrados por períodos institucionales de cuatro (4) años, mediante concurso de méritos que deberá realizarse dentro de los tres meses, contados desde el inicio del período del Presidente de la República o del Jefe de la Entidad Territorial respectiva, según el caso. Para lo anterior, la Junta Directiva conformará una terna, previo proceso de selección de la cual, el nominador, según estatutos, tendrá que nombrar el respectivo Gerente.

Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado podrán ser reelegidos por una sola vez, cuando la Junta Directiva así lo proponga al nominador, siempre y cuando cumpla con los indicadores de evaluación conforme lo señale el Reglamento, o previo concurso de méritos.

En caso de vacancia absoluta del gerente deberá adelantarse el mismo proceso de selección y el período del gerente seleccionado culminará al vencimiento del período institucional. Cuando la vacancia se produzca a menos de doce meses de terminar el respectivo periodo, el Presidente de la República o el jefe de la administración Territorial a la que pertenece la ESE, designará gerente.

Parágrafo Transitorio. Los Gerentes de las ESE's de los niveles Departamental, Distrital y Municipal cuyo período de tres años termina el 31 de diciembre de 2006 o durante el año 2007 continuarán ejerciendo el cargo hasta el 31 de marzo de 2008.

Los gerentes de las ESE's nacionales que sean elegidos por concurso de méritos o reelegidos hasta el 31 de diciembre de 2007, culminarán su periodo el 6 de noviembre de 2010. Cuando se produzcan cambios de gerente durante este periodo, su nombramiento no podrá superar el 6 de noviembre de 2010 y estarán sujetos al cumplimiento de los reglamentos que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social.

Para el caso de los gerentes de las ESE's Departamentales, Distritales o Municipales que a la vigencia de la presente Ley hayan sido nombrados por concurso de méritos o reelegidos, continuarán ejerciendo hasta finalizar el período para el cual fueron nombrados o reelegidos, quienes los reemplacen para la culminación del período de cuatro años determinado en esta Ley, serán nombrados por concurso de méritos por un periodo que culminará el 31 de marzo de 2012. Todos los gerentes de las ESE's departamentales, distritales o municipales iniciarán periodos iguales el 1º de abril de 2012 y todos los gerentes de las ESE's nacionales iniciarán periodos iguales el 7 de noviembre de 2010.

Parágrafo: Las empresas sociales del estado que a corte de 31 de diciembre del 2010, presentan un déficit, prestacional y presupuestal, podrían alinear dicho déficit con la consecución de créditos con bajas tasas de interés en la banca nacional, dichos estudios de aprobación serán hechos por la empresa del orden estatal, quien tendrá el deber de ser el acompañamiento, estudios de aprobación y otorgamiento del crédito en la compañía de la

banca nacional e internacional, dichos créditos tendrán la vigilancia estricta del ministerio público, el no cumplimiento del pago oportuno de los créditos tendrá responsabilidad fiscal, sanciones disciplinarias y penales, para los gerentes de las empresas sociales del estado y juntas directivas de estas entidades; esto se va a lograr de acuerdo a indicadores de gestión y calidad estandarizados por el MPS, los que cumplan con esta norma tendrán derecho que la condonabilidad del crédito sea hasta un 50% por parte de la nación.

EXPOCISION DE MOTIVOS

Es importante el cambio de este articulado ya que con ello ayudaremos a que la crisis hospitalaria más grande en la historia del país, con esto buscamos creer en lo público que lo podemos sacar adelante es mucho mejor que liquidar hospitales y luego entregarlos a terceros, modelo que ha incrementado el déficit en los mismos y que de una u otra manera la calidad en la prestación de los servicios y lo que verdaderamente se ha hecho es colocar lo público al servicio de lo privado.

Con esta medida buscaremos que se tenga acceso fácil a un crédito blando, con bajas tasas de interés y con la posibilidad de la condonar la deuda, es fundamental se le facilite esto a las ESE para salir de las crisis que hoy presentan y la única manera es otorgando créditos a través de una empresa de financiamiento que sirva de entidad y brinde un serio estudio técnico de la actual situación que ellos presentan y quien brinden asesoría técnica en los requisitos para acceder a créditos con la banca nacional para poder llevarlos hacia la aprobación de los mismos, es importante que se establezcan unos estándares de calidad, gestión y metas a

conseguir por parte de los hospitales para alcanzar a condonar los créditos donde se pueda dar después de un cumplimiento de estos estándares dados con cargo al gobierno nacional, con esto buscaremos que nuestros hospitales tengan una mejor facturación con adecuada prestación de los servicios de salud, una mejor gestión de cobro que busque que los administradores sean eficientes en el cobro de las cuentas por pagar por parte de las entidades que les adeudan esto se reflejara en la mejora sustancial en la calidad en la prestación de los servicios de salud, pago puntual a los trabajadores, tener más horas medicas y mejores instalaciones como también mejores equipos biomédicos, y por supuesto tener más recursos por venta de servicios que le permitan pagar las cuotas de dicho crédito.

Los gerentes y juntas directivas que no se han capaces de cumplir con estas metas y estándares a evaluar deberán asumir responsabilidades disciplinarias por incumplimiento del presente articulado, también se verán sometidos a falta fiscal la cual será asumida por los gerentes y juntas directivas con pagos por parte de ellos de las cuotas vencidas y no canceladas, en los casos donde se demuestre que por la inoperancia e irresponsabilidad de los gerentes se lleven casos en donde por falta de atención medica y a causa de su negligencia administrativa, el gerente y juntas directivas asumirán una responsabilidad penal.

Antonio José Correa Jiménez

Senador de la Republica