

PROYECTO DE LEY 011 DE 2010 SENADO.

por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y se dictan otras disposiciones
El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1º. Objeto. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante una 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. Asimismo, se fortalece la rectoría, la acción sostenible y conjunta de los actores del sistema, a partir de mejores incentivos, que siendo transparentes y efectivos, basados en la acción responsable y el seguimiento científico y riguroso de resultados e indicadores, permitirán la universalización de la cobertura con sostenibilidad, calidad, oportunidad, continuidad de los servicios y la movilidad de la afiliación, a la vez que se fortalece la inspección, la vigilancia y el control.

Artículo 2º. Principios. Modifíquese el artículo 2º de la Ley 100 de 1993, el cual quedará así:

¿Artículo 2º. Principios. El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, transversalidad, progresividad, equidad intersectorialidad, unidad, pertinencia y participación:

a) **EFICIENCIA.** *Es 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;*

b) **UNIVERSALIDAD.** *Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida;*

c) **SOLIDARIDAD.** *Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil.*

Es deber del Estado garantizar la solidaridad en el régimen de Seguridad Social mediante su participación, control y dirección del mismo.

Los recursos provenientes del erario público en el Sistema de Seguridad se aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables;

d) **INTEGRALIDAD.** *Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población;*

e) **PROGRESIVIDAD.** *La inclusión gradual y progresiva de los beneficios y los derechos, de acuerdo con la capacidad y el alcance de los medios necesarios para hacer sostenibles, equitativas y universales estas garantías;*

g) **EQUIDAD.** *A cada persona se le reconocerán los servicios que requiera para atender sus contingencias amparadas en esta ley, quienes al mismo tiempo estarán obligados a concurrir y contribuir de manera proporcional a su capacidad;*

f) *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;

g) *UNIDAD*. Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social;

h) *PERTINENCIA*. Es la correspondencia de las políticas, estrategias, acciones, servicios e intervenciones con las necesidades de la población y las condiciones técnicas, científicas, financieras y organizacionales del Sistema General de Seguridad Social en Salud;

i) *PARTICIPACIÓN*. 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.

CAPÍTULO I

Rectoría y responsabilidad

Artículo 3º. Rectoría del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional orientará, regulará, controlará y vigilará el servicio público esencial de salud que constituye el Sistema General de Seguridad Social en Salud, para garantizar la protección al individuo mediante el enfoque integral e intersectorial de la Atención Primaria en Salud y la identificación, intervención y mitigación de los riesgos en salud.

Artículo 4º. Observatorio de Salud Pública. El Ministerio de la Protección Social, directamente, a través o en conjunto con el Instituto Nacional de Salud, creará un Observatorio de Salud Pública que registre e informe la situación de salud del país, y registre los indicadores de resultado y seguimiento de que habla el artículo 2º de la Ley 1122 de 2007. Así mismo, este observatorio informará de las sanciones y los procesos de seguimiento que se realicen contra cualquier organización o entidad del sistema para el cumplimiento de sus metas y resultados en salud y bienestar.

Artículo 5º. Adiciónase el artículo 8-1 a la Ley 1122 de 2007, en el siguiente sentido:

¿Artículo 8-1. Sistema de monitoreo actuarial. La CRES, constituirá un sistema de monitoreo actuarial, tanto para el régimen contributivo como el subsidiado. Este sistema dará seguimiento permanente a las tendencias y comportamiento del uso de servicios del Plan obligatorio de Salud POS, el precio de los servicios, insumos, medicamentos y dispositivos y las formas de contratación entre aseguradores y prestadores. Este registro se hará por muestreo de un grupo representativo de EPS, de cada régimen.

Parágrafo 1º. El sistema de monitoreo actuarial registrará e informará los medicamentos y servicios solicitados por tutela y por los comités técnico-científico, o por quien haga sus veces.

Parágrafo 2º. Las EPS harán el reporte cumplido de la información en los puntos muestrales definidos. Su incumplimiento será motivo de sanciones, que podrán acarrear, incluso, la pérdida de su autorización de funcionamiento.

Parágrafo 3º. Las IPS y demás proveedores de salud suministrarán a las EPS la información requerida para el monitoreo actuarial, en las condiciones técnicas definidas. Su incumplimiento será motivo de sanciones y en el caso de las Empresas Sociales del Estado, podrá acarrear la pérdida de la obligatoriedad de contratación que con estas

tienen las EPS del régimen subsidiado, como lo establece el artículo 16 de la Ley 1122 de 2007 y el artículo 42 de la presente ley.

Parágrafo 4°. Los resultados y la información que arroje el sistema de monitoreo serán públicos y de libre acceso para la población y la comunidad científica.

Parágrafo 5°. Este sistema de monitoreo se financiará con recursos del Fosyga o de la CRES.

Parágrafo 6°. La Comisión de Regulación en Salud, podrá contratar el monitoreo con entidades idóneas y previamente calificadas, garantizando que no incurran en conflicto de interés.

Parágrafo 7°. El sistema de monitoreo estimará la depreciación de los insumos y medicamentos, de acuerdo con su ciclo de vida y su comportamiento comercial, las tendencias de consumo de medicamentos, e informará a las autoridades pertinentes, cuando corresponda, de comportamientos desbordados del consumo, para que se tomen las medidas educativas, de prevención, salud pública e intervención a que haya lugar.

Artículo 6°. Diseño de metodologías actuariales estandarizadas. La CRES y el Ministerio de la Protección social, en lo de su competencia, diseñarán metodologías estandarizadas de cálculo actuarial de la Unidad de Pago por Capitación, de la prima, del sistema de riesgos profesionales y accidente de trabajo y las pólizas de eventos catastróficos y accidentes de tránsito, de manera que se coordine y armonice la adecuada estimación y atención de estos riesgos.

Artículo 7°. Modifícanse los numerales 1 y 3 y adiciónense los numerales 12 y 13 al artículo 7° de la Ley 1122 de 2007, en el siguiente sentido:

¿1. Definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las Entidades Promotoras de Salud (EPS), tanto del Régimen Contributivo como el Subsidiado garantizarán a sus afiliados. La definición y actualización del POS deberá consultar y tener como referencia los enfoques estratégicos y operativos de la Atención Primaria de la Salud, las guías y recomendaciones de práctica clínica y prevención adoptadas como obligatorias, expedidas por el Consejo Nacional de Evaluación y Seguimiento a Tecnología, Intervenciones y Procedimientos, con la participación de las Sociedades Científicas, las Universidades y los grupos de investigación de excelencia, tal como lo establece el artículo 61 de la presente ley.

3. Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen. La actualización de este valor se hará teniendo en cuenta el incremento debido a la inflación y los cambios de precios de medicamentos, insumos y servicios; y la inclusión o exclusión de servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS). No se podrán hacer actualizaciones automáticas de la Unidad de Pago por Capitación sin sus correspondientes estudios técnicos y sin tener en cuenta la sustitución de productos, insumos y medicamentos por obsolescencia, pérdida y depreciación de valor.

12. Definir y actualizar una metodología estandarizada de cálculo actuarial de la unidad de pago por capitación y de actualización del Plan Obligatorio de Salud.

13. Desarrollar el Monitoreo actuarial, a que se refiere el artículo 5° de la presente ley.

Parágrafo transitorio. Durante el tiempo previo a la creación del Consejo Nacional de Evaluación y Seguimiento a Tecnologías, Intervenciones y Procedimientos, la

coordinación, expedición y convocatoria para la elaboración de las guías de práctica clínica estará a cargo del Ministerio de la Protección Social, directamente o a través de Colciencias, con la participación de las Sociedades Científicas, las Universidades y los grupos de investigación de excelencia.

Artículo 8º. Adiciónese un párrafo 3º al artículo 5º de la Ley 1122 de 2007, el cual quedará así:

¿Párrafo 3º. Una vez cumplido el periodo para el cual fue designado un Comisionado Experto de la Comisión de Regulación en Salud, incluidos los miembros que conforman la primera Comisión, el Presidente de la República nombrará su correspondiente remplazo de conformidad con el procedimiento y bajo los requisitos establecidos en la ley. El Presidente, discrecionalmente, podrá reelegir al Comisionado Experto cuyo periodo culmina. En ningún caso, un Comisionado Experto podrá ejercer su cargo por más de dos periodos.

Si cumplido el periodo, el Presidente no ha designado su remplazo o considerado su reelección, este podrá efectuar encargo de la vacante, caso en el cual, se someterá a las disposiciones legales vigentes para tal efecto¿.

CAPÍTULO II

Atención primaria en salud

Artículo 9º. De la Atención Primaria en Salud en el Sistema General de Seguridad Social. La Atención Primaria es la política y el conjunto de estrategias de coordinación Intersectorial en Salud que permitirá la articulación, el concurso de recursos del Sistema de Protección Social y la organización de una respuesta institucional eficiente a nivel nacional, departamental y municipal. La Atención Primaria en Salud se implementará a través de los regímenes contributivo y subsidiado, las acciones del Plan Nacional de Salud Pública y su Plan de Acciones colectivas, las Acciones de Promoción de la Salud, y Prevención de la Enfermedad, la promoción de las redes de prestación de servicios, la educación, la Promoción Social y de los servicios que el Estado y la sociedad dispongan para la creación de un ambiente de vida sana.

Artículo 10. Política de Atención Primaria en Salud. El Ministerio de la Protección o quien haga sus veces, el Consejo Nacional de Atención Primaria en Salud, los consejos territoriales para la atención primaria en salud, departamentos, distritos y municipios como autoridades en salud, tendrán entre sus funciones la definición y la coordinación de las políticas y estrategias de Atención Primaria en Salud. Estas entidades coordinarán las acciones intersectoriales necesarias para el adecuado control y gestión de riesgos de la salud y desarrollarán las políticas necesarias para la articulación de las acciones individuales y colectivas contenidas en los componentes de salud pública y el plan obligatorio de salud, la vigilancia epidemiológica, el sistema de riesgos profesionales, los programas de soporte nutricional y de bienestar familiar.

Artículo 11. Política nacional de participación ciudadana. El Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces definirá una política nacional de participación ciudadana para el logro de una cultura de la salud. Esta política promoverá su desarrollo y realización a nivel departamental y municipal, de manera que se logre un enfoque

intersectorial, integrado y coordinado para modificar los factores de riesgo y estimular los factores protectores de la salud.

Artículo 12. Promoción de la Salud. La prestación de los servicios para la atención de promoción y prevención se hará a través de la red contratada por las EPS del Régimen Subsidiado del respectivo municipio de manera articulada y bajo un modelo de Atención Primaria en Salud. Cuando las ESE no tengan capacidad para prestar estos servicios de promoción y prevención o cuando los resultados pactados entre EPS del Régimen Subsidiado y las ESE se incumplan, estos servicios podrán prestarse a través de otras entidades, previa autorización del Ministerio de la Protección Social o quien este 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, en el sitio de trabajo, de educación y en el área pública, con calidad y oportunidad.

Artículo 13. El Consejo Nacional de Atención Primaria en Salud. Constitúyase el Consejo Nacional de Atención Primaria en Salud como la entidad encargada de establecer y desarrollar la política de atención primaria y la acción intersectorial para la salud. Estará integrado por las siguientes entidades:

- a) El Ministro de la Protección Social;
- b) Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural;
- c) Ministerio de Educación Nacional;
- d) Ministerio del Interior y de Justicia, o quien haga sus veces;
- e) Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial;
- f) El Director del Departamento Nacional de Planeación (DNP);
- g) Director del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF);
- h) Director del SENA;
- i) Director de Acción Social;
- j) Un representante de las EPS;
- k) Un representante de las IPS;
- l) Un representante de las Cajas de Compensación Familiar;
- m) Un representante de las universidades y los centros de investigación y excelencia que tengan programas de formación e investigación en las áreas de salud pública, epidemiología o prestación de servicios de salud en el país;
- n) Un representante de la comunidad.

Parágrafo 1º. El Consejo Nacional de Atención Primaria en Salud definirá su propio reglamento y será coordinado por el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 2º. El Consejo Nacional podrá convocarse con el pleno de sus miembros o parcialmente de acuerdo a la naturaleza de su agenda.

Artículo 14. Funciones del Consejo Nacional de Atención Primaria en Salud. Coordinará la política intersectorial de Atención Primaria en Salud, teniendo las siguientes funciones:

1. Promoverá el concurso de recursos que garantice el acceso a las actividades intersectoriales con ICBF, SENA, cajas de compensación familiar, Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), Acción Social y demás instancias que ofrezcan programas dirigidos a la protección de los diferentes riesgos en salud.

2. Adoptar y adecuar los indicadores y el sistema de medición de resultados, que permita evaluar y controlar el cumplimiento de las metas a nivel nacional.

3. Elaborar periódicamente un diagnóstico y un plan de acción.

4. Adoptar y adecuar los indicadores y el sistema de medición de resultados, que permita evaluar y controlar el cumplimiento de las metas establecidas.

5. Apoyar y promover, por solicitud expresa y precisa de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), o quien haga sus veces, la discusión, consulta, análisis y participación ciudadana, sobre la actualización y revisión de los valores y principios que deben orientar los contenidos del Plan Obligatorio de Salud y sus exclusiones.

6. Definir y coordinar la política y estrategia de Atención Primaria en Salud a nivel nacional que orientará la ejecución de la misma por parte de los Consejos Territoriales para la Gestión de la Atención Primaria en Salud.

Artículo 15. *Gestión local a través de la Atención Primaria en Salud.* En el nivel local y territorial se articularán y unificarán las políticas y la operación de los diferentes programas y recursos del Estado para consolidar una acción intersectorial sobre los determinantes de la salud. Esta coordinación estará a cargo de los alcaldes, los gobernadores y los Consejos Territoriales para gestión de la Atención Primaria en Salud.

Artículo 16. *Conformación de los Consejos Territoriales para la Gestión de la Atención Primaria en Salud.* A partir de la sanción de la presente ley se crearán en cada departamento, distrito especial y municipios de más de 100.000 habitantes los Consejos Territoriales para la Gestión de la Atención Primaria en Salud, los cuales estarán integrados por los representantes de los actores regionales, locales y del Sistema de Seguridad Social, que ofrezcan programas dirigidos a la protección de la población, entre otros:

- a) Gobernador o Alcalde en el caso de los Distritos Especiales y municipios de más de 100.000 habitantes;
- b) Secretario departamental de salud, quien actuará como Secretario Técnico;
- c) Secretarios de Despacho, que serán requeridos por la Secretaría Técnica de manera previa a cada reunión;
- d) Director de la Corporación Autónoma Regional (CAR);
- e) Representante Regional del Instituto Colombiano del Bienestar Familiar (ICBF);
- f) Representante Regional del SENA;
- g) Representante Regional de Acción Social;
- h) Un representante de las EPS que opere en el departamento, distrito especial o municipio;
- i) Un representante de las IPS que opere en el departamento, distrito especial o municipio;
- j) Un representante de las universidades y los centros de investigación y excelencia que tengan programas de formación e investigación en las áreas de salud pública, epidemiología o prestación de servicios de salud;
- k) Representantes de los diferentes programas de asistencia social existentes en el territorio.

Parágrafo 1°. La Dirección del Consejos Territoriales para la Gestión de Atención Primaria en Salud estará a cargo del gobernador y del alcalde en el caso de los distritos especiales y municipios; se reunirán por lo menos una vez cada dos (2) meses y adoptarán su propio reglamento.

Parágrafo 2°. Los municipios de menos de 100.000 habitantes constituirán consejos territoriales para la gestión de la Atención Primaria en Salud de manera progresiva de acuerdo a su capacidad técnica y de gestión.

Artículo 17. Funciones de los Consejos Territoriales para la Gestión de la Atención Primaria en Salud. Los Consejos Territoriales para la Gestión de la Atención Primaria en Salud tendrá entre sus funciones las siguientes:

1. Coordinará la política intersectorial de Atención Primaria en Salud en su área de competencia, de acuerdo con las metas establecidas a nivel local, regional y nacional.

2. Promoverá el concurso de recursos que garantice el acceso a las actividades intersectoriales con ICBF, SENA, cajas de compensación familiar, Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), Acción Social y demás instancias que ofrezcan programas dirigidos a la protección de los diferentes riesgos en salud.

3. Adoptar y adecuar los indicadores y el sistema de medición de resultados, que permita evaluar y controlar el cumplimiento de las metas de acuerdo a cada territorio.

4. Elaborar periódicamente un diagnóstico y un plan de acción en el área de su competencia.

5. Estos Consejos asumirán las funciones los Consejos Territoriales de Seguridad Social, definidos en el artículo 175 de la Ley 100 de 1993 y deroga la creación de estos últimos.

Artículo 18. Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud. Se constituirán los Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud (EBAPS) como un concepto funcional y organizativo que permita desarrollar de manera práctica la política, las acciones y los servicios de atención primaria en salud incluido el diagnóstico familiar. Para la financiación y constitución de estos equipos podrán concurrir talento humano y recursos interinstitucionales de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y todos aquellos otros recursos adicionales que en el nivel local se logre convoca.

Parágrafo 1º. La constitución de equipos básicos implica la reorganización funcional, capacitación y adecuación progresiva de los recursos existentes para la prestación de servicios y la atención tanto a nivel individual como de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Parágrafo 2º. La contratación y la prestación de los servicios que hagan los Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud (EBAPS) se contabilizarán dentro del 60% de contratación obligatoria de que habla el artículo 41 de la presente ley y de la ejecución obligatoria de recursos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del régimen subsidiado, en los términos y manera que establece el literal f) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007.

Artículo 19. Funciones de los Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud (EBAPS). Las EBAPS tendrán entre sus funciones las siguientes:

1. Identificación de riesgo familiar.

2. Realizar el diagnóstico familiar de acuerdo a la ficha unificada que se defina a nivel nacional.

3. Ofrecer el portafolio de servicios de la protección social a las familias de acuerdo a sus necesidades y a las políticas y reglamentación de dichos servicios.

4. Promover la afiliación al Régimen Subsidiado, la identificación plena de las familias de manera que puedan acceder a los servicios de protección social en aquellos casos que se requieran.

5. Inducir la demanda de servicios de alto impacto en salud pública, para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad que se hayan priorizado en cumplimiento de las normas técnicas y las guías de práctica.

6. Prestar servicios básicos de salud, de cuidado paliativo, tratamiento y rehabilitación, educación, prevención de la violencia intrafamiliar.

Artículo 20. Operación de la Atención Primaria en el Plan Nacional de Salud Pública. El Ministerio de la Protección Social en cumplimiento de lo ordenado en el artículo 32 de la Ley 1122 de 2007 expedirá el Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio correspondiente, y su reglamentación operativa de manera articulada y armónica con el desarrollo de la política de atención primaria en salud.

Artículo 21. Operación de la Atención Primaria en Salud en el Régimen Subsidiado y Contributivo. Las Empresas Promotoras de Salud gestionarán la constitución de los Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud (EBAPS), en su red de prestadores de servicios de manera progresiva. Estos equipos podrán integrar y ejecutar acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención básica para tratamiento, rehabilitación y paliación. Se constituirán como unidades funcionales, que podrán reunir talento humano, equipamiento y recursos de diferentes instituciones, bajo una única coordinación.

Parágrafo. Las Empresas Sociales del Estado constituirán Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud (EBAPS). Las EPS del Régimen Subsidiado podrán contratar con prestadores distintos de las Empresas Sociales del Estado la constitución de Equipos Básicos, en aquellas regiones en las cuales estos prestadores carezcan de la adecuada oferta de servicios de Atención Primaria, de competencia, capacidad técnica y científica, para desarrollar estas acciones, de acuerdo a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional.

Artículo 22. Integración de las acciones y los recursos de promoción de la salud a través de la Atención Primaria. El Ministerio de la Protección Social reglamentará el funcionamiento y la operación de la Subcuenta de Promoción de la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía de manera que las acciones de promoción de la salud estén armonizadas con la política de Atención Primaria y que los recursos se ejecuten de una manera expedita bajo criterios de eficiencia y eficacia. Así mismo, el Ministerio de la Protección Social o el Consejo Nacional de Evaluación y Seguimiento a Tecnologías, Intervenciones y Procedimientos actualizarán las normas técnicas de salud pública y promoción de la salud.

Artículo 23. Unidades Básicas de Coordinación Regional de Atención Primaria. Los departamentos, los distritos y los municipios de más de 100.000 habitantes, crearán las Unidades Básicas de Coordinación Regional de Atención Primaria en Salud (UBAPS), que tendrán a su cargo la coordinación técnica de los Equipos Básicos de Atención Primaria (EBAPS), en su área de influencia. Estas unidades estarán integradas por un equipo interinstitucional, funcional, capacitado en gestión y coordinación de Atención Primaria, que podrá ser integrado por Talento Humano de diferentes instituciones.

Parágrafo. La autoridad sanitaria en su jurisdicción liderará y coordinará las Unidades Básicas de Coordinación Regional de Atención Primaria en Salud (UBAPS).

Artículo 24. Recursos para la Gestión y prestación de servicios de Atención Primaria. La prestación de servicios y la realización de actividades de Atención Primaria en Salud se

hará con recursos del Sistema de Protección Social en cada uno de sus componentes, complementada con recursos de las entidades territoriales.

Parágrafo. El Gobierno Nacional reglamentará mecanismos que permitan la coordinación, ejecución conjunta, seguimiento y control de los recursos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, de acciones individuales y colectivas, de los regímenes subsidiado y contributivo y de salud pública, a través de la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Artículo 25. Comité de Vigilancia y Control. Para verificar el cumplimiento de los indicadores y metas se crearán un Comité Nacional y Comités Regionales de Vigilancia y Control, encargado de verificar el cumplimiento de la política de Atención Primaria, que se traduzca en acceso efectivo y progresivo del portafolio de servicios de protección social del Estado. Estos comités estarán integrados por la Procuraduría y Contraloría delegadas para la salud y la Superintendencia Nacional de Salud, a nivel nacional, y para las regionales serán competentes sus descentralizadas.

Artículo 26. Promoción y creación de redes de Atención Primaria en Salud. Se promoverá la creación de Redes de Atención Primaria Interinstitucionales, que permitan la coordinación y el desarrollo de la acción interinstitucional e intersectorial conjunta, así mismo se promoverá la creación de redes de prestación de servicios que permitan la coordinación e integración de los servicios para garantizar la continuidad, la calidad, los procesos de referencia y contrarreferencia e integralidad de los servicios.

CAPÍTULO III

Aseguramiento

Artículo 27. Del Aseguramiento. Entiéndase por aseguramiento en salud la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios individuales y de Atención Primaria en Salud, que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad, oportunidad 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. El aseguramiento en salud 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, y de reportar los indicadores de gestión del riesgo definidos en el artículo 2º de la Ley 1122 de 2007.

Parágrafo 1º. Los afiliados al régimen contributivo contarán además de las prestaciones del servicio de salud con prestaciones económicas por licencia de maternidad, paternidad e incapacidad por enfermedad general, en los términos establecidos en las Leyes 100 de 1993 y 755 de 2002.

Artículo 28. Modifíquese el artículo 182 de la Ley 100 de 1993, el cual quedará así:

¿Artículo 182. De los ingresos de las Entidades Promotoras de Salud. Las cotizaciones que recauden las Entidades Promotoras de Salud pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Serán ingresos de las EPS la Unidad de Pago por Capitación, el pago contingente por reembolsos y reclamaciones de tutela y CTC; los pagos por prestación de actividades y

servicios de interés en salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad y los copagos y cuotas moderadoras.

La Unidad de Pago por Capitación, corresponderá al pago por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio para cada afiliado. El Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud un valor per cápita, que se denominará Unidad de Pago por Capitación (UPC). Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en las condiciones técnicas y de calidad adoptadas como obligatorias, y de hotelería, incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, por la Comisión de Regulación en Salud (CRES), de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de la Protección Social.

Serán ingresos de las EPS los pagos contingentes, originados en las acciones de tutela o autorizaciones excepcionales de los Comités Técnicos-Científicos. Los pagos contingentes serán pagos globales que se estimarán para cada EPS, de acuerdo a su siniestralidad acumulada, que se estimarán anualmente y se pagarán de manera anticipada y proporcional en cada periodo de compensación. Una vez termine la vigencia anual, las EPS presentarán al Ministerio de la Protección Social el consolidado detallado de sus siniestros y esta procederá a estimar el faltante o el exceso de recursos necesarios para cubrir estas contingencias y autorizará la compensación correspondiente. El Fosyga o la EPS en cada caso dispondrán de un plazo máximo de un mes para hacer efectivo el giro de recursos.

Se podrán establecer pagos por actividad prestada sola y exclusivamente para la inducción de la demanda en servicios y prestaciones de interés en salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

***Parágrafo 1º.** Las Entidades Promotoras de Salud manejarán los recursos de la seguridad social originados en las cotizaciones de los afiliados al sistema en cuentas independientes del resto de rentas y bienes de la entidad.*

***Parágrafo 2º.** Las primas adicionales que se establezcan para zonas dispersas en la Unidad de Pago por Capitación deben cubrir servicios de atención primaria como telemedicina, equipos extramurales o móviles que garanticen el real acceso de la población a servicios de salud. La Superintendencia Nacional de Salud solicitará a las EPS que reciban este tipo de reajustes en la UPC, la demostración de una Red de Servicios que permita garantizar la prestación efectiva de los mismos para la expedición de su correspondiente autorización de funcionamiento.*

***Parágrafo Transitorio.** La aplicación de los pagos contingentes comenzará a aplicarse una vez se realice la actualización del POS a que se refiere el artículo 52 de la presente ley. Los gastos que sean causados antes de la aplicación de pagos contingentes, por prestaciones excepcionales, serán reconocidos por el mecanismo de reembolso y una vez presentadas las cuentas de cobro, se les aplicarán los mismos mecanismos de revisión, reclamación, pago, y glosado que la ley exige para los pagos entre EPS e IPS.*

Artículo 29. *Obligatoriedad de afiliación.* Todos los colombianos tienen la obligación de estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, sea al régimen contributivo o al subsidiado.

Artículo 30. *Portabilidad nacional.* La prestación de servicios y atenciones que brinda el sistema general de seguridad social se garantizará, de manera progresiva, en todo el territorio nacional, a través del sistema de referencia y contrarreferencia. Las EPS garantizarán a sus afiliados el acceso efectivo a sus servicios en cualquier lugar de la geografía nacional, sin perjuicio de que estas empresas organicen un sistema de Atención Primaria en Salud, que orienten la atención en sus lugares de residencia, en las diferentes instituciones educativas, en el trabajo y en el espacio público.

Parágrafo. Para garantizar la portabilidad nacional de los servicios y atenciones, el Gobierno nacional reglamentará la operación en redes de las diferentes EPS de manera que estas puedan extender su cobertura a nivel nacional, así como las tarifas mínimas obligatorias, aplicables cuando no exista contrato previo entre la EPS e IPS, los mecanismos de reembolso, pago y cruce de cuentas de los servicios generados.

Artículo 31. *Movilidad de la afiliación entre regímenes.* Para garantizar la permanencia de la afiliación, evitar y controlar la evasión, el Sistema General de Seguridad Social en Salud garantizará a los afiliados el ingreso y la movilidad entre regímenes.

Artículo 32. *Movilidad y permanencia de los afiliados del Régimen Subsidiado.* Los afiliados al régimen subsidiado podrán permanecer en su EPS del régimen subsidiado cuando obtengan un contrato de trabajo y pasen a estar vinculados laboralmente. En estos casos los empleadores o los afiliados pagarán sus aportes en la misma EPS del Régimen Subsidiado, de tal manera que puedan conservar su afiliación al régimen subsidiado, a pesar de que cambie su condición laboral.

Parágrafo 1°. Para garantizar su permanencia dentro del Régimen Subsidiado como cotizantes, los empleadores y trabajadores independientes deben informar el cambio de condición laboral de los afiliados a las EPS, de manera que estas procedan a cambiar el mecanismo de recaudo o cobro de las cotizaciones o subsidios según el caso.

Parágrafo 2°. De acuerdo a la suficiencia y de manera proporcional al recaudo y la reglamentación que para ello expida el Gobierno Nacional, se podrán otorgar prestaciones económicas a los afiliados al régimen subsidiado que hagan contribuciones, tales como licencia de maternidad, paternidad e incapacidad por enfermedad general, dando prioridad, en todo caso y en primer lugar, a la financiación de licencias de maternidad.

Parágrafo 3°. El Gobierno Nacional podrá definir niveles variables de subsidio a la cotización o la UPC, para los afiliados al régimen subsidiado de acuerdo con su capacidad de ingresos y condiciones de formalidad laboral y clasificación en el Sisbén, de manera que puedan seguir haciendo aportes para conservar las prestaciones económicas y los beneficios que otorga el régimen contributivo.

Artículo 33. Movilidad para los afiliados del régimen contributivo. Los afiliados al régimen contributivo podrán conservar la afiliación a este régimen, cuando pierden su ingreso base de cotización, si pertenecen a estratos I, II y III a través de subsidios a la cotización, que serán compensados automáticamente a su EPS, por la subcuenta de solidaridad.

Los afiliados al régimen contributivo que se encuentren clasificados en el nivel III del Sisbén podrán permanecer afiliados a este régimen, recibiendo un subsidio parcial, que sumado, garantice aportes suficientes para mantener su condición de afiliación y recibir el plan de beneficios de este régimen. No habrá subsidios parciales que impliquen fraccionamientos del plan obligatorio de salud.

Artículo 34. Prestaciones económicas de los afiliados al régimen contributivo, mediante subsidios parciales. Durante el tiempo que el afiliado al régimen contributivo mantenga su vinculación a este régimen, mediante subsidios, perderá las prestaciones económicas por enfermedad general, y paternidad y conservará las correspondientes a licencia de maternidad, de acuerdo con la reglamentación que el gobierno expida.

Artículo 35. Sistema de recaudo y compensación del régimen subsidiado. El recaudo de los aportes de los afiliados al régimen subsidiado, que se encuentren vinculados laboralmente o hagan aportes como independientes de manera transitoria será compensado mensualmente a la subcuenta de solidaridad del fondo de solidaridad y garantía Fosyga, conforme la reglamentación del régimen contributivo.

Parágrafo 1º. El Gobierno Nacional reglamentará las condiciones de operación de la compensación del régimen subsidiado.

Parágrafo 2º. Durante el tiempo que el afiliado al régimen subsidiado permanezca haciendo aportes como independiente o como empleado, la EPS a la que esté afiliado apropiará para cubrir el plan obligatorio de su familia, la UPC que corresponda al régimen contributivo, y los valores definidos para el fondo de incapacidades, promoción y prevención.

Artículo 36. Periodos de carencia. A partir del 1º de enero del 2011 no habrán periodos de carencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 37. Compensación. Modifíquese el artículo 220 de la Ley 100.

¿Artículo 220. Financiación de la subcuenta de compensación. Los recursos que financian la compensación en el régimen contributivo provienen de la diferencia entre los ingresos por cotización de sus afiliados y el valor de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) que le serán reconocidos por el sistema a cada Entidad Promotora de Salud. Las entidades cuyos ingresos por cotización sean mayores que las Unidades de Pago por Capitación reconocidas trasladarán estos recursos a la subcuenta de compensación, para financiar a las entidades en las que aquellos sean menores que las últimas.

Los recursos que financian la compensación en el régimen subsidiado provienen de la diferencia entre los ingresos por cotización de sus afiliados más el ingreso por subsidios, menos el valor de las Unidades de Pago por Capitación (UPC) del valor autorizado del régimen contributivo, que les serán reconocidos. Esta compensación tendrá lugar y se efectuará durante el tiempo que los afiliados al régimen subsidiado hagan aportes como independientes o empleados.

Parágrafo 1º. *La compensación del régimen subsidiado se realizará con la subcuenta de solidaridad.*

Parágrafo 2º. *La Superintendencia Nacional de Salud realizará el control posterior de las sumas declaradas y tendrá la facultad de imponer las multas que defina el respectivo reglamento.*

Artículo 38. Publicidad sobre las obligaciones de los afiliados, para el pago de cuotas moderadoras y copagos. En todos aquellos lugares en donde se efectúe o exija el cobro de cuotas moderadoras o copagos, se presentarán al público letreros y avisos informativos visibles, de manera que los afiliados puedan conocer sus responsabilidades y el valor que deben cubrir, por procedimiento y por año, así como los servicios y atenciones excluidos de estos pagos. El Gobierno Nacional reglamentará la materia.

Artículo 39. Sistema de selección de beneficiarios. Los mecanismos para la definición, identificación de beneficiarios de programas sociales a través del Sisbén, garantía de libre escogencia serán reguladas por el Gobierno Nacional en el marco de la garantía del acceso a los servicios en todo el territorio nacional.

En aquellos casos en los cuales los municipios carezcan de recursos técnicos y operativos para realizar el proceso de identificación y registro de beneficiarios, el nivel nacional de manera subsidiaria podrá ejecutar estas actividades.

Artículo 40. Validación y compilación de la base de datos nacional de afiliación al Régimen Subsidiado. Las EPS garantizarán el envío de la base de datos al operador nacional de recursos Fosyga y a la entidad territorial de carácter municipal para su concerniente cruce y validación.

Artículo 41. Aseguramiento público en regiones con población dispersa geográficamente. Con el fin de facilitar la operatividad en la atención en salud en las regiones de los departamentos con población dispersa geográficamente, el aseguramiento podrá ser atendido directamente por el Gobierno Nacional o una aseguradora pública, y la prestación del servicio se realizará a través de las Empresas Sociales del Estado y sus Redes y Centros de Salud, bajo la política de Atención Primaria en Salud.

Parágrafo 1º. Esta medida solo podrá aplicarse en las regiones con población dispersa de los siguientes departamentos: Amazonas, Chocó, Nariño, Caquetá, Guaviare, Guainía, Putumayo, Vichada, Vaupés, y en San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

Parágrafo 2º. La Superintendencia Nacional de Salud designará una Comisión de orden permanente que ejerza la función de inspección, vigilancia y control en las regiones mencionadas en este artículo.

Artículo 42. De la contratación obligatoria con instituciones públicas prestadoras del servicio de salud. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado contratarán de manera efectiva con las instituciones públicas prestadoras del servicio de salud de la región donde operan, en un porcentaje mínimo del 60% del gasto en salud. El porcentaje de contratación deberá ser cumplido mediante contratación de los servicios de baja, mediana y alta complejidad, habilitados y que garanticen condiciones de acceso, calidad y oportunidad.

Artículo 43. Niveles mínimos de gasto y ejecución en prestación de servicios y gastos actuariales. El Gobierno Nacional reglamentará un nivel mínimo de gasto prestacional y de

servicios, aplicable a las entidades del Sistema de Seguridad Social como EPS, IPS, ESE, ARP, fondos de pensiones y aseguradores de accidentes de tránsito y eventos catastróficos, con criterios de equidad y eficiencia, y de acuerdo con estudios técnicos y de indicadores de resultados, en concordancia con lo establecido en el artículo 2° de la Ley 1122 de 2007.

Parágrafo. Cuando estas organizaciones obtengan márgenes de administración mayores a los establecidos, luego de cumplir con su responsabilidad de aseguramiento, podrán constituir con estos recursos reservas destinadas a la atención del riesgo, derivado del crecimiento potencial de la siniestralidad, a través del tiempo o contingencias derivadas del cumplimiento de sus funciones; así mismo podrán invertir estos recursos en actividades de modernización tecnológica y desarrollo, mantenimiento y adecuación de infraestructura administrativa de aseguramiento.

Artículo 44. Rendición de cuentas de entidades subordinadas. Con el fin de registrar con transparencia los costos del sistema de salud, si las entidades administradoras de planes de beneficios tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado, ejecutan a través de entidades subordinadas procesos, servicios o actividades necesarias para el aseguramiento de la población afiliada, como para la organización, administración y gestión de la prestación del servicio de salud, deberán reflejar íntegramente en sus estados financieros, las utilidades y excedentes que sus entidades subordinadas obtengan por dicha gestión.

CAPÍTULO IV

De las Entidades Promotoras de Salud

Artículo 45. Definición. Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades aseguradoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud, responsables de la afiliación, el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía o de sus subsidios. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan Obligatorio de Salud, para sus afiliados de los regímenes subsidiado o contributivo; desarrollar la estrategia de Atención Primaria en Salud Renovada, mediante la coordinación intersectorial, el diagnóstico y la atención familiar y la administración del riesgo de su población afiliada; gestionar, recaudar y compensar los ingresos necesarios para garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud de sus afiliados, y girar, dentro de los términos previstos en la presente ley la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía y demás valores que el sistema reconoce a las EPS por cada uno de sus afiliados, de que trata la presente ley, a través de sus aportes o de la utilización de los subsidios, y garantizar la continuidad y calidad de los servicios, promover la salud y bienestar de sus afiliados.

Artículo 46. Modifíquese el numeral 7 del artículo 178 de la Ley 100 de 1993, y adiciónense los numerales 8, 9, 10 y 11, y dos párrafos al mismo artículo.

¿7. Las demás que determine el Ministerio de la Salud Protección Social.

8. Promover la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

9. Permitir la movilidad entre regímenes con el objeto de garantizar la afiliación en el Sistema de Seguridad Social en Salud.

10. Suministrar a la Comisión de Regulación en Salud y al Ministerio de la Protección Social la información requerida por el sistema de monitoreo actuarial y a los sistemas de monitoreo de resultados y salud pública.

11. Desarrollar la estrategia de Atención Primaria en Salud, de manera coordinada intersectorialmente, a través del diagnóstico, la atención familiar y la administración del riesgo de su población afiliada.

Parágrafo 1º. Las EPS podrán operar en cualquiera de los regímenes simultáneamente, y en cualquier parte del país en donde demuestren el cumplimiento de características idóneas de operación, según su autorización y condiciones de funcionamiento que serán reglamentadas por el Ministerio de la Protección Social y expedidas una vez verificado el cumplimiento por la Superintendencia Nacional de Salud.

Parágrafo 2º. Defínase un periodo de transición de 3 años que será reglamentado por el Gobierno Nacional antes de los seis meses posteriores a la expedición de la presente ley, que permita la unificación progresiva de requerimientos patrimoniales, de reservas, técnicos, financieros, y organizacionales para las EPS, de habilitación y acreditación de alta calidad, de tal manera que puedan operar indistintamente y simultáneamente en el Régimen Subsidiado o Contributivo.

Artículo 47. Modifícase el artículo 181 de la Ley 100 de 1993. Elimínense los literales a) y b) del artículo 181 de la Ley 100 de 1993.

Artículo 48. Modifíquese el artículo 183 de la Ley 100 de 1993.

¿Prohibiciones para las Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud no podrán, en forma unilateral, terminar la relación contractual con sus afiliados, ni podrán negar la afiliación a quien desee ingresar al régimen, ni podrá negar la movilidad de regímenes siempre y cuando garantice el pago de la cotización o del subsidio correspondiente, salvo cuando se encuentre agotada su capacidad de afiliación autorizada o en los casos excepcionales por abuso o mala fe del usuario, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional.

CAPÍTULO V

Plan Obligatorio de Salud

Artículo 49. Del Plan Obligatorio de Salud. Es el conjunto de atenciones, servicios de salud, medicamentos, e insumos que el sistema de salud dispone para la atención de las necesidades de la población. El Plan Obligatorio de Salud incluirá la prestación de servicios de salud a los afiliados en las fases de fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, según las condiciones que se definan para su cobertura y la protección integral de la salud de la población con la articulación a los planes colectivos y de promoción de la salud en el territorio nacional.

Parágrafo 2º. El Plan Obligatorio de Salud contendrá servicios de baja, mediana y alta complejidad que de acuerdo con los estudios de pertinencia epidemiológica que consulten las necesidades de salud de la población, brindando cobertura, acceso y atención a la población afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 50. Estructura del Plan Obligatorio de Salud. El Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud se diseñará de tal forma que permita la atención oportuna, efectiva e integral de las principales prioridades de la población, que se

garantizarán de manera explícita. Las atenciones requeridas para estas prioridades se desarrollarán e incluirán bajo el enfoque estratégico de la atención primaria de salud, que incluya todos los servicios en sus respectivos niveles de complejidad, de tal forma que se garantice su integralidad, la participación de la ciudadanía con sus ideales de salud, la acción intersectorial, la evaluación tecnológica, la gerencia por resultados e impacto, la red de servicios, el monitoreo y veeduría ciudadana y la normatividad exigida por la Superintendencia Nacional de Salud. La definición de los servicios y forma de prestación para estas prioridades podrá definirse, entre otras, mediante la adopción de guías, estándares o normas técnicas, basadas en la evidencia científica.

Parágrafo. La Comisión de Regulación en Salud CRES definirá una metodología que permita adecuar la estructura del Plan Obligatorio de Salud (POS) a las necesidades en salud de la población, utilizando las herramientas de monitoreo de información contemplados en la presente ley.

Artículo 51. Actualización del Plan Obligatorio de Salud. Las modificaciones del Plan Obligatorio de Salud hacen referencia a las inclusiones y supresiones, exclusiones y sustituciones de tecnologías en salud, así como a los cambios de las condiciones en que estas son cubiertas a los afiliados, en términos de frecuencia o intensidad de uso, concentración y oportunidad. Estas modificaciones se harán para responder a los cambios en las necesidades de salud de la población, teniendo en cuenta el avance en la ciencia y la tecnología adoptada en el país y las condiciones económicas y financieras del sistema.

Parágrafo. La Comisión de Regulación en Salud (CRES) actualizará el Plan Obligatorio de Salud por lo menos una vez al año, teniendo como base el plan obligatorio existente actualmente, la incorporación progresiva de aquellos procedimientos y servicios excluidos que se consideren indispensable incorporar, de acuerdo con los estudios técnicos sobre su eficacia, efectividad, equidad, seguridad, pertinencia, perfil epidemiológico y sostenibilidad del sistema, utilizando las herramientas de monitoreo de información contemplados en la presente ley.

Artículo 52. Artículo transitorio. A partir de la vigencia de esta ley, por una única vez y por un término inaplazable de 3 meses contados a partir de la expedición de la presente ley, el Ministerio de la Protección Social, o quien haga sus veces, actualizará el Plan Obligatorio de Salud (POS), cumpliendo los requisitos de estudio y análisis de ley.

Parágrafo. Esta actualización no podrá significar la merma o pérdida de los derechos actualmente otorgados por el Plan Obligatorio de Salud.

Artículo 53. *Prestaciones Excluidas del Plan Obligatorio de Salud.* Se denominarán prestaciones excluidas del Plan Obligatorio de Salud (No POS), a aquellas que estando excluidas del Plan Obligatorio de Salud, se requieran de manera excepcional para conjurar un peligro grave e inminente contra la vida de las personas, que sea valorado y autorizado por los Comités Técnicos Científicos, de conformidad con los principios y reglas establecidos en la presente ley.

Artículo 54. *Comité Técnico-Científico.* Los Comités Técnicos-Científicos son la instancia responsable de definir sobre la procedencia de solicitudes de prestaciones excluidas del Plan Obligatorio de Salud que sean indispensables para conjurar un peligro grave e inminente contra la vida de las personas.

Estos Comités serán conformados exclusivamente por personal idóneo y científico, no deben incurrir en ninguna causal de inhabilidad o incompatibilidad y debe acatar las recomendaciones técnicas y las guías de práctica clínica o las partes de ellas adoptadas como obligatorias.

Parágrafo 1º. El Ministerio de la Protección Social reglamentará la materia dentro de los tres (3) meses siguientes a la expedición de la presente ley.

Parágrafo 2º. Los gastos contingentes derivados de las decisiones de los Comités Técnico Científicos y el pago de acciones de Tutela serán cubiertos a las EPS por las subcuentas de compensación y solidaridad del Fosyga en cada caso.

Artículo 55. *Política Farmacéutica.* Con el propósito de ordenar y regular a través de un estatuto sanitario, el Gobierno Nacional, expedirá la política correspondiente que permita el acceso y uso adecuado de medicamentos, insumos y dispositivos médicos que integre y relacione los aspectos de intercambiabilidad, biodisponibilidad, bioequivalencia, farmacovigilancia así como los procedimientos requeridos para la expedición de registros, negociación de precios y las sanciones correspondientes.

Artículo 56. *Negociación Nacional de Precios.* El Ministerio de la Protección Social, establecerá los mecanismos para adelantar una negociación nacional de precios de los medicamentos, dispositivos e insumos con mayor frecuencia de uso que se encuentren o no incluidos dentro del Plan Obligatorio de Salud, consultando los precios de América Latina. Estos precios se establecerán como precios de referencia para la valoración de los pagos contingentes.

Parágrafo 1º. El Gobierno Nacional reglamentará el pago de precios de insumos, medicamentos y dispositivos dentro de los tres (3) meses siguientes a la vigencia de esta ley.

Parágrafo 2º. El Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces actualizará periódicamente el listado de precios máximos para recobros de medicamentos y servicios excluidos del Plan Obligatorio de Salud.

Parágrafo transitorio. Durante el tiempo previo a la aplicación de pagos contingentes, los recobros correspondientes a prestaciones excepcionales serán reconocidos aplicando los precios de referencia de la negociación nacional de precios.

Artículo 57. Adiciónese el artículo 169A de la Ley 100 de 1993, el cual quedará así:
¿Artículo 169A. Coberturas adicionales a las incluidas en el Plan Obligatorio de Salud. Los Planes Voluntarios de Salud podrán incluir coberturas asistenciales, servicios,

dispositivos y medicamentos distintos de los incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. El Gobierno Nacional podrá reglamentar la concurrencia de contratación de estos planes, por parte de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con su capacidad de pago, para garantizar cubrimientos excluidos del POS o autorizados por los Comités Técnicos-Científicos.

Artículo 58. *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. En las pólizas de seguros de que trata la presente ley no será aplicable la reticencia ni la inexactitud.

Parágrafo 1º. 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.

Parágrafo 2º. La Entidad Promotora de Salud y las entidades que presten servicios de planes voluntarios de salud no podrán recobrar al Sistema los eventos no cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud que hagan parte de la cobertura del plan adicional de salud prepagado por el afiliado.

CAPÍTULO VI

Consejo Nacional de Evaluación y Seguimiento a Tecnologías, Intervenciones y Procedimientos

Artículo 59. *Consejo Nacional de Evaluación y Seguimiento a Tecnologías, Intervenciones y Procedimientos.* Créase el Consejo Nacional de Evaluación y Seguimiento a Tecnologías, Intervenciones y Procedimientos, de carácter asesor y consultivo del Ministerio de la Protección Social, que podrá ser constituido como Instituto por iniciativa gubernamental. Este Consejo estará compuesto por los miembros del Consejo, un Comité Ejecutivo, la Comisión de Consulta Ciudadana y por sus diferentes Salas Especializadas y Grupos Temáticos de Trabajo.

Artículo 60. *Composición del Consejo Nacional de Evaluación y Seguimiento a Tecnologías, Intervenciones y Procedimientos.* Serán miembros de este consejo:

- a) Ministro de la Protección Social, o su delegado;
- b) Viceministro de Salud o la Dirección General o Técnica que este delegue;
- c) Director del Instituto Nacional de Salud (INS);
- d) Director del Invima;
- e) Director de Colciencias;
- f) Presidente de la Academia Nacional de Medicina;
- g) Presidente del Colegio Médico;
- h) Presidente de la Asociación de las Sociedades Científicas;
- i) Presidente de la Federación Odontológica Colombiana;
- j) Un representante de los Comités de Ética Médica y Odontológica;
- k) Un representante del Instituto Nacional de de Salud, el Instituto Nacional de Cancerología;
- l) Un representante del Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta.

Artículo 61. Funciones del Consejo Nacional de Evaluaciones y Seguimiento a Tecnologías, Intervenciones y Procedimientos. Tendrá las siguientes funciones:

1. Brindar asesoramiento a los diferentes actores del Sistema, especialmente al Gobierno Nacional y a la Comisión de Regulación en Salud y CRES.

2. Definir las estrategias de revisión y seguimiento a las decisiones de los Comités Técnicos-Científicos.

3. Establecer parámetros de consenso que permitan expedir recomendaciones y orientaciones técnicas, de obligatorio cumplimiento para la toma de decisiones de los Comités Técnico-Científicos y expedir circulares nacionales de recomendación terapéutica.

4. Coordinar y hacer evaluación tecnológica de procedimientos, insumos, dispositivos y medicamentos para el ingreso, mantenimiento e incorporación dentro del Sistema General de Seguridad Social.

5. Establecer las metodologías aceptadas en Colombia para evaluación tecnológica de medicamentos, insumos y dispositivos, con el objeto de que puedan ser consideradas a ser incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud.

6. Coordinar la asignación de recursos en cada institución para la evaluación tecnológica.

7. Promover el desarrollo técnico-científico del país, de los grupos de investigación y las instituciones públicas y privadas que tengan a este tipo de investigación como su objetivo.

8. Desarrollar y actualizar permanentemente, en conjunto con Colciencias, un sistema de evaluación y acreditación de grupos de investigación científica, habilitados para desarrollar proyectos de evaluación tecnológica, guías de práctica clínica y estudios económicos relacionados con la salud.

9. Proporcionar la asesoría técnica y científica a la Rama Judicial, cuando esta así lo requiera, en los aspectos de su competencia.

10. Difundir la información científica por él producida, a los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

11. Ejercer función de revisión técnica sobre el uso de tecnologías en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de acuerdo a la evaluación que se realice a los Comités Técnico-Científicos y que reportará a la Superintendencia Nacional de Salud.

12. Recomendar al Invima la autorización o no de registro para productos farmacéuticos de acuerdo a su eficacia y utilidad terapéutica de acuerdo a la evidencia clínica y científica y los análisis técnicos realizados por las Salas Especializadas.

13. Informar al Ministerio de la Protección Social y la Superintendencia Nacional de Salud, sobre las inconformidades identificadas dentro de su proceso de revisión de las decisiones tomadas por los Comités Técnicos-Científicos.

14. Elaborar y presentar un informe anual de su gestión ante el Ministerio de la Protección Social.

15. Definir la agenda de trabajo de las Salas Especializadas.

16. Autorizar la conformación de grupos temáticos de trabajo.

17. Definir su propio reglamento.

Artículo 62. Del Comité Ejecutivo. El Comité Ejecutivo del Consejo Nacional de Evaluación y Seguimiento a Tecnologías, Intervenciones y Procedimientos, estará compuesto por:

- a) Un Director Científico;
- b) Cinco Coordinadores Técnicos de Sala;
- c) Un Director Administrativo.

Artículo 63. Comisión de Consulta Ciudadana. Estará integrada por representantes de la comunidad y será convocada para pronunciarse sobre valores y principios que orienten la elaboración y actualización del Plan Obligatorio de Salud. Su conformación, funcionamiento y deliberación se hará de acuerdo a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional.

Parágrafo. En ningún caso se consultará a la Comisión de Consulta Ciudadana sobre la inclusión o exclusión de medicamentos, insumos, dispositivos o servicios en particular, ni esta podrá pronunciarse sobre los mismos.

Artículo 64. Selección, conformación y funciones del Comité Ejecutivo. El Comité Ejecutivo estará conformado por profesionales de elevadas calidades técnicas y científicas; serán de dedicación exclusiva y estarán sometidos al régimen de inhabilidades e incompatibilidades de los funcionarios públicos. Los miembros del Comité Ejecutivo serán seleccionados por el Ministerio de la Protección Social, por mecanismo de concurso público por periodos de cuatro (4) años prorrogables, de acuerdo a la reglamentación y funciones que el gobierno expida.

Artículo 65. Conformación de las Salas Especializadas. En el área técnica el Consejo Nacional de Evaluación y Seguimiento a Tecnologías, Intervenciones y Procedimientos actuará por salas especializadas y estará conformado por tres (3) expertos en cada área seleccionada y el coordinador del área especializada. El Consejo Nacional de Evaluación y Seguimiento a Tecnologías, Intervenciones y Procedimientos podrá establecer un número variable de salas especializadas, de acuerdo con la agenda de trabajo que sea preciso desarrollar. Las salas especializadas podrán tener asiento y su operación podrá ser delegada a entidades públicas nacionales especializadas, en sus temas específicos, tales como el Instituto Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Cancerología, o el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. La operación y el reglamento de funcionamiento de estas salas serán expedidos por el Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces.

Artículo 66. Funciones de las Salas. Las Salas Especializadas del Consejo Nacional de Evaluación, Seguimiento a Tecnologías, Intervenciones y Procedimientos, tendrán como funciones:

1. Desarrollar la agenda definida por el Consejo.
2. Convocar, supervisar y coordinar los grupos temáticos de trabajo.
3. Presentar al consejo sus trabajos y difundir el resultado de sus análisis y recomendaciones.
4. Supervisar y revisar las decisiones tomadas por los Comités Técnicos-Científicos en su área de especialidad, y emitir recomendaciones técnicas de unificación.
5. Informar al Consejo sobre la necesidad de elevar a reglamentos de obligatorio cumplimiento sus recomendaciones técnicas o parte de ellos.

Artículo 67. Grupos Temáticos de Trabajo. Las Salas especializadas convocarán grupos temáticos con el objeto de adelantar el análisis, estudio y consenso de temas específicos que así lo requieran, para la expedición de normas y recomendaciones técnicas. Estos grupos se convocarán dando cumplimiento a la agenda que defina el Consejo.

En estos grupos podrán participar universidades, centros de investigación de excelencia, las sociedades científicas, instituciones públicas, investigadores, la industria, aseguradores, prestadores, y representantes expertos de la comunidad. Estos grupos serán transitorios, se conformarán y sesionarán con motivo y durante el tiempo limitado que sea definido para desarrollar su agenda de trabajo y sus productos. Las recomendaciones técnicas y de buenas prácticas, guías de práctica clínica expedidas por los grupos temáticos de trabajo no serán de obligatorio cumplimiento.

Artículo 68. Elaboración y actualización de las guías de prácticas clínicas. El Consejo Nacional de Evaluación de Tecnología a través de sus salas especializadas será el encargado de coordinar y convocar la elaboración y actualización de las guías de práctica clínica, que se realizará bajo metodologías estandarizadas e idóneas, que permitan identificar y recomendar las mejores prácticas disponibles, de acuerdo a la tecnología y la situación de desarrollo propia del país.

Parágrafo. Las guías de práctica clínica que se elaboren para Colombia deben considerar y recomendar servicios, procedimientos, tecnologías, requerimiento de talento humano calificado y equipamiento acordes con la disponibilidad y accesibilidad de los mismos en el país.

Artículo 69. Elaboración de Reglamentos Técnicos Obligatorios. El Ministerio de la Protección Social y la Comisión de Regulación en Salud (CRES), en su área de competencia, podrán elevar a reglamentos obligatorios, con carácter vinculante, las normas o partes de las mismas que se considere pertinente, por razones de seguridad, costo efectividad, eficacia o impacto en la sostenibilidad del sistema.

Parágrafo. Los reglamentos técnicos deben actualizarse periódicamente y expedirse determinando de manera explícita el periodo durante el cual serán vigentes.

CAPÍTULO VII

Financiación y flujo de recursos

Artículo 70. Unificación de Planes, Universalización del Régimen Subsidiado y los servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda. Se emplearán para la unificación de planes de los regímenes contributivo y subsidiado los siguientes:

1. Recursos transformados del Sistema General de Participaciones de que trata el primer párrafo del artículo 34 de la Ley 1393 de 2010, modificado por el artículo 72 de la presente ley.

2. De los 8 puntos porcentuales de la tarifa del 48% sobre las cervezas, definidos en el artículo 1° de la Ley 1393 de 2010.

3. Los ingresos recaudados, por el impuesto sobre las ventas aplicable a las cervezas y a los juegos de suerte y azar, se aplicarán a la unificación de los planes del régimen contributivo y subsidiado, de acuerdo con el artículo 4° de la Ley 1393 de 2010.

4. Los recursos que se generen de la sobretasa al consumo de cigarrillos y tabaco elaborado, tal como se estipula en el artículo 7° de la Ley 1393 de 2010.

5. Los departamentos destinarán un 6% del total recaudado por concepto al impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, y/o participación, una vez descontado el porcentaje de IVA cedido, de acuerdo con lo establecido en el parágrafo 1°, artículo 8° de la Ley 1393 de 2010.

6. Se destinará el setenta y cinco por ciento (75%) de los recursos que constituyen los premios por juegos de suerte y azar no reclamados, a la unificación de los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud en los respectivos Departamentos y Distritos, de acuerdo con el artículo 12 de la Ley 1393 de 2010.

7. Los derechos de explotación que provengan de la operación de los juegos lotería instantánea y lotto preimpreso, que se destinarán a los departamentos y al Distrito Capital para la financiación de la unificación del plan obligatorio de salud del régimen subsidiado y contributivo, establecido en el artículo 17 de la Ley 1393 de 2010.

8. Los derechos de explotación generados por las apuestas hípcas serán distribuidos en cada uno de los departamentos o distritos de la siguiente forma: un cincuenta por ciento (50%) con destino a la financiación de servicios prestados a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda y a la población vinculada que se atiende a través de la red hospitalaria pública, la cual deberá sujetarse a las condiciones que establezca el Gobierno Nacional para el pago de estas prestaciones en salud, y el cincuenta por ciento (50%) restante para financiación de renovación tecnológica de la red pública hospitalaria en la respectiva entidad territorial, establecidos en el artículo 15 de la Ley 1393 de 2010.

9. Los saldos de la liquidación de los contratos para el aseguramiento en el régimen subsidiado a favor de las entidades territoriales, se destinarán por los departamentos y distritos para cubrir las prestaciones en salud no cubiertas con subsidios a la demanda, a la universalización y unificación de los Planes Obligatorios de Salud, establecido en el artículo 39 de la Ley 1393 de 2010.

10. Recursos del Presupuesto General de la Nación que de manera progresiva permitan la unificación de planes y universalización de la cobertura hasta el año 2015 de la siguiente manera:

AÑO	VALOR
2011	\$923.497.000.000
2012	\$1.393.048.000.000
2013	\$1.918.090.000.000
2014	\$2.483.545.000.000
2015	\$2.761.321.000.000

Artículo 71. Pago de las prestaciones en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo por la vía de inclusión al POS y para el pago de las Contingencias del mismo régimen. Se emplearán para el pago de las prestaciones en salud

no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo los siguientes recursos:

1. El 50% de los derechos de explotación de los juegos localizados a bordo de los cruceros, mientras estén atracados en un puerto o bahía colombiana de un *¿Distrito Turístico, Cultural e Histórico¿*, establecido en el artículo 24 de la Ley 1393 de 2010.

2. De los recursos de 4% de las Cajas de Compensación Familiar por aportes parafiscales, se trasladará 1 punto porcentual para el pago de prestaciones hoy excluidas del Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo, que deban incorporarse en el proceso de actualización de que trata el parágrafo transitorio del artículo 52 de la presente ley, o los gastos causados, de manera contingente, por autorizaciones excepcionales al Plan Obligatorio de Salud de los Comités Técnico-Científicos o por acciones de tutela.

Artículo 72. Modifícase el artículo 34 de la Ley 1393 de 2010, el cual quedará así:

¿Artículo 34. Planes de transformación de recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y de rentas cedidas. Los Departamentos y Distritos, de manera conjunta con el Gobierno Nacional definirán planes de transformación de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud y de las rentas cedidas, a más tardar el 31 de diciembre de 2010. Estos planes deberán encargarse en un plan financiero integral del Régimen Subsidiado que incluya todas las fuentes que financian y cofinancian la operación del Régimen Subsidiado, de acuerdo con las normas legales vigentes, y las demás que definan las entidades territoriales el propósito de alcanzar la cobertura universal y la unificación de los planes obligatorios de salud de los regímenes Subsidiado y Contributivo, unificación que deberá lograrse a más tardar el 31 de diciembre de 2015.

Para efectos de la implementación de los planes de transformación, el porcentaje de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud de que trata el literal a) del numeral 1 del artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007, se incrementará hasta el 80% de acuerdo con el plan de transformación concertado entre el Gobierno Nacional y las entidades territoriales. En todo caso el 10% del Sistema General de Participaciones para Salud se destinará a financiar las acciones en salud pública y 10% restante para el subsidio a la oferta.

Adicionalmente a los recursos previstos en la presente ley para la unificación de los planes obligatorios de salud de los regímenes Subsidiados y Contributivo, en los planes de transformación se concertará el porcentaje del total de los recursos de rentas cedidas que deberá destinarse a tal fin, porcentaje que no podrá ser inferior al 45%.

Este porcentaje incluye lo previsto en el literal c) del numeral 1 del artículo 214 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 11 de la Ley 1122 de 2007¿.

Parágrafo 1°. Los municipios certificados para el manejo autónomo de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud destinados a financiar la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, harán parte de los planes de transformación de recursos, en concertación con los departamentos, según lo previsto en el presente artículo.

Parágrafo 2°. A partir de la vigencia de la presente ley, los departamentos y distritos, así como el municipio que represente los intereses de los municipios del respectivo departamento, el cual será designado para el efecto en el seno de la entidad que agremia

los municipios del país, de mutuo acuerdo con el Gobierno Nacional, podrán avanzar en la implementación de la unificación de los planes obligatorios de salud de los Regímenes Subsidiado y Contributivo, de conformidad con el plan de transformación que para tal efecto se acuerde.

Parágrafo 3°. Los recursos de aportes patronales que se financian con los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud se contabilizarán en el financiamiento de la unificación de los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Subsidiado y Contributivo de acuerdo con lo concertado en los respectivos planes de transformación, recursos que se girarán sin situación de fondos. Este giro está sujeto a los términos y condiciones que defina el Gobierno Nacional.

Parágrafo 4°. Los representantes legales de las entidades encargadas del recaudo o generadores de los recursos del sector salud, deberán velar por el giro efectivo de estos dineros en los términos señalados en la norma que autoriza su cobro. Será causal de mala conducta para cualquier funcionario público, representante legal, gerente o administrador que dilate el giro de estos recursos.

Artículo 73. Mecanismo de Recaudo y Giro de los Recursos del Régimen Subsidiado. El Ministerio de la Protección Social constituirá un patrimonio autónomo mediante un administrador fiduciario, en el cual se recaudarán los recursos que financian y cofinancian el Régimen Subsidiado de Salud, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional.

En el patrimonio autónomo 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.

El administrador fiduciario del patrimonio autónomo girará directamente estos recursos a las entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, según el número de los afiliados que tengan registrados y validados mediante el instrumento definido por el Ministerio de la Protección Social para tal efecto, o a las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas, de conformidad con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional.

Parágrafo 1°. Según lo que defina el Gobierno Nacional, las entidades responsables de la administración, recaudo y control de los recursos a los que alude el presente decreto, girarán al patrimonio autónomo con la periodicidad y procedimientos establecidos en la normatividad vigente.

Parágrafo 2°. Los costos y gastos de la administración, apoyo técnico, auditarla y la remuneración fiduciaria necesarios para garantizar el manejo del patrimonio autónomo, se pagarán en primera instancia con cargo a los rendimientos financieros de estos recursos.

Artículo 74. Modifíquese el artículo 18 de la Ley 1122 de 2007. Modifíquese el artículo 18 de la Ley 1122 de 2007, el cual quedará así:

¿Artículo 18. Aseguramiento de los independientes, contratistas de prestación de servicios y rentistas. Los independientes y 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. En caso que existan diferencias entre los valores aportados por contratación y la correspondiente declaración ante la DIAN los contratistas deberán reajustar sus aportes al Sistema de acuerdo a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional.

Los rentistas tendrán la obligación de afiliarse y realizar aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, sobre el 40% del valor mensualizado de la presunción de ingresos declarada cada año. En caso de que existan diferencias entre la presunción de ingresos y las rentas efectivamente declaradas en la correspondiente declaración ante la DIAN los rentistas deberán reajustar sus aportes al Sistema de acuerdo a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional.

***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 75. Liquidación para el pago de aportes en salud. En el caso de independientes o de personas que dispongan de rentas adicionales a sus ingresos salariales los aportes al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud se harán sobre el 12,5% de sus rentas totales sin sobrepasar el tope de 25 SMLMV.

CAPÍTULO VIII

Alto costo

Artículo 76. De las Enfermedades y Procedimientos de Alto Costo o Catastróficas. Se definen como enfermedades de Alto Costo aquellas que requieren atenciones de alta complejidad técnica, que ocasionan grandes desviaciones en el comportamiento de los costos de los servicios de salud, elevado gasto de bolsillo para las familias afectadas y que son generalmente crónicas, degenerativas y potencialmente letales. Estas enfermedades y procedimientos generan un enorme daño socioeconómico para las personas, las familias y la sociedad.

Los procedimientos de alto costo son prestaciones de servicios de salud derivado s de diversas patologías. Su elevado valor o marcado incremento en corto tiempo, generan desviaciones al comportamiento de los costos globales estimados de los servicios de salud y así mismo a los valores unitarios.

Artículo 77. De la identificación y regulación de las enfermedades de alto costo. La Comisión de Regulación de Servicios de Salud (CRES) definirá y actualizará cada dos años un listado de enfermedades y servicios de alto costo, de acuerdo con la reglamentación que para ello expida el Ministerio de la Protección social, y en atención a su comportamiento epidemiológico, la siniestralidad y costos del sistema de salud.

Parágrafo 1º. La definición de enfermedades de alto costo y el seguimiento que de ellas se haga a pacientes no podrá ser motivo para la creación de categorías degradantes o denigrantes de las personas o sus familias, ni para la introducción de medidas que perjudiquen o limiten el acceso equitativo a los servicios de salud a que estos tienen

derecho. El registro de los afiliados en listados de enfermedades de alto costo se hará de manera ética y reservada, y sólo con el objeto de asegurarles una mejor atención.

Parágrafo 2º. El Gobierno Nacional actualizará y reglamentará, en el término de seis meses, las normas de investigación y experimentación en humanos, con el objeto de garantizar que los enfermos de alto costo y sus familias no serán sometidos a estigmas o tratamientos denigrantes y que su información será manejada de acuerdo con elevados estándares éticos.

Parágrafo 3º. La CRES informará al Consejo Nacional de Evaluación y Seguimiento a Tecnologías, Intervenciones y Procedimientos, de la actualización de las enfermedades de alto costo para que este proceda a la expedición y revisión de las guías de práctica clínica y normas técnicas correspondientes.

Artículo 78. *Del ajuste del valor de la UPC por concentración en la demanda de servicios de alto costo.* La Comisión de Regulación de Salud (CRES) podrá definir cada año valores diferenciales de la UPC, por EPS o distribución territorial, en atención a las diferencias en la concentración de enfermedades de alto costo, siempre que se garantice el equilibrio y la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Asimismo, esta comisión podrá solicitar a la Superintendencia Nacional de Salud la auditoría y certificación de las EPS solicitantes sobre su adecuado manejo y prevención de las enfermedades de alto costo, siguiendo los parámetros que se establezcan en la reglamentación que para ello expida el gobierno.

Parágrafo 1º. Cuando la Superintendencia Nacional de Salud encuentre incrementos elevados e injustificados en la siniestralidad y ocurrencia de enfermedades de alto costo de alguna EPS, podrá establecer medidas de revisión, mejoramiento y sanción que llegarán hasta la pérdida de su autorización de funcionamiento.

Parágrafo 2º. Como indicador para este fin se tendrán en cuenta las auditorías al sistema de gestión de riesgo efectuada por la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 79. *Guías clínicas y recomendaciones de buenas prácticas para las enfermedades de Alto Costo.* La Comisión Nacional de Evaluación y Seguimiento a Tecnología, Intervenciones y Procedimientos, dará prelación al estudio y expedición de guías clínicas y recomendaciones de buenas prácticas para la prevención, el tratamiento y la atención de estas enfermedades y procedimientos.

Artículo 80. *Modifíquese el artículo 19 de la Ley 1122 de 2007.* Modifíquese el artículo 19 de la Ley 1122 de 2007, el cual quedará así:

¿Artículo 19. *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 y la actualmente vigente, Decretos 2699 de 2007 y 3511 de 2009 del Ministerio de la Protección Social. Para la atención de enfermedades de elevada costo-efectividad y beneficio a largo plazo, como el trasplante de órganos se podrá constituir un fondo de liquidez que permita el pago anticipado de estos procedimientos en el Régimen contributivo y subsidiado que será amortizado progresivamente durante el término que determinen los estudios técnicos correspondientes.

Prestación de servicios

Artículo 81. Reglas especiales para la contratación con el mecanismo de pago por capitación. Con el fin de garantizar el adecuado acceso y calidad en la prestación de servicios a la población y un apropiado flujo de recursos, se establecen las siguientes reglas aplicables en la suscripción de acuerdos de voluntades con el mecanismo de pago por capitación, entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de tales servicios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud:

a) Solo se podrá contratar la prestación de servicios por el mecanismo de pago por capitación para los servicios de baja y media complejidad;

b) Se excluyen del mecanismo de contratación por capitación 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, de acuerdo con la normatividad vigente;

c) Se establecerán indicadores que permitan el adecuado seguimiento de los mecanismos de contratación y al cumplimiento de las metas de cobertura, resolutivez y oportunidad en la atención que se establezcan en los mismos, de acuerdo con la normatividad expedida por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 82. Presentación de las facturas de prestación de los servicios. La presentación y recepción de facturas de prestación de servicios seguirá las siguientes reglas:

a) En los acuerdos de voluntades donde se pacte una modalidad de pago diferente a la capitación, la fecha de presentación de la factura corresponde a la fecha en que la misma se presenta ante la entidad responsable del pago por primera vez. A partir de esta fecha correrán los términos establecidos en el presente capítulo para efectuar los pagos y formular las devoluciones, glosas y respuestas de acuerdo con la normatividad que regula la materia. Las partes acordarán la periodicidad sobre cómo se presentarán las facturas, sin que estos tiempos excedan a los veinte (20) primeros días del mes siguiente a la prestación del servicio. Si se entrega por fuera de estos términos se entenderá presentada el primer día hábil del mes siguiente;

b) Se recibirán todas las facturas presentadas por los prestadores, y se prohíbe el establecimiento de la obligatoriedad de procesos de auditoría previa a la presentación de las mismas o cualquier práctica tendiente a impedir la recepción. Lo anterior no aplica a las auditorías concurrentes que se realicen;

c) 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 la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 83. Servicios de alta especialización. Las entidades responsables de pago podrán priorizar la prestación de los servicios de alta especialización a sus usuarios en instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas, en proceso de acreditación y centros de excelencia, de acuerdo con la reglamentación que defina el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 84. Incumplimiento de los indicadores pactados. Si durante la ejecución del contrato, entre la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado y las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud se incumplen los indicadores de salud del

sistema de calidad y de resultados, la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado podrá contratar con otra(s) instituciones prestadoras de salud, previa verificación del incumplimiento y concepto del Ministerio de la Protección Social o de la entidad en quien este delegue.

Artículo 85. *Redes de servicios.* Las EPS son responsables de articular, y ofrecer los servicios a sus afiliados de manera continua, coordinada y eficiente, con portabilidad, calidad y oportunidad. Los prestadores de servicios de salud, públicos y privados, podrán organizarse en redes, con la coordinación de alguna o varias de ellas; en ese caso deberán habilitar la función de coordinación y demostrar que no desarrollan funciones de intermediación, que será prohibida.

Artículo 86. *Definición de Red de Servicios.* La red de servicios de salud se define como un conjunto coordinado de unidades prestadoras de servicios, jerarquizadas y organizadas, de distinta capacidad de resolución, ubicadas en un espacio geográfico e interrelacionadas funcionalmente, con el objeto de coordinar la prestación de servicios y la gestión clínica, con apoyo de normas operacionales, un sistema de referencia y contrarreferencia, sistemas de información, y recursos logísticos de coordinación, de tal forma que en su conjunto ofrecen una respuesta adecuada a las necesidades de la población. La red presupone, una integración funcional de los prestadores que la componen y se vinculan para cumplir en conjunto con una función común de coordinación de la prestación de los servicios.

Artículo 87. *Coordinación de la Red.* La red de servicios debe ser coordinada por una o varias de las IPS que la componen y estará encargada de garantizar el tránsito continuo del usuario por los diferentes escenarios intramurales de atención de la red y con los ámbitos no institucionales y extramurales de atención que se requieran, como la familia, los cuidadores informales, el ambiente, el espacio educativo, lugar de trabajo y las redes de apoyo social; proceso que se hará a través de las diferentes etapas de su condición salud-enfermedad, con el sustento de normas operacionales, un sistema de referencia y contrarreferencia, los sistemas de información, y los recursos logísticos de coordinación. La coordinación busca que el servicio se brinde de forma precisa, oportuna y pertinente, para garantizar su calidad, reducir complicaciones, optimizar recursos y el logro de resultados clínicos eficaces y costo-efectivos. La función de coordinación será esencialmente un proceso del ámbito clínico y operativo, teniendo como objetivos y componentes:

1. La definición y operación de un sistema de referencia y contrarreferencia.
2. Coordinación y desarrollo conjunto de sistemas de gestión e información clínica que incluyan aspectos como la historia clínica, el reporte de exámenes clínicos y la elaboración y gestión.
3. La coordinación de medidas de fomento de la salud, preventivas, de tratamiento, rehabilitación y paliación con ámbitos no institucionales como la familia, los cuidadores informales, el ambiente, el espacio educativo, lugar de trabajo y las redes de apoyo social.
4. La garantía de un punto de primer contacto, que serán los Equipos Básicos de Atención Primaria en Salud, con capacidad de acceder a la información clínica obtenida en los diferentes escenarios de atención y de proporcionarla a estos mismos en sentido inverso.

5. El equipo de salud de Atención Primaria, o como mínimo un médico de cabecera en la puerta de entrada, que garantizará la integración de toda la información del paciente en diferentes escenarios de atención, para obtener los mejores resultados.

6. El desarrollo de un proceso de vigilancia epidemiológica de la red, que incluya la notificación y la aplicación de medidas que sean de su competencia en la prestación de servicios y de evaluación de resultados.

7. La facilitación por su intermedio de la gestión de servicios, medicamentos e insumos entre sus integrantes, en las mejores condiciones de calidad y costo efectividad

8. La racionalización y diversificación con eficiencia del portafolio de servicios de cada uno de sus integrantes y de la red en su conjunto.

9. La coordinación y prestación de servicios de telemedicina y telecuidado.

Parágrafo 1º. La función de coordinación, siendo en esencia un proceso clínico y operativo, en el primer contacto será responsabilidad de los equipos de Atención Primaria y sucesivamente, a través de los procesos de referencia y contrarreferencia, será responsabilidad de los equipos especializados en la gestión de enfermedades.

Parágrafo 2º. El Ministerio de la Protección Social, reglamentará la función de coordinación en la red y establecerá los criterios y estándares para que esta función se habilite. En especial se definirán claramente los criterios para diferenciar entre función de coordinación e intermediación, que estará prohibida.

Parágrafo 3º. Las IPS habilitadas para ejercer la función de coordinación podrán conformar portafolios de servicios con otras IPS, siempre y cuando se cumplan los estándares y criterios definidos por el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 4º. Las EPS podrán promover la conformación de redes de servicios y contratar la función de coordinación con IPS habilitadas para el efecto, mediante la modalidad de capitación u otras modalidades de pago prospectivo. Esta contratación no exime a la EPS de las funciones indelegables del aseguramiento artículo 14 de la Ley 1122 de 2007.

Artículo 88. Acceso por el primer nivel de atención y remisión. En todo caso el acceso a los servicios de salud será por el nivel básico de atención primaria en salud. Cuando las condiciones de salud del usuario requieran una atención de mayor complejidad esta se coordinará a través de régimen de referencia y contrarreferencia definido en la red.

Artículo 89. Portafolio de Servicios de la Red. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, planificarán y coordinarán su portafolio de servicios y mantendrán informados a todos los integrantes de la red y a los usuarios sobre el particular, incluyendo la información requerida sobre los servicios disponibles, las condiciones de acceso y los principales indicadores de calidad que se establezca en el reglamento técnico de la red.

Artículo 90. Régimen de Referencia y Contrarreferencia. Es el conjunto de procesos y normas técnicas y administrativas de obligatorio cumplimiento, que adoptarán los integrantes de la red, las IPS de la red, para prestar al usuario una atención en salud continua y pertinente.

Artículo 91. Redes de Servicios en la Empresas Sociales del Estado. Las Empresas Sociales del Estado podrán conformar redes y coordinarse, conforme la ley y su reglamentación. Por iniciativa de la autoridad en salud correspondiente y las juntas

directivas de las ESE, varias de ellas podrán coordinarse en red y administrarse conjuntamente. En estos casos se podrá constituir una junta directiva única, de máximo nueve miembros, que asuma las funciones que previamente asumían las juntas directivas de cada una de las ESE integrantes de la red así conformada; asimismo se constituirá un equipo ejecutivo de la red y se hará la reorganización administrativa y del portafolio de servicios en red. El gobierno reglamentará la materia. En casos excepcionales de intervención o insolvencia de la Empresas Sociales del Estado, las redes podrán asumir de manera conjunta la administración externa de estas ESE, centros, puestos de salud o equipos básicos de atención en zonas dispersas.

CAPÍTULO X

Atención del usuario

Artículo 92. Atención inicial de urgencias. Modifíquese el parágrafo del artículo 20 de la Ley 1122 de 2007 y adiciónese el parágrafo 1° en los siguientes términos:

¿Parágrafo 1°. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas independientemente de su capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato, orden previa ni exigencia de pago previo o la suscripción de cualquier título valor que garantice el pago.

Las EPS en relación con sus afiliados o las entidades territoriales responsables de la atención a la población pobre no cubierta por los subsidios a la demanda, no podrán negar el pago de servicios a las IPS públicas o privadas, cuando estén causados por este servicio, aun sin que medie contrato.

Si la falta de atención es causa directa de la muerte del paciente y es responsabilidad de la IPS, la Superintendencia Nacional de Salud sancionará con medidas que pueden ir desde multas hasta el cierre de la misma, una vez se adelanten las acciones para determinar la responsabilidad¿.

Artículo 93. Sistema de evaluación y calificación de EPS e IPS. Desarrollar un sistema de evaluación y calificación de EPS e IPS que permita conocer públicamente en forma periódica como mínimo los siguientes indicadores: número de quejas, tipos de programas de prevención y control de enfermedades implementados, prevalencias de enfermedades de interés en salud pública, reconocimientos especiales a la gestión; administración y flujo de recursos, con el fin de incentivar la competencia por calidad y permitir la libre elección informada por parte de los usuarios del SGSSS.

Parágrafo. El Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces reunirá las diferentes mediciones que viene adelantándose frente a la calificación de EPS e IPS y definirá la metodología que permita unificar y responder a todos los interesados en conocer la calificación a través del Observatorio Nacional de Calidad. El Ministerio de la Protección Social contará con seis meses a partir de la sanción de la presente ley para reglamentar y definir las características de la metodología y funcionamiento del Observatorio Nacional de Calidad.

Artículo 94. Defensor del Usuario de la Salud. Los afiliados a cada EPS del Sistema General de Seguridad Social en Salud contará con un defensor del usuario que será nombrado por el Superintendente Nacional de Salud y que actuará en su representación

como vocero ante las entidades aseguradoras y los entes territoriales. El Defensor del Usuario de la Salud gestionará y resolverá quejas, reclamaciones y sugerencias relacionadas con los derechos y obligaciones de los usuarios en la prestación de servicios.

Las decisiones de esta nueva instancia tendrán valor vinculante, y les estará prohibido a las entidades de aseguramiento desconocer su pronunciamiento o decisión, so pena de hacerse acreedores a las sanciones establecidas por los organismos de control, por el incumplimiento de las funciones que deben desempeñar las EPS, de acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno Nacional al respecto.

Parágrafo 1º. El Gobierno Nacional contará con un plazo máximo de seis (6) meses a partir de la sanción y publicación de la presente ley para determinar y reglamentar las características del Defensor del Usuario de la Salud, y su articulación con el nivel central.

Parágrafo 2º. En asuntos referentes al Plan Obligatorio de Salud (POS) deberá remitir concepto al Comité Técnico-Científico (CTC), que tomará la decisión pertinente, conforme a la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo 3º. Para el desempeño de sus funciones y para hacer efectivas las reclamaciones de los usuarios la Superintendencia proporcionará el acceso por medio de Tecnologías y Medios de Información y Comunicación modernos y efectivos.

Artículo 95. Funciones. Las funciones del Defensor del Usuario de la Salud son:

1. Ser un instrumento de garantía para atender, gestionar, encauzar y resolver las reclamaciones no satisfechas que efectúen los usuarios del SGSSS.

2. Ser mediador, constituyéndose en un enlace entre las partes, capaz de lograr soluciones.

3. Actuar como órgano consultivo en aquellas cuestiones que son de su competencia.

4. Servir como instrumento de mejora de la calidad del sistema de salud a través de estudios o conceptos en los que emita recomendaciones cuando la situación lo requiera.

5. Recopilar evidencia sobre la demanda de servicios y modelos de atención y presentar propuestas al nivel central para que sean entregadas a la Comisión Nacional de Regulación en Salud (CRES) o quien haga sus veces en representación de los usuarios.

CAPÍTULO XI

Sistema de Inspección, Vigilancia y Control

Artículo 96. Modifíquese el artículo 13 literal e) de la Ley 1122. El cual quedará de la siguiente manera:

¿e) Los municipios y distritos destinarán hasta el 0,2% 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 en los departamentos y el Distrito Capital, a través de concurso de méritos, de acuerdo con la reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces.

Adicionalmente, los municipios y distritos destinarán el 0,4% de los recursos del régimen subsidiado a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza la inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales y la defensa de los usuarios. 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¿.

Artículo 97. Descentralización. Con el fin de tener mayor efectividad en el control y dirimir los conflictos de intereses que puedan presentarse por parte de los entes territoriales, la Superintendencia Nacional de Salud deberá descentralizar sus funciones a nivel regional, a través de intendencias regionales que serán reglamentadas según reglamento que para el efecto expida el Gobierno Nacional.

Artículo 98. Sistema de Administración del Riesgo. La Superintendencia Nacional de Salud verificará la existencia y correcto funcionamiento de un sistema de administración de riesgo en las EPS mediante auditorías externas previamente habilitadas por la Superintendencia Nacional de Salud.

Artículo 99. Intervención forzosa administrativa. La Superintendencia Nacional de Salud, sin perjuicio de las facultades vigentes, podrá mediante acto administrativo debidamente motivado, ejercer la intervención forzosa administrativa para administrar o liquidar las entidades vigiladas que cumplan funciones de explotación, administración u operación de monopolios rentísticos cedidos al sector salud, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, las Instituciones Prestadoras de Salud de cualquier naturaleza, así como para intervenir técnica y administrativamente las direcciones territoriales de salud cualquiera sea la denominación que le otorgue el ente territorial en los términos de la ley, de conformidad con la normatividad que expida el Gobierno Nacional.

Artículo 100. Liquidación de empresas sociales del Estado. En las liquidaciones de empresas sociales del Estado que se estén adelantando o 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.

Artículo 101. Transitoriedad. Durante el tiempo en que se desarrollen y reglamenten las Intendencias Regionales se aplicará el siguiente Sistema de Inspección, Vigilancia y Control:

¿Sistema de Inspección, Vigilancia y Control. Los procedimientos, órdenes e instrucciones de la Superintendencia Nacional de Salud en materia de inspección, vigilancia y control serán de obligatoria aplicación por parte de las Secretarías o Direcciones Territoriales de Salud o cualquiera que sea su denominación en los Departamentos, municipios y Distritos en relación con las competencias de inspección, vigilancia y control asignadas a estas, donde actúen en forma concurrente con la Superintendencia Nacional de Salud.

Sin perjuicio de las atribuciones de las Entidades Territoriales, los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud, por orden expresa de esta, podrán ser sujetos de acciones de inspección y vigilancia por parte de las Secretarías o Direcciones Territoriales de Salud o cualquiera que fuera su denominación de los Departamentos, Municipios y Distritos en los casos en los cuales tenga competencia dentro de su respectiva jurisdicción. Para el caso de la red pública dicha competencia se ejercerá de manera concurrente con auditorías externas a través de entidades especializadas previamente seleccionadas y habilitadas por la Superintendencia Nacional de Salud.

Las Secretarías o Direcciones Territoriales de Salud o cualquiera que fuera su denominación de los Departamentos, Municipios y Distritos, y las auditorías externas presentarán en los plazos que la Superintendencia le otorgue, los informes sobre el

desarrollo de las acciones y órdenes impartidas. Igualmente rendirán cuentas de las actividades de inspección, vigilancia y control que realicen a sus vigilados.

El incumplimiento de esta función por parte de las Secretarías o Direcciones Territoriales de Salud o cualquiera que sea su denominación de los Departamentos, Municipios y Distritos, dará lugar a las multas establecidas en la presente ley y en caso de reincidencia dará lugar a la intervención técnica y administrativa por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

CAPÍTULO XII

Procedimiento y multas

Artículo 102. Fondo Anticorrupción del Sector salud. Créase el Fondo Anticorrupción del Sector Salud como un fondo especial de la Superintendencia Nacional de Salud. El objeto del Fondo será financiar los gastos necesarios para el fortalecimiento de la facultad de inspección, vigilancia y control y para la puesta en marcha, operación y administración del sistema de información para el reporte de eventos sospechosos de corrupción y fraude a que se refiere el presente decreto.

La Superintendencia Nacional de Salud podrá, con cargo a los recursos del Fondo Anticorrupción del Sector Salud, realizar convenios con la Contraloría General de la República, la Procuraduría General de la Nación, la Fiscalía General de la Nación tendientes a fortalecer la lucha contra la corrupción y el Tribunal de Ética Médica.

El Fondo Anticorrupción del Sector Salud estará financiado con las multas que imponga la Superintendencia Nacional de Salud, los aportes que se le asignen en el Presupuesto General de la Nación, las donaciones, los recursos provenientes de cooperación internacional, las inversiones que se efectúen y los demás ingresos que de acuerdo con la ley esté habilitado para recibir.

Artículo 103. Procedimiento sancionatorio abreviado. La Superintendencia Nacional de Salud aplicará las multas a que se refiere la presente ley realizando un proceso administrativo sancionatorio abreviado consistente en la solicitud de explicaciones en un plazo de cinco (5) días hábiles, de la práctica de las pruebas a que hubiere lugar en un plazo máximo de 30 días calendario y sancionará u ordenará el archivo de las actuaciones en un plazo máximo de 30 días. Si no hubiere lugar a decretar pruebas, se emitirá decisión sancionatoria o de archivo en un plazo máximo de 30 días.

Artículo 104. Conductas Sancionables. La Superintendencia Nacional de Salud impondrá multas en las cuantías señaladas en la presente ley 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 y de los monopolios rentísticos de suerte y azar y licores, cervezas, vinos, aperitivos y similares, en especial por incurrir en las siguientes conductas:

1. Violar la Ley 1098 de 2006.

2. Aplicar preexistencias a los afiliados por parte de la Entidad Promotora de Salud del régimen contributivo y subsidiado.

3. No realizar la atención inicial de urgencias.

4. Violar las normas contenidas en los artículos 161, 168, 178, 182, 183, 188, 204, 210, 225 y 227 de la Ley 100 de 1993.

5. Poner en riesgo la vida de los sujetos de especial protección constitucional como son maternas, menores de un año y los pacientes de la tercera edad.

6. No realizar las actividades en salud derivadas de accidentes de trabajo, enfermedad profesional, accidentes de tránsito y eventos catastróficos.

7. Impedir o atentar en cualquier forma contra el derecho del trabajador a su 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.

8. 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.

9. Evadir, eludir o no realizar oportunamente el pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de los empleadores, contratistas, entidades que realizan afiliaciones colectivas o trabajadores independientes.

10. Incumplir con las normas de afiliación por parte de los empleadores, contratistas, entidades que realizan afiliaciones colectivas o trabajadores independientes.

11. Incumplir las normas que regulan el monopolio rentístico de licores, cervezas, sifones, refajos, vinos, aperitivos y similares y del monopolio rentístico de loterías, apuestas permanentes y demás modalidades de los juegos de suerte y azar.

12. Incumplir la Ley 972 de 2005.

13. No reportar la información solicitada por la Superintendencia Nacional de Salud o por el Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces, según las denuncias por este efectuadas.

14. Violar cualquiera de las disposiciones de Atención al Usuario por parte de las entidades administradoras de planes de beneficios, por las instituciones prestadoras de servicios y por las entidades territoriales cuando presten servicios de salud.

15. Obstruir las investigaciones y el incumplimiento de las obligaciones que deben informar los vigilados.

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 pecunio, y en consecuencia no se puede imputar al presupuesto de la entidad de la cual dependen.

Artículo 105. Valor de las multas. Las multas a imponer por las conductas sancionables previstas en el presente decreto a las personas naturales y jurídicas que se encuentren dentro del ámbito de vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, así como a título personal 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 del sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y privado serán:

1. En desarrollo del 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 del sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y privado entre diez (10) y dos mil (2.000) salarios mínimos mensuales legales vigentes, cuyo monto se liquidará teniendo en cuenta el valor del salario mínimo vigente a la fecha de expedición de la resolución sancionatoria.

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

Cuando se encuentre que alguna Entidad Promotora de Salud aplique preexistencias a algún afiliado la Superintendencia Nacional de Salud podrá aplicar multas por el mayor valor que resulte de aplicar lo dispuesto en el presente artículo o hasta por dos veces el valor estimado del tratamiento de la enfermedad excluida. Cada vez que se reincida, se duplicará el valor de la multa.

Las multas podrán ser por el mayor valor que resulte de aplicar lo dispuesto en el presente artículo o hasta por el 150% de la utilidad derivada de la conducta por parte del infractor cuando con ella se puso en riesgo la vida del paciente.

Las multas podrán corresponder al mayor valor que resulte de aplicar lo dispuesto en el inciso precedente o hasta por el 150% de la utilidad derivada de la conducta por parte del infractor.

Cuando se infrinja el régimen general aplicable al 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 106. Graduación de las multas. Para efectos de graduar las multas, se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

1. El impacto que la conducta tenga sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en función de la naturaleza del medicamento o dispositivo médico de que se trate.

2. El beneficio obtenido por el infractor con la conducta en caso de que este pueda ser estimado.

3. La colaboración con la investigación por parte de los procesados.

4. El patrimonio del infractor.

5. La persistencia en la conducta infractora.

6. 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; o de los arbitrios rentísticos, monopolios de licores, suerte y azar, cervezas, sifones, vinos, aperitivos y similares o con el incumplimiento de compromisos adquiridos o de órdenes impartidas por el Gobierno Nacional, por las autoridades de inspección, vigilancia y control

o por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMD) o por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo en ejercicio de sus funciones de seguimiento y control de la política fijada por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMD).

Artículo 107. Destino de las multas. Las multas que imponga la Superintendencia Nacional de Salud en el ejercicio de sus funciones serán giradas al Fondo Anticorrupción del Sector Salud que se crea mediante la presente ley. Las multas que imponga la Superintendencia de Industria y Comercio le pertenecen a dicha entidad.

Artículo 108. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las demás normas que le sean contrarias.

CONSULTAR FIRMAS EN ORIGINAL IMPRESO O EN FORMATO PDF

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Marco Constitucional

El proyecto de ley reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el marco de la Constitución Política, para la creación de entornos sanos y la coordinación interinstitucional e intersectorial de las políticas y estrategias hacia la salud, el mejoramiento en el acceso a los servicios, la dirección, fortalecimiento de la regulación y rectoría, la organización, financiación, sostenibilidad, equilibrio entre los actores del sistema, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control. A continuación se presenta el fundamento constitucional.

¿Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley.

La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.

No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.

La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.

El Estado garantizará los derechos, la sostenibilidad financiera del Sistema Pensional, respetará los derechos adquiridos con arreglo a la ley y asumirá el pago de la deuda pensional que de acuerdo con la ley esté a su cargo. Las leyes en materia pensional que se expidan con posterioridad a la entrada en vigencia de este acto legislativo, deberán asegurar la sostenibilidad financiera de lo establecido en ellas.

Sin perjuicio de los descuentos, deducciones y embargos a pensiones ordenados de acuerdo con la ley, por ningún motivo podrá dejarse de pagar, congelarse o reducirse el valor de la mesada de las pensiones reconocidas conforme a derecho.

Para adquirir el derecho a la pensión será necesario cumplir con la edad, el tiempo de servicio, las semanas de cotización o el capital necesario, así como las demás condiciones que señala la ley, sin perjuicio de lo dispuesto para las pensiones de invalidez y sobrevivencia. Los requisitos y beneficios para adquirir el derecho a una pensión de invalidez o de sobrevivencia serán los establecidos por las leyes del Sistema General de Pensiones.

En materia pensional se respetarán todos los derechos adquiridos.

Los requisitos y beneficios pensionales para todas las personas, incluidos los de pensión de vejez por actividades de alto riesgo, serán los establecidos en las leyes del Sistema General de Pensiones. No podrá dictarse disposición o invocarse acuerdo alguno para apartarse de lo allí establecido.

Para la liquidación de las pensiones sólo se tendrán en cuenta los factores sobre los cuales cada persona hubiere efectuado las cotizaciones. Ninguna pensión podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual vigente. Sin embargo, la ley podrá determinar los casos en que se puedan conceder beneficios económicos periódicos inferiores al salario mínimo, a personas de escasos recursos que no cumplan con las condiciones requeridas para tener derecho a una pensión.

A partir de la vigencia del presente Acto Legislativo, no habrá regímenes especiales ni exceptuados, sin perjuicio del aplicable a la fuerza pública, al Presidente de la República y a lo establecido en los parágrafos del presente artículo.

Las personas cuyo derecho a la pensión se cause a partir de la vigencia del presente Acto Legislativo no podrán recibir más de trece (13) mesadas pensionales al año. Se entiende que la pensión se causa cuando se cumplen todos los requisitos para acceder a ella, aún cuando no se hubiese efectuado el reconocimiento.

La ley establecerá un procedimiento breve para la revisión de las pensiones reconocidas con abuso del derecho o sin el cumplimiento de los requisitos establecidos en la ley o en las convenciones y laudos arbitrales válidamente celebrados.

Parágrafo 1º. *A partir del 31 de julio de 2010, no podrán causarse pensiones superiores a veinticinco (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes, con cargo a recursos de naturaleza pública.*

Parágrafo 2º. *A partir de la vigencia del presente Acto Legislativo no podrán establecerse en pactos, convenciones colectivas de trabajo, laudos o acto jurídico alguno, condiciones pensionales diferentes a las establecidas en las leyes del Sistema General de Pensiones.*

Parágrafo transitorio 1º. *El régimen pensional de los docentes nacionales, nacionalizados y territoriales, vinculados al servicio público educativo oficial es el establecido para el Magisterio en las disposiciones legales vigentes con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley 812 de 2003, y lo preceptuado en el artículo 81 de esta. Los docentes que se hayan vinculado o se vinculen a partir de la vigencia de la citada ley,*

tendrán los derechos de prima media establecidos en las leyes del Sistema General de Pensiones, en los términos del artículo 81 de la Ley 812 de 2003.

Parágrafo transitorio 2°. Sin perjuicio de los derechos adquiridos, el régimen aplicable a los miembros de la Fuerza Pública y al Presidente de la República, y lo establecido en los párrafos del presente artículo, la vigencia de los regímenes pensionales especiales, los exceptuados, así como cualquier otro distinto al establecido de manera permanente en las leyes del Sistema General de Pensiones expirará el 31 de julio del año 2010.

Parágrafo transitorio 3°. Las reglas de carácter pensional que rigen a la fecha de vigencia de este Acto Legislativo contenidas en pactos, convenciones colectivas de trabajo, laudos o acuerdos válidamente celebrados, se mantendrán por el término inicialmente estipulado. En los pactos, convenciones o laudos que se suscriban entre la vigencia de este Acto Legislativo y el 31 de julio de 2010, no podrán estipularse condiciones pensionales más favorables que las que se encuentren actualmente vigentes. En todo caso perderán vigencia el 31 de julio de 2010.

Parágrafo transitorio 4°. El régimen de transición establecido en la Ley 100 de 1993 y demás normas que desarrollen dicho régimen, no podrá extenderse más allá del 31 de julio de 2010; excepto para los trabajadores que estando en dicho régimen, además, tengan cotizadas al menos 750 semanas o su equivalente en tiempo de servicios a la entrada en vigencia del presente Acto Legislativo, a los cuales se les mantendrá dicho régimen hasta el año 2014.

Los requisitos y beneficios pensionales para las personas cobijadas por este régimen serán los exigidos por el artículo 36 de la Ley 100 de 1993 y demás normas que desarrollen dicho régimen.

Parágrafo transitorio 5°. De conformidad con lo dispuesto por el artículo 140 de la Ley 100 de 1993 y el Decreto 2090 de 2003, a partir de la entrada en vigencia de este último decreto, a los miembros del cuerpo de custodia y vigilancia Penitenciaria y Carcelaria Nacional se les aplicará el régimen de alto riesgo contemplado en el mismo. A quienes ingresaron con anterioridad a dicha fecha se aplicará el régimen hasta ese entonces vigente para dichas personas por razón de los riesgos de su labor, este es el dispuesto para el efecto por la Ley 32 de 1986, para lo cual deben haberse cubierto las cotizaciones correspondientes.

Parágrafo transitorio 6°. Se exceptúan de lo establecido por el inciso 8° del presente artículo, aquellas personas que perciban una pensión igual o inferior a tres (3) salarios mínimos legales mensuales vigentes, si la misma se causa antes del 31 de julio de 2011, quienes recibirán catorce (14) mesadas pensionales al año.

Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las

competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.

El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto.

Así mismo el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos.^{[1][1]}

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud es un componente sustantivo del Estado moderno, como garante de los derechos de las personas e instrumento para mejorar la competitividad y lograr el desarrollo. Sin embargo, no existe un sistema de salud ideal, que proporcione atención completa a las necesidades de los países, unas veces por problemas de acceso y otras de calidad. Los problemas de acceso se relacionan con la sostenibilidad, la cobertura deseada, y el cubrimiento de toda la población. Así mismo, resulta difícil la atención de poblaciones vulnerables, dispersas y de las diferencias étnicas, culturales y sociales, de tal manera que es necesario priorizar y ofrecer atención progresiva a las necesidades de las personas.

Los problemas de acceso y por lo tanto de financiación de los sistemas se han venido agravando en el mundo entero por la transición demográfica y epidemiológica.

El envejecimiento de la población y la discapacidad concurrente a este fenómeno se han convertido en un reto en todos los países. Cada vez se requieren más servicios para enfermedades crónicas, degenerativas y cáncer y para otras denominadas emergentes y reemergentes. Al mismo tiempo que envejece la población la tecnología biomédica viene experimentando un crecimiento constante. Desafortunadamente este avance que es positivo en la medida que ofrece mejores alternativas de salud y recuperación tiene su lado negativo que es el de los mayores costos y la consecuente exclusión de estas prerrogativas para quienes no tienen cómo pagarlos. En consecuencia nos encontramos en la necesidad de lograr un manejo profesional de los pacientes con mayor responsabilidad y complejidad.

Colombia no es la excepción a estos problemas, en 14 años el país ganó 4,5 años en esperanza de vida, la esperanza de vida se ha incrementado de 70 años aproximadamente en

^{[1][1]} Constitución Política de Colombia.

los años noventa a 74 años en el censo de 2005^{2[2][2]}. El predominio de las enfermedades crónicas, degenerativas y cáncer es un hecho notorio, que seguirá intensificándose los próximos 30 a 50 años. A pesar del predominio de las enfermedades crónicas Colombia sigue siendo un país con extensos grupos de población en condiciones de pobreza y miseria (ver Gráfica N° 1). Por esta misma razón nuestro país también debe enfrentar las enfermedades propias de condiciones epidemiológicas pretransicionales como las enfermedades infecciosas, perinatales y la mortalidad materna.

La mayor y creciente complejidad de los servicios de salud ha llevado a que el aseguramiento se convierta en una necesidad en los sistemas de salud de países con poblaciones numerosas. Hoy en día las personas esperan más que una consulta ocasional o una atención hospitalaria. La situación de los años ochentas ha variado porque la población ya no espera que se construya un hospital simplemente sino que se le proporcione un conjunto articulado y continuo de servicios, que deben por lo tanto ser organizados por empresas profesionales como las aseguradoras. En el caso particular de Colombia se ha definido que existan compañías denominadas Empresas Promotoras de Salud ¿ EPS, que por delegación del Estado están encargadas de organizar la red de servicios, garantizar un portafolio de servicios con continuidad y calidad, al mismo tiempo que ejercen funciones de recaudo y compensación. Otros países, distintos de Colombia han optado por organizar de manera completamente pública las redes de servicios, mediante aseguradoras públicas o a través de la administración directa de las redes de servicios, medi ante alguna instancia gubernamental. También existen países que han delegado la prestación del servicio en mercados regulados o compañías privadas y existe un nivel variable de controversia sobre cuál es la mejor alternativa de regulación para cada país.

Además de crear las EPS como un elemento administrativo, se viene desarrollando en nuestro país un ambicioso programa de cobertura que ha exigido un incremento en la financiación del sector salud, que hoy está estimado en el 8,2% como gasto del Producto Interno Bruto. También fue necesaria la creación de un régimen de aseguramiento subsidiado que actualmente cubre a 23.882.314 millones de colombianos con servicios médicos generales, hospitalización, laboratorio, rehabilitación, cirugía y medicamentos. En su conjunto el sistema ha logrado una cobertura del 96% en aseguramiento y la provisión de un mayor volumen y cantidad de servicios por año para todos los asegurados. Este crecimiento a su vez ha significado un fortalecimiento muy grande del subsector de prestación de servicios, ha permitido ofrecerle empleo y oportunidad de trabajo a miles de trabajadores de la salud formados en las universidades en los últimos 10 años. También el sector educativo dedicado a la formación de profesionales de la salud ha tenido un crecimiento sorprendente, tanto en las ramas de la prestación como en la administración, la gerencia y la epidemiología.

A pesar del alcance de una cobertura casi universal, en servicios de salud y de la mayor provisión de los mismos, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, creado con la Ley 100 de 1993 y modificado por la Ley 1122 de 2007, enfrenta hoy en día una situación de insolvencia, de gasto creciente, ineficiencia y desregulación, que obliga a la introducción

^{2[2][2]} Departamento Nacional de Estadística DANE.

de medidas de ajustes, para consolidar los logros obtenidos y alcanzar las metas de la universalidad, la equidad, la sostenibilidad y sobre todo la salud. También se ha observado una fuerte tendencia curativa y que algunos indicadores de salud y bienestar no han mejorado, como sería necesario con un esfuerzo tan grande de financiación; incluso se ha encontrado el deterioro de algunos indicadores de salud pública críticos, como mortalidad materna, sífilis congénita y enfermedades transmitidas por vectores.

En atención a la necesidad de fortalecer la salud pública la Ley 1122 de 2007 introdujo la creación del Plan Nacional de Salud Pública y un conjunto de medidas que ya han ofrecido buenos resultados, pero que deben evaluarse y fortalecerse.

Como respuesta a la situación expuesta se ha diseñado este proyecto de ley que tiene por objeto reformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud, para fortalecer la regulación y la rectoría, así como su dirección, organización y el ejercicio de sus funciones, a la vez que se fortalecen el aseguramiento, la inspección, la vigilancia y control. Asimismo, busca mejorar el acceso y la prestación de los servicios de salud, a través de recursos frescos con tributos a la cerveza y los cigarrillos, mejores mecanismos de contratación, incentivos, regulación, y flujo de recursos, que siendo transparentes y efectivos, basados en el seguimiento científico y riguroso del sistema, permitirán la universalización de la cobertura con sostenibilidad, promoviendo la movilización del sistema hacia el régimen contributivo y garantizando la viabilidad de la red pública de hospitales.

Justificación:

La expedición de una ley que reforme el Sistema General de Seguridad Social en Salud se justifica por las siguientes razones:

Rectoría y responsabilidad

El Sistema General de Seguridad Social en Salud enfrenta un déficit de regulación, que se origina en:

¿ La carencia de información actuarial, de resultados y de salud pública, crítica de información para la toma de decisiones.

¿ La prevalencia de incentivos inadecuados que han generado conductas rentísticas de los actores que afectan el flujo de fondos, que amenazan la sostenibilidad financiera del sistema y el logro de los resultados en salud.

¿ La carencia de un sistema de evaluación tecnológica que permita identificar los tratamientos y decisiones clínicas y terapéuticas más costosas y efectivas y eficaces, su pertinencia y seguridad.

¿ La carencia de mecanismos que hagan vinculantes en el Sistema de Seguridad Social la aplicación de las guías y normas técnicas o parte de ellas que se consideren esenciales.

¿ La creación de un sistema de cobros para servicios, de insumos y medicamentos excluidos del Plan Obligatorio de Salud, paralelo al POS y la regla de capitación del sistema, que funciona por el oneroso mecanismo de pago contra servicio prestado, de forma desregulada e imprevista en la ley y sus reglamentos. Este sistema paralelo al subsistema POS-UPC no permite hacer planeación y apropiación presupuestal, atenta contra la sostenibilidad del sistema y las posibilidades que este tiene de garantizar el derecho a la salud. Sobre todo, genera innumerables incentivos de intermediación, sobre facturación, selección inadecuada y no pertinente de servicios insumos y medicamentos y finalmente es

motivo de controversias, y constituye un enorme riesgo de reclamación tanto para el gobierno como para todos los actores involucrados.

¿ La falta de orientación intersectorial, de la salud en el ámbito extrainstitucional como la familia, el entorno laboral y educativo, la sociedad, los lugares de asistencia social y el espacio público.

¿ La enorme fortaleza, especialización y capacidad de influencia de las EPS e IPS que requieren un ministerio fuerte y dedicado al tema de la salud.

¿ Los problemas de la prestación de servicios que no se han resuelto como las crisis hospitalarias y la falta de acceso real a servicios de calidad en muchas regiones del país.

¿ El creciente número de tutelas por motivos de la salud.

¿ La incapacidad de la Comisión de Regulación en Salud, presidido por el Ministerio de la Protección Social, de revisar integralmente temas como el Plan Obligatorio de Salud y los sistemas de tarifas, dada su enorme cantidad de ocupaciones.

¿ La informatización del empleo y su comportamiento dadas las nuevas formas de contratación a través de cooperativas que en numerosas ocasiones actúan en contra del financiamiento y funcionamiento del sistema de salud.

¿ La aparición recurrente de problemas de salud pública y epidemias.

¿ La inoperancia del sistema de información en salud, e incluso la inexistencia de informaciones fundamentales para el seguimiento de los principales problemas de salud.

¿ La falta de gestión por resultados en salud y bienestar y no por ejecución del gasto.

¿ Las inconsistencias y dificultades de afiliación y reconocimiento de derechos que se han vuelto un asunto recurrente.

¿ La no inclusión de temas fundamentales para la salud en la agenda pública o la falta de seguimiento de más alto nivel como consecuencia de las múltiples ocupaciones del Ministerio de la Protección Social.

Estos problemas de regulación requieren un esfuerzo mayor y más enfocado del gobierno, y de su reorganización. Asimismo se requiere que se fortalezcan las instituciones como la Comisión de Regulación de Salud y los sistemas de información en aspectos como actuaría, salud pública, precios, selección de beneficiarios y afiliación.

Atención primaria en salud

El país no cuenta con un desarrollo suficiente a nivel interinstitucional e institucional de coordinación que garantice la integralidad e integridad de los servicios. Asimismo es necesario compaginar y coordinar las intervenciones y la acción clínica entre los espacios innaturales e institucionales con los escenarios extrainstitucionales como la familia el trabajo, la sociedad, el espacio educativo, los cuidadores y otros.

Hasta hoy el desarrollo de la prestación de los servicios se viene dando de forma fragmentada, con visibles problemas de continuidad y oportunidad, de tal forma que es esencial definir unidades y modelos de atención primaria, elemento de primer contacto de los pacientes, mecanismos claros de referencia y contrarreferencia y tránsito de los usuarios por el sistema en sus diferentes niveles y de especialidad.

Aseguramiento

Como es 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 de Servicios de Salud POS incluye una gran cantidad de servicios de elevado nivel de complejidad y medicamentos. A continuación puede verse la situación de cobertura.

Tabla 1. COBERTURA DEL SISTEMA

Año	Población (1)	Afiliados RC	Afiliados RS	Afiliados reg. Excep.	Afiliados RC + rs + re (2)	Potencial ampl. Cobertura (1) - (2)	% Part. En (1)
2006	43.405	16.364	20.125	1.910	38.400	5.005	11,5
2007	43.926	17.404	21.607	1.933	40.944	2.982	6,8
200844.450	17.835	23.601	1.956	43.392	1.058	2,4	
2009	44.978	17.427	23.805	1.980	43.211	1.766	3,9

FUENTE: Ministerio de la Protección Social ¿ Informes al Congreso de la República años 2008-2007-2006.

Este es el resultado de un esfuerzo progresivo y creciente en materia de salud y aseguramiento como muestra el siguiente gráfico.

CONSULTAR GRÁFICO EN ORIGINAL IMPRESO O EN FORMATO PDF

Fuente: Ministerio de la Protección Social.

No obstante la afiliación casi universal de colombianos al sistema de aseguramiento, sigue existiendo una diferencia en los contenidos de los planes de beneficios que disfrutaban los afiliados a régimen subsidiado y contributivo. Esta diferencia consiste en la carencia de servicios especializados de segundo y tercer nivel para los afiliados al régimen subsidiado, que constituye en un factor de inequidad que debe corregirse. La necesidad de igualar los contenidos de ambos regímenes también se origina en aspectos técnicos, una vez que el fraccionamiento del plan subsidiado implica la carencia de servicios esenciales para la atención de problemas prioritarios en salud pública como cáncer o enfermedad cardiovascular o para garantizar la atención continua e integral de las personas. La falta de igualación de los planes también ha llevado a paradojas como la garantía de servicios de alto costo, pero no de atenciones básicas para lograr que esos tratamientos se realicen de manera adecuada. Un ejemplo puede ser el de los enfermos de diabetes que tienen garantizada la diálisis y el trasplante, pero no la atención por un endocrinólogo o de oftalmología. En suma, es prioritaria la igualación de planes de beneficios entre el régimen subsidiado y contributivo, pero de una manera que permita articular integralmente las atenciones, procediendo a garantizar explícitamente y de forma progresiva, los conjuntos de servicios que responden a las prioridades de salud pública, que atienden los principales problemas del perfil epidemiológico y las necesidades de las personas.

Desafortunadamente, y a pesar que la Ley 1122 dispuso de recursos frescos para extender la cobertura, el creciente recobro de actividades y medicamentos no incluidos en el

POS se ha convertido en una amenaza para la universalización e igualación de la cobertura. El agotamiento y desbalance de las subcuentas del régimen subsidiado y contributivo, procuenta de los recobros, mengua la capacidad de universalización e igualación de planes.

Financiamiento y flujo de recursos

El financiamiento del Sistema de Salud Colombiano se basa en la solidaridad a través de la contribución de los trabajadores y los aportes de la Nación. Es decir, el sistema depende del empleo y las contribuciones laborales de los colombianos y también de la situación fiscal del país.

Actual la tendencia de desempleo en el país ha sido de aumento, registrándose un nivel de 12.6% (trimestre móvil diciembre 2009 a febrero de 2010). La rama que más concentró el mayor número de ocupados fue comercio, restaurantes y hoteles con un 27,1%. La posición ocupacional que registró mayor participación durante el mismo trimestre fue trabajador por cuenta propia con un 43,5%. Como consecuencia existe una tendencia de reducción de los recaudos de la cotización en el sistema contributivo, que afecta el recaudo del punto y medio de solidaridad, requerido en el régimen subsidiado. En vista de la situación económica mundial y la reciente crisis financiera de Estados Unidos y Europa, no parece que estas tendencias puedan modificarse dramáticamente en corto tiempo. A continuación se presentan las tendencias del empleo.

Gráfica N° 1.

CONSULTAR GRÁFICO EN ORIGINAL IMPRESO O EN FORMATO PDF

Ilustración 1 Tasa de desempleo - Variación de PIB ¿ 1996 ¿ 2009

CONSULTAR GRÁFICO EN ORIGINAL IMPRESO O EN FORMATO PDF

FUENTE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE ¿ Departamento Nacional de Planeación DNP.

A pesar que los ingresos al sistema de salud se mantienen amenazados por el desempleo, ha sido posible aumentar los ingresos del sistema, gracias a mejores sistemas de afiliación, recaudo de información como muestra la gráfica siguiente.

CONSULTAR GRÁFICO EN ORIGINAL IMPRESO O EN FORMATO PDF

Fuente: Ministerio de la Protección Social ¿ Fidufosyga.

*Incluye radicados de 1997, 1998, 1999 y 2000.

**Corresponde a radicados hasta diciembre 15.

Fuente: Base de datos de recobros administrada por el Consorcio Fidufosyga 2005, 2009.

Entre 2005 y 2009, las fuentes en seguridad social crecieron 23,7% pasando de \$15,8 a \$19,6 billones. No obstante el crecimiento de los ingreso, se ha dado un crecimiento

dramático en los gastos, particularmente para el reconocimiento de servicios, insumos y medicamentos NO POS. Estos gastos no estaban previstos en las finanzas ni para mantener el equilibrio financiero del sistema de aseguramiento en Colombia, puesto que consideraba que el Plan Obligatorio de Salud incluye los servicios básicos y obligatorios. Sin embargo, a partir de decisiones judiciales en sede de tutela y luego como consecuencia de las sentencias de unificación (SU-480 de 1997 y 463 de 2007) surgió la atención denominada de manera genérica lo *¿No - POS¿* cuyo comportamiento reciente se ha convertido en una de las principales amenazas a la sostenibilidad financiera del sistema.

Recobros por servicios y medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS

De acuerdo con el estudio realizado por la Defensoría del Pueblo *¿La tutela y el derecho a la salud período 2006-2008¿*, se encontró que el derecho a la salud fue el más invocado en las tutelas, por encima del derecho de petición y del derecho a la vida. Durante el año 2008, por ejemplo, la participación de las tutelas en salud sumaron el 41.52% de estas reclamaciones en el país, seguidas por el derecho de petición, con un 32.9%, y el de la vida, con un 25.7%, como puede verse en el cuadro siguiente.

Derechos invocados en las Tutelas. Período 2006 ¿ 2008								
PERIODO								
	2006		2007		2008		2009	
	Nº de tutelas	% en tutelas	Nº de tutelas	% en tutelas	Nº de tutelas	% en tutelas	Nº de tutelas	% en tutelas
Salud	96.229	37,6	107.238	37,8	142.957	41,5	346.424	39,2
Petición	99.819	39,0	103.844	36,6	113.224	32,9	316.887	35,8
Vida	86.320	33,7	91.251	32,2	88.621	25,7	266.192	30,1

Fuente: Estudio *¿La Tutela y el Derecho a la Salud, período 2006-2008¿* Defensoría del Pueblo 2009.

Para el año 2009, con corte al 22 de diciembre, 376.000 personas afiliadas al Régimen Contributivo, habían obtenido beneficios no incluidos en el POS, por un valor estimado, con cargo al Fosyga, de \$1.85 billones, mientras que el aseguramiento para los cerca de 18 millones de afiliados en este régimen se proyecta que ascienda para el año 2009 a un monto del orden de los 10 billones de pesos. Estos resultados sugieren que, en algunos casos, la utilización de la acción de tutela podría inducir una distribución inequitativa de los servicios y los recursos del sistema.

De acuerdo con información suministrada por el Fosyga, el número de recobros ante la subcuenta de compensación del Fosyga pasó en número de reclamaciones de 1.088 en 2000 a más de 2 millones en 2009 y en valor, de \$4.200 millones en el año 2000 a más de \$2 billones en 2009. El periodo de mayor crecimiento de los recobros se dio entre 2006 y 2009, tanto en número como en valor de los recobros, que prácticamente se multiplicaron cuatro veces, como puede verse en la tabla siguiente:

Número y valor de recobros ante el Fosyga 2000-2009		
AÑO	NÚMERO	VALOR (\$)
2000*	1.088	4.243.707.788

Número y valor de recobros ante el Fosyga 2000-2009		
AÑO	NÚMERO	VALOR (\$)
2001	638	5.312.065.336
2002	68.986	56.741.403.512
2003	133.070	113.708.143.232
2004	156.788	170.154.746.532
2005	257.309	265.184.808.391
2006	555.055	570.020.905.611
2007	835.541	1.018.762.350.922
2008	1.657.461	1.759.402.261.989
2009**	2.089.597	2.050.216.972.289

En otras palabras, para 2009 el gasto promedicamentos y servicios NO POS llegó a representar el 20% del total del gasto salud. Este gasto se ejecutó por el mecanismo de pago contra prestación de servicios (recobros), y no por capitación, rompiendo la regla general de contratación por capitación entre el gobierno y las EPS. Como se sabe y se acepta universalmente, el pago contra servicios es mucho más oneroso que el de capitación, y además induce excesivamente la prestación de servicios generando niveles de gasto e ineficiencia insostenibles para el sistema.

La creación de los servicios NO POS como un gasto que supera los tres billones de pesos, en ambos regímenes, además de desequilibrar financieramente el sistema de salud, y amenazar la igualdad de los planes y la cobertura universal crea una actividad empresarial contraproducente y costosa para el sistema, que desdibuja su esencia. Se abre una puerta lucrativa de intermediarios y tramitadores para los recobros, a la vez que se está encareciendo la cadena de suministros de medicamentos, que puede llevar a que las aseguradoras estén más interesadas en los recobros, que en la administración del POS.

Son muchos y diversos los efectos negativos de los recobros. Existen riesgos documentados para la prescripción médica, en las prácticas comerciales e incentivos comerciales que aplican los laboratorios farmacéuticos, en los trámites y costos de la cadena de provisión de medicamentos y al final en el aseguramiento mismo. Esto es en la dramática presión del gasto No POS sobre los recursos del aseguramiento en el Régimen Contributivo, si se tiene en cuenta que los excedentes de la subcuenta del Fosyga se han consumido para el cumplimiento de las prestaciones No POS.

El importante aumento de los recobros entre 2007 y 2008, en particular entre el segundo semestre de 2007 y el mismo período de 2008 se explica en el pago de fallos de tutela que se incrementaron al eliminarse ciertos requisitos para realizar dichos recobros, atendiendo las órdenes consignadas en la Sentencia T-760 de 2008 y la acción popular de 2007 que ya había obligado a acelerar los pagos.

El gasto derivado de las prestaciones NO POS en el Régimen Contributivo se ha venido atendiendo, no existe otra fuente, con los recursos provenientes de las cotizaciones obligatorias de los afiliados, inicialmente con excedentes financieros. El gasto NO POS también constituye un factor de agotamiento de los excedentes financieros de la Subcuenta

de Compensación, que técnicamente deben constituirse como una reserva para la creciente transición epidemiológica, que se expresa en mayor número de enfermedades crónicas degenerativas y cáncer...

Uno de los principales factores que estimulan los recobros por servicios NO POS es la vigencia de un Plan Obligatorio desactualizado, en el cual, por ejemplo, no se incluyen tratamientos modernos para cáncer, inmunosupresión, enfermedades psiquiátricas o neurológicas. Es imperiosa la necesidad de actualizar el Plan Obligatorio de Salud, de manera que consulte el perfil epidemiológico y sobre todo para que estos servicios se contraten con las EPS por capitación y no por pago contra prestación de servicios. El cambio de pago contra servicios por el de capitación podría significar la reducción en los costos de los recobros hasta una quinta o sexta parte de su valor actual, máxime cuando existe evidencia que se vienen recobrando medicamentos por varias veces su valor de mercado.

Tanto el desequilibrio financiero como el conjunto de incentivos hacia un mayor gasto, que generan los recobros NO POS, exigen cambios profundos y decisivos en la legislación, tanto para garantizar una actualización pronta e integral del POS como para fortalecer la rectoría del sistema.

Prestación de servicios

Uno de los problemas más importantes que ha debido enfrentar el sistema ha sido la modernización y sostenibilidad de los prestadores de servicios de salud. Estos retos se han dado al mismo tiempo que debía desarrollarse una red de servicios con mayor capacidad de oferta, que creciera en capacidad resolutive y oferta a medida que crecía la afiliación al SGSSS. A pesar que esta tarea se ha desarrollado de manera progresiva, la sostenibilidad de las Empresas Sociales del Estado ¿ESE¿ y su modernización siguen ofreciendo retos en varios sentidos.

Además de los problemas propios de las ESE y los prestadores, estos deben enfrentar dificultades como la acumulación de cartera a más de 180 días que se ha mantenido acumulada en cerca de un billón de pesos cuando se totaliza la cartera de las entidades públicas agremiadas en ACESI y las Clínicas y Hospitales que representa la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales, como puede verse en los siguientes gráficos.

Total de 61 a 90 días	\$225.867.410.299
Total de 91 a 180 días	\$322.469.586.829
Total de 181 a 360 días	\$440.290.611.488
Total de Mayor 360 días	\$774.683.701.314
Total de Cartera Mayor a 60 días	\$1.763.311.309.930

Propuestas

De acuerdo al panorama que refleja la crisis del sistema se requiere tomar algunas medidas de fondo para solucionar los problemas evidenciados, entre los cuales se hace necesario:

Regulación y rectoría del sistema

Para fortalecer a la rectoría y a la regulación del sistema, se:

¿ Crea un sistema de monitoreo actuarial que permitirá conocer de manera más precisa las necesidades, las tendencias de gasto y los usos de los recursos destinados por el sistema a la atención del Plan Obligatorio de Salud. Este monitoreo le proporcionará al país instrumentos científicos y técnicos de planeación y contratación de la atención del riesgo individual, así como para el ajuste de la UPC por zonas dispersas, concentración de los riesgos, conurbación, edad y sexo. De manera similar el monitoreo será instrumento clave para garantizar la sostenibilidad técnica del POS y mantener una relación más transparente y resp onsable de contratación entre el gobierno y la EPS.

¿ Crea el Observatorio en Salud Pública, como el ejercicio de una función de vigilancia en manos del Ministerio de la Protección Social, directamente, en conjunto o a través del Instituto Nacional de Salud, que permitirá conocer un Sistema de monitoreo en salud pública que registrará e informará de la situación de salud del país, y de los indicadores de resultado y seguimiento de que habla el artículo 2º de la Ley 1122 de 2007.

¿ Crea un mecanismo transparente para el reconocimiento de gastos contingentes, ordenados por tutela o comités técnico-científicos, por la movilidad de capitación inversa, que anticipará el pago previamente calculado de los gastos contingentes y que se compensará luego de cada vigencia anual mediante el cálculo actuarial y la revisión de dichas contingencias. Este mecanismo evita la contratación de las EPS por la desaconsejable vía del pago por servicios prestados, y garantizará una gestión más eficiente, sin intermediarios ni procesos administrativos innecesarios.

¿ Se crea un Consejo Nacional de Evaluación y Seguimiento a Tecnología, Intervenciones y Procedimientos, con la participación de las Sociedades Científicas, las Universidades y los grupos de investigación de excelencia. Este consejo se encargará de hacer seguimiento a las decisiones de los comités técnico-científicos y al mismo tiempo hará evaluación de servicios, expedirá guías de práctica clínica y normas técnicas que podrán ser elevadas a obligatorias por el gobierno, total o parcialmente.

Además de especializarse, al Ministerio de Salud Pública y Seguridad Social se le encarga la creación de un Observatorio de Salud Pública, que registre e informe sobre los principales y más importantes indicadores de resultado y seguimiento de que habla el artículo 2º de la Ley 1122 de 2007. Esta medida refuerza la gestión por resultado, el control social y de las diferentes institucio nes del país.

También se fortalece la Comisión de Regulación en Salud, CRES, creando los sistemas, Sistema de Monitoreo Actuarial. Estos mecanismos le proporcionarán al país mejores instrumentos de actualización de la UPC del POS del ajuste de riesgo del sistema y en suma, una mejor regulación de las EPS. Estos sistemas también permitirán hacer en el país procesos más exigentes de evaluación e incorporación de tecnología.

El sistema de salud colombiano por ser un sistema de aseguramiento requiere niveles muy altos de información, un seguimiento actuarial, escrupuloso muy exigente que permita tener una relación armónica y transparente entre las aseguradoras y los afiliados.

El país necesita constituir un sistema que comprenda evaluación de tecnología, actuaría, monitoreo de precios y contratos, y evaluación de tecnologías, evaluación económica y clínica de la salud que incluya análisis de costo efectividad, calidad y eficacia.

La información permitiría contar con Instituciones fuertes que estén en capacidad para tomar decisiones, definir criterios, conocer de manera acertada y profunda la situación del Sistema y de esta manera en igualdad de condiciones para negociar con actores tan poderosos en el Sistema.

En el caso de la Comisión de Regulación en Salud, presidida por el Ministerio de la Protección Social tendría en su cabeza la orientación del monitoreo, que permitiría una actualización acertada del Plan Obligatorio de Salud, consultando las necesidades de la población de acuerdo a su perfil epidemiológico y criterios de costo-efectividad y de igual forma una consecuente actualización y ajuste de la Unidad de Pago por Capitación ¿ UPC. Estos sistemas permitirían institucionalizar de forma permanente el seguimiento que ya viene desarrollando el Ministerio de la Protección Social durante los últimos cinco años.

Aseguramiento

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 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 o 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 o empleos de corta duración. Esta medida fortalece financieramente este régimen y reduce la evasión, al mismo tiempo que hace más amigable y móvil el sistema de salud.

Además de fortalecer la movilidad 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. Entre las modificaciones mencionadas se crea y define la compensación en el régimen subsidiado.

De la misma manera que se garantiza la movilidad de régimen dentro de una misma EPS del subsidiado al contributivo, se desarrolla en sentido inverso. Se indica que los afiliados al Régimen Contributivo podrán permanecer afiliados a este régimen recibiendo un subsidio parcial.

Universalización e igualación de la cobertura

La igualación del Plan Obligatorio de Salud se desarrolla ampliamente en el proyecto de ley, para garantizar que todos los colombianos tengan acceso equitativo a los servicios de salud. Este propósito exige que el legislador le proporcione al Ministerio del ramo y a la CRES las competencias y recursos técnicos necesarios y lo que es más importante, los recursos financieros.

Se ha estimado que la igualación del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado al Contributivo exige recursos adicionales de 3,5 billones, a precios de 2010. Parte de estos

recursos se garantizaron mediante la expedición de la Ley 1393 de 2010, a través de los impuestos a las rentas cedidas. Sin embargo, es necesario apropiar recursos adicionales del presupuesto nacional hasta el 2015, de acuerdo con los valores que se presentan en el siguiente cuadro.

AÑO	VALOR
2011	\$923.496.993.582,45
2012	\$1.393.047.684.269,72
2013	\$1.918.089.832.326,66
2014	\$2.483.545.490.501,97
2015	\$2.761.320.853.928,31

Estos valores vienen revisándose en el estudio piloto de unificación de planes de Barranquilla y también tienen como sustento los estudios previos de Gestar Salud, entidad que agremia a las Empresas Solidarias de Salud, administradoras del régimen subsidiado.

Además de los recursos exigidos para la igualación de los planes de beneficios, deben apropiarse dineros para la incorporación de servicios y medicamentos al Plan Obligatorio de Salud, de ambos regímenes.

En el caso del Régimen Contributivo se ha estimado que la incorporación de una gran cantidad de servicios, hoy pagados por recobros, podrá a costar la quinta parte o menos de su valor recobrado. Por la ley se propone la actualización por una única vez del Plan Obligatorio de Salud, trasladando un punto de aportes, que actualmente se hacen a las caja de compensación familiar, al pago de la actualización del POS contributivo y a al saldo, muy pequeño que puedan causar los gastos contingentes. Estas medidas en su conjunto:

- ¿ La igualación del Plan Obligatorio de Salud Contributivo y Subsidiado.
- ¿ La actualización del POS.
- ¿ La creación y garantía de medidas técnicas de actualización revisión técnica y periódica en manos de órganos científicos.
- ¿ El monitoreo y evaluación de resultados.
- ¿ El desarrollo de un sistema de monitoreo actuarial.

Establecen las bases para que el Plan Obligatorio de Salud efectivamente contenga los servicios básicos que constituirán el derecho y la garantía a la salud.

Prestación de Servicios

Se mantiene la contratación obligatoria del 60% del gasto en salud del régimen subsidiado con los hospitales públicos. Esto controla la integración vertical en el régimen subsidiado, al mismo tiempo que garantiza el funcionamiento de estas entidades.

Se definen y desarrollan instrumentos para la creación de redes de servicios, como asociaciones de IPS coordinadas para el objeto de la atención clínica y prestacional de la población, en donde la función de coordinación será asumida por una o varias de las IPS que la conforman. Asimismo se desarrollan mecanismos para la creación de redes públicas de prestación.

Inspección vigilancia y control

Se fortalece la inspección vigilancia y control en varios sentidos

1. Se descentralizan las funciones de inspección vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud a nivel territorial.

2. Se eleva la financiación de los aportes para vigilancia y control del régimen subsidiado, que se descuentan de la UPC, pasando del 0.2% actual al 0,4%. Esto permitirá financiar la creación de las Intendencias Regionales.

3. Se crea, y sustenta financieramente la creación del defensor del usuario como un funcionario de la Superintendencia Nacional de Salud, uno por cada EPS, con representación a nivel nacional y con el apoyo de herramientas de información modernas y accesibles.

Asimismo se crean las conductas sancionables y sanciones que recogen de una mejor manera las diferentes problemáticas que se han encontrado en el país, pero que de manera impune. Se crea el Fondo Anticorrupción del Sector Salud, con funciones específicas que permitirán controlar y combatir la erosión de los recursos y la salud de los colombianos.

Financiación y flujo de recursos

Para solventar el sistema de salud y financiar la igualación de los planes de beneficios, el proyecto de ley dispone de tres tipos de medidas a) mayor eficiencia, b) recursos frescos, y c) transformación de recurso de oferta en demanda mayor eficiencia.

Es necesario optimizar los recursos existentes. Para ello el proyecto de ley introduce medidas que promueven a la actualización del Plan Obligatorio de Salud, incorporando los servicios recobrados a la capitación, de manera que no sean generados y recobrados por prestación de servicios al Fosyga.

Las medidas tomadas para mejorar el flujo de recursos también son medidas de eficiencia, porque reducen los costos financieros del sistema.